



# Nowe szkoty – kontynuacja czy weryfikacja?



## **W debacie uczestniczyli:**

Urszula Demkow, wiceminister zdrowia

Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych

Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych

## **Moderator:**

Marzena Sygut-Mirek, dyrektor działu dziennikarskiego w wydawnictwie Termedia



„Prawie szkoły” kształcące lekarzy powinny zostać zlikwidowane, a ich studenci muszą trafić do dobrych uczelni i przejść weryfikację. Wątpliwości w tej sprawie nie ma nikt – ani samorząd lekarski, ani rezydenci, ani dydaktycy uniwersyteccy, ani pracodawcy, ani Ministerstwo Zdrowia. Problemem jest to, że czasu na zmianę jest mało. W maju kolejna matura, a zaraz po niej nabór na studia.

W ostatnich 3 latach aż 15 uczelni zdecydowało się na otwarcie kierunku lekarskiego. Wiele z nich to placówki niespełniające norm kształcenia lekarzy. Mimo negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej otrzymały jednak zgodę ówczesnego ministra edukacji i nauki Przemysław Czarneka na prowadzenie nauczania.

O sprawie rozmawiano podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024 w sesji „Nowe szkoły – kontynuacja czy weryfikacja?”.



Łukasz Jankowski

### Rozwiązaniem jest zamknięcie

– W ocenie samorządu lekarskiego po niekontrolowanym wzroście liczby kierunków lekarskich nikt nie ma wątpliwości, że wiele z nich z jakością ma niedużo wspólnego – komentował sytuację prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, podkreślając, że konieczne jest znalezienie sposobu wyjścia z tej sytuacji.

– Szkoły, które nie przeszły weryfikacji Polskiej Komisji Akredytacyjnej, powinny zamknąć kierunki lekarskie. W to

miejsce można by im przyznać prawo do kształcenia kadr wspierających lekarza, tzw. zawodów pomocniczych. Osoby, które już rozpoczęły naukę, nie mogą płacić za decyzje państwa, dlatego powinny trafić do akredytowanych uczelni, a ich wiedza musi zostać zweryfikowana – proponował prezes Jankowski.

Zdanie to podziela wiceminister zdrowia Urszula Demkow, która dodała, że szkołom bez akredytacji należałoby najpierw dać szansę na powtórny weryfikację przez komisję.

– Pierwszą rzeczą, jaką trzeba zrobić, jest zmiana ustawy, żeby nowe szkoły nie wchodziły do systemu. Działające trudno będzie zamknąć z wielu powodów. Po pierwsze, tam już uczą się studenci, po drugie, ośrodki włożyły bardzo dużo pracy i pieniędzy, żeby przygotować wydziały. Na pewno konieczne jest przeprowadzenie reakredytacji tych placówek. Tym, które przejdą ten proces pomysłnie, należy pomóc – wyjaśniła wiceminister.

### Jak izba chciała zablokować kształcenie w niby-szkołach

Prezes Łukasz Jankowski stwierdził, że problem braku kadr nie został tak naprawdę zbadany.

– Przyznaję z bólem, że Naczelna Rada Lekarska prowadząca rejestr lekarzy nie tylko nie wiedziała, ilu mamy lekarzy aktywnych zawodowo, lecz także tego, ilu rzeczywiście jest potrzebnych w Polsce. Ponieważ nie było wiadomo, z jakim problemem się mierzymy, jak grzyby po deszczu zaczęły powstawać szkoły uruchamiane na podstawie zgody Ministerstwa Zdrowia. Władze niektórych z tych szkół wręcz mówiły, że nie potrzebują opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a jedynie zgody Ministerstwa Zdrowia – przypomniał.

Prezes NRL wyliczył, jakie działania podjęła izba, by walczyć o jakość kształcenia na nowo powstałych kierunkach lekarskich.

– Po pierwsze, odnieśliśmy się do zaleceń Komisji Europejskiej i do dyrektyw unijnych. Wynikało z nich jednoznacznie, że kształcenie kadr lekarskich musi się odbywać co najmniej na poziomie akademickim, a najlepiej na uniwersytecie lub pod jego nadzorem, czyli w filiach. W związku z tym skierowaliśmy pismo do Komisji Europejskiej i otrzymaliśmy wyjaśnienie, że rzeczywiście takie są wymogi, jednak każdy kraj sam definiuje pojęcie uniwersytetu. Minister Przemysław Czarnek przyjął to za dobrą monetę i bez opamiętania zaczął wydawać zgody na tworzenie nowych kierunków lekarskich – mówił prezes Jankowski.

Po otrzymaniu niejasnej odpowiedzi z Komisji Europejskiej izba poszła o krok dalej i podjęła próbę sprawdzenia, czy Naczelna Rada lekarska i izby lekarskie mogą weryfikować nowych studentów.



– *To nie jest tak, że lekarze nie chcą nowych rąk do pracy. Chcą, ale potrzebujemy kolegów lekarzy dobrze wykształconych, tak jak my, za których izby mogłyby wziąć odpowiedzialność. Dlatego chcieliśmy uruchomić artykuł 11 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, który dawał możliwość weryfikacji przygotowania zawodowego nowych kolegów – mówił.*

– *Przyszły lekarz wychodzi z tzw. prawie szkoły, a izba powołuje komisję, by sprawdzić, jak jest przygotowany do zawodu. To byłoby olbrzymie wyzwanie dla izb, de facto blokujące ich działanie na innych polach. Otrzymaliśmy też wiele negatywnych komentarzy, w których zarzucano nam, że chcemy dyskryminować absolwentów tylko ze względu na uczelnię. Pomyśleliśmy więc, że dobrym rozwiązaniem byłoby scedowanie takiej odpowiedzialności za przygotowanie wchodzącego do systemu lekarza na opiekuna stażu, który co 3 miesiące weryfikowałby jego wiedzę i raportował do izby. Wtedy Ministerstwo Zdrowia ogłosiło, że przygotowuje się do likwidacji stażu podyplomowego, i nasze zamiary spełzły na niczym – wyjaśnił. Dodał, że odwołano się także do Polskiej Komisji Akredytacyjnej, jednak wtedy nastąpiły w niej zmiany.*

– *Naczelna Rada Lekarska obradowała nad uchwałą zakazującą lekarzom pracy na uczelniach, które nie gwarantują jakości. Niestety, okazało się, że nie możemy jej przyjąć, ponieważ część członków izby już taką aktywność podjęła – tłumaczył.*

### Nie jest prawdą, że lekarzy brakuje

– *Z ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że mamy 3,6 lekarza na 1000 mieszkańców. To pokazuje, że zbliżamy się do średniej unijnej. Wprawdzie Polacy są w nieco gorszym stanie zdrowotnym niż mieszkańcy Europy Zachodniej, jednak nie oznacza to wcale, że potrzebujemy więcej lekarzy. Można na przykład tak lekarza wesprzeć, żeby cały swój czas poświęcał pacjentowi, a inne zadania przejął asystent medyczny. Stąd pomysł, żeby kierunki lekarskie, które nie przejdą przez sito Polskiej Komisji Akredytacyjnej, mogły wykorzystać powstałą bazę do kształcenia zawodów pomocniczych, na przykład asystentów chirurga, asystentów lekarza, anestezjologa, asystentów w podstawowej opiece zdrowotnej – mówił.*

– *Trzeba zadać sobie pytanie, czy my naprawdę potrzebujemy najdroższych pracowników medycznych, jakimi są lekarze, czy innych pracowników medycznych. Jako izba rozpoczęliśmy już budowę modelu, który ma pokazać, ile lekarzy brakuje w zależności od demografii, emigracji itd. Kiedy powstanie ten model, przedstawimy go w resorcie i licząc na współpracę z Ministerstwem Zdrowia, będziemy mogli zaprojektować system nielekarzocentryczny – podsumował.*

### KRAUM za weryfikacją nowych szkół

Profesor Marcin Gruchała, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), wskazał, czym różnią się stare uczelnie medyczne od nowych szkół kształcących lekarzy.

– *Przede wszystkim ogromna większość uniwersytetów medycznych jest organem właścicielskim szpitali klinicznych kształcących studentów różnych kierunków medycznych, w tym oczywiście lekarskiego. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w naszych szpitalach wprowadzane są innowacyjne metody leczenia, realizuje się badania kliniczne, również akademickie, działają studenckie koła naukowe. Mamy też oczywiście własne filie edukujące kadry w mniejszych ośrodkach, zwykle jednak o charakterze akademickim. Niektóre z tych uczelni to kolegia medyczne stanowiące integralną część dużych uniwersytetów – wyjaśnił.*



Marcin Gruchała

Profesor Gruchała, oceniając nowe szkoły, podzielił zdanie samorządu lekarskiego, podkreślając, że nowe kierunki powinny zostać jak najszybciej zweryfikowane.

– *Od początku bardzo nas niepokoiło zjawisko powstawania nowych kierunków lekarskich, zwłaszcza w miejscach niegwarantujących naszym zdaniem sukcesu edukacyjnego – przypomniał. – Mam na myśli te placówki, które nie miały żadnej tradycji w kształceniu w zawodach medycznych, jak np. niektóre uczelnie techniczne. Szkoły*



te nie tylko nie miały doświadczenia w edukacji tego typu kadr, lecz także dydaktyków zaangażowanych w nauczanie chociażby pielęgniarek, położnych czy ratowników medycznych – tłumaczył prof. Gruchała.

Wspomniał również, że duże zaniepokojenie KRAUM budziła trzykrotna zmiana przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. – Każdorazowo pojawiały się coraz bardziej zliberalizowane zapisy tylko po to, by umożliwić uruchamianie nowych kierunków medycznych. Rozwiązania te pozwoliły na edukację lekarzy w wyższych szkołach zawodowych bądź w szkołach bez profilu kształcenia akademickiego. Wtedy podjęliśmy decyzję, że jako KRAUM musimy zdefiniować jakość nauczania, żeby to nie były puste słowa – wyjaśnił.

– Sfinansowaliśmy z własnych pieniędzy bardzo dużą konferencję, która odbyła się w kwietniu ubiegłego roku we Wrocławiu. Wzięło w niej udział kilkaset osób, w tym przedstawiciele Polskiej Komisji Akredytacyjnej, Ministerstwa Zdrowia, a także studenci i doktoranci z naszych uczelni. Na konferencji zostało utworzonych kilka zespołów roboczych, które opracowały wytyczne jakości kształcenia KRAUM. Opublikowaliśmy je latem ubiegłego roku na naszej stronie internetowej. Określiliśmy w nich m.in., w jakim środowisku powinni być kształceni studenci kierunku medycznego, przez kogo i w jakiej infrastrukturze – mówił prof. Gruchała.

– KRAUM zaangażowała się także bardzo aktywnie w powstawanie nowych standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Lobbowaliśmy za ich podpisaniem, z czym niestety wstrzymywał się minister Czarnek – tłumaczył.

Profesor Gruchała wyjaśnił też, że kadra dydaktyczna uniwersytetów medycznych stoi na stanowisku, że studia na kierunku lekarskim muszą iść w stronę większego uprządkowania. Ważne jest również wprowadzenie egzaminu OSCE (Objective Structured Clinical Examination – Obiektywny Strukturyzowany Egzamin Kliniczny), a także wspólne kształcenie studentów różnych kierunków medycznych.

– Trzeba położyć zdecydowanie większy nacisk na komunikację – nie tylko z pacjentem, lecz także komunikację i współpracę w zespole terapeutycznym. Nowy standard kształcenia kładzie nacisk np. na konieczność prowadzenia wspólnych zajęć ze studentami innych kierunków medycznych. Nie wiem, jak ten warunek spełnią nowe uczelnie, które nie kształcą na żadnych innych kierunkach medycznych, chyba że za taki zostanie uznana np. cyfryzacja w ochronie zdrowia – podkreślił.

Jednocześnie zaznaczył, że weryfikując nowe uczelnie, trzeba pamiętać, że one bardzo się różnią między sobą. – Część z nich na pewno ma szansę stworzyć dobre

kierunki. Linia podziału na dobre i złe nie jest tożsama z podziałem na publiczne i prywatne – zapewnił.

– Wszystkie nowe uczelnie trzeba jak najszybciej zweryfikować, ponieważ problem będzie z czasem narastał. Za chwilę rozpoczną się kolejne rekrutacje, liczba studentów będzie rosła i coraz trudniej będzie coś z tym zrobić – przestrzegali Marcin Gruchała.

Poinformował również, że szkoły zrzeszone w KRAUM zgłosiły Ministerstwu Zdrowia gotowość przyjęcia studentów kierunków, które zostaną zamknięte.

– Nie zapominajmy, że zostali oni zrekrutowani na studia lekarskie i w majestacie państwa mają status studenta kierunku lekarskiego. Niemniej mają prawo studiować w szkole, która im zagwarantuje właściwą jakość nauczania – podsumował.

#### Miarą sukcesu jest dobre zarządzanie kadrami

Wiceminister zdrowia Urszula Demkow zgodziła się z tym, że trzeba jak najszybciej rozwiązać problem nowych szkół kształcących lekarzy.

– Na początku należy jednak odpowiedzieć na pytanie, czy rzeczywiście brakuje nam lekarzy. Z przedstawionych danych wynika, że nasze 3,6 lekarza na 1000 mieszkańców, przy średniej unijnej wynoszącej 3,7, nie jest niskim wskaźnikiem. Jesteśmy mniej więcej pośrodku, a nie na końcu, jak dotychczas uważano. Taki sam wskaźnik ma Francja, gdzie system ochrony zdrowia jest jednym z najlepszych w Europie. Z kolei najwięcej lekarzy ma Grecja, a system ochrony zdrowia jest tam fatalny – mówiła Demkow.

– Nie można zapominać, że miernikiem opieki zdrowotnej nie jest liczba lekarzy, lecz jakość. Ministerstwo Zdrowia powinno kierować się dobrem pacjenta i być nastawione na tzw. wartość zdrowotną, czyli to, w jaki sposób system ochrony zdrowia przyczynia się do wzrostu zdrowia obywateli. To rodzi pytanie, czy dobrze wykształcony lekarz i źle wykształcony lekarz są takimi samymi lekarzami. Na pewno nie, dlatego jakość kształcenia jest bardzo ważnym czynnikiem, na który należy zwrócić uwagę – podkreśliła.

Wiceminister Demkow, rozważając kwestię liczebności kadr, wskazała, że problemem nie jest niedobór personelu medycznego, ale jego nierówne rozmieszczenie.

– Większość lekarzy pracuje w pięciu dużych miastach, a małe, peryferyjne ośrodki mają ich zdecydowanie za mało. Kolejna sprawa to luka pokoleniowa. Mamy sporo lekarzy starszego pokolenia – mówiła.

– Analizując potrzeby kadrowe, ministerstwo będzie korzystało z narzędzia analitycznego, jakim jest model popytowo-podażowy opracowany przez resort. W modelu tym jako zmienne bierze się pod uwagę bardzo wiele różnych



Urszula Demkow

czynników, m.in. specjalizacje lekarskie. Nie da się nie zauważyć, że w pewnych specjalizacjach sytuacja jest dramatyczna, a w innych całkiem dobra. Mając taki model, możemy ocenić, ilu lekarzy danej specjalności potrzebujemy. Należy przy tym uwzględnić, ile czasu lekarze chcą pracować. Z modelu popytowo-podażowego wynika np., że kardiologów w Polsce wcale nie jest za mało, a osoby kształcące się w tej specjalizacji zapewnią zastępowalność pokoleń. Oznacza to, że młodzi kardiolodzy będą w stanie zaspokoić popyt. To pokazuje, że problem nie leży w „produkcji” lekarzy, ale w odpowiednim gospodarowaniu tymi zasobami – zaznaczyła.

– Dlaczego np. we Francji jest dobrze, mimo że lekarzy jest niewielu? – pytała wiceminister Demkow. – Bo tam zespół medyczny opiekujący się pacjentem składa się z wielu specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Nad pacjentem pochyla się lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk i psycholog. My też chcemy postawić na taki model – podkreśliła.

Odnosząc się do nowo powstałych kierunków lekarskich, zwróciła uwagę na uczących się tam studentów.

– Przyznaję, że pomysł NRL w tym zakresie jest bardzo dobry. Chodzi o przeprofilowanie uczelni, żeby mogły kształcić innych pracowników medycznych, wspierających pracę lekarzy. Zastanawiam się nie tylko nad infrastrukturą i kadrami, lecz także nad sylwetką studenta. Wiadziałam takie ogłoszenie: „Chcesz zostać lekarzem, a nie

zdałeś matury z biologii i chemii? Nie martw się, my cię przyjmujemy. U nas zdasz egzamin wstępny z tych przedmiotów”. To jest załamujące. Jeżeli ktoś nie zdał matury z biologii czy z chemii, to nie wiem, jak poradzi sobie na studiach lekarskich, które są naprawdę najtrudniejszymi studiami – zaznaczyła.

#### Pracodawcy są za

Waldemar Malinowski z Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych przyznał, że największy problem z kadrami mają lecznice funkcjonujące w powiatach.

– Podstawą zmian jest ustabilizowanie systemu oparte na rozszerzeniu kompetencji innych zawodów medycznych i uregulowanie kwestii związanych ze specjalizacjami. Jeśli to się uda, wówczas zgodzę się z tym, że lekarzy nie jest za mało. W dobrze działającym systemie młodzi ludzie, zaraz po studiach, będą wiedzieli, w którą stronę idą zmiany i w jakim kierunku należy się dalej kształcić – mówił.

– Szpitale powiatowe mają ogromne problemy z lekarzami pracującymi w systemie tzw. skoczkowym. Oznacza to, że w danej lecznicy lekarz ma tylko jeden dzień dyżuru, np. w środy, w kolejnym szpitalu dyżuruje tylko w czwartki itd. Taki lekarz niestety ma praktycznie zerową odpowiedzialność za pacjenta. Przyjmuje chorego, po czym wraca do szpitala dopiero za tydzień. Dyrektorzy szpitali powiatowych nie mają kadr, więc próbują je zbudować, korzystając z każdej możliwej opcji – tłumaczył. – W dużych szpitalach klinicznych obserwujemy przerost



Waldemar Malinowski



*kadry. To rzeczywiście jest bardzo widoczne. Zdarza się, że np. na 25-lóżkowym oddziale jest 20 rezydentów, a u nas, w szpitalu powiatowym, ani jednego. Zabiegaliśmy o to, żeby rezydenci spróbowali pracować w szpitalach powiatowych, które absolutnie nie są już zaściankiem. U nas jest medycyna podstawowa, ale lekarze mają szansę od razu trafić na internę czy sale operacyjne – mówił Malinowski.*

Wskazał również, że do kształcenia kadr medycznych można wykorzystać miejsca na uczelniach zarezerwowane dla obcokrajowców. – *Jest ich naprawdę dużo. Można rozważyć przekierowanie ich dla kandydatów z Polski – proponował prezes Malinowski.*

Podkreślił również, że jeżeli chodzi o nowe uczelnie, to rację ma wiceminister Demkow.

– *Fakt, uczniowie już się zaczęli kształcić, jednak nowe kierunki wymagają weryfikacji, ponieważ my, dyrektorzy, też nie chcemy być ciągnięci po sądach. Chcemy mieć dobrze wykształconych lekarzy, którzy będą tworzyć zespół – podsumował.*

Podobnego zdania jest Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, członek prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE.

– *Menedżerowie ochrony zdrowia podlegają wszelkim możliwym regulacjom, w tym jakościowym, jak na przykład ostatnia ustawa o jakości. W związku z tym mamy świadomość, że musimy zapewnić jakość. Aby to zrobić, niezbędna jest dobrze wykształcona kadra. Dlatego dla nas większym problemem niż brak lekarzy byłoby lekarze nieodpowiednio wykształceni. Taki lekarz naraża pacjentów na niebezpieczeństwo, a szpital na zarzuty o charakterze prawnym. I nie ma znaczenia, czy szpital znajduje się na pierwszym, drugim czy trzecim poziomie zabezpieczenia, czy jest szpitalem prywatnym, publicznym czy jakimkolwiek innym. Dlatego rozwiązanie problemu dobrego jakościowo kształcenia kadr jest w naszej ocenie konieczne – zaznaczył.*

– *Bezwzględnie wyzwaniem i problemem do rozwiązania jest kwestia studentów uczelni medycznych nieposiadających pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Należy się zgodzić, że wśród tych młodych ludzi są tacy, którzy poszli na medycynę, bo chcą pomagać. Część z nich poczuła, że musi się realizować w tym zakresie. Dlatego pomysł, aby utworzyć zawód asystenta medycznego czy inny rodzaj personelu wspomagającego lekarza, podobnie jak w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii, jest bardzo dobry. W tamtejszych systemach osoby te działają pomiędzy kompetencjami pielęgniarki a lekarza. Wydaje się, że rozwiązaniem mogłoby być przekierowanie tych studentów do filii uniwersytetów medycznych – mówił.*

– *Kolejna sprawa to stworzenie systemu umożliwiającego chętnym osobom uzyskanie kompetencji w zawodach*



Jarosław J. Fedorowski

*pomocniczych. Ważną kwestią jest to, jak ten zawód będzie się nazywał. Musimy potraktować ten problem szerzej. W tej chwili bowiem mamy np. lekarzy będących zgodnie z ustawą określającą stanowiska w SPZOZ asystentami. Polska Federacja Szpitali była jedyną organizacją, która przy procedowaniu tych zapisów zgłosiła uwagę, wskazując, że lekarz pracujący w SPZOZ nie może być zatrudniony na stanowisku asystenta. Musi być zatrudniony albo jako lekarz ze specjalizacją, albo lekarz bez specjalizacji. Dlatego potrzebujemy szerszej reformy, która obejmie także specjalizacje lekarskie. Proponujemy, aby rozmawiając o kadrach i zapotrzebowaniu rynkowym na lekarzy, wziąć pod uwagę głos pracodawców szpitali, ponieważ to oni są odpowiedzialni za organizację systemu najbliższej pacjenta. Równie ważne jest stanowisko środowiska lekarskiego, pacjenckiego i akademickiego – przekonywał.*

Przy okazji odniósł się do kwestii przeznaczenia dla polskich studentów miejsc na studiach lekarskich przewidzianych dla studentów z zagranicy, którzy uczą się w języku angielskim. – *Niewątpliwie kształcenie na naszych uczelniach obcokrajowców jest prestiżem dla kraju. To pokazuje, że nasze uniwersytety medyczne oferują wysoką jakość edukacji. Studenci z zagranicy to widzą i kiedy wracają po studiach do siebie, tę opinię o polskim systemie szerzą w świecie. Dlatego szkoda byłoby z tego całkowicie zrezygnować – stwierdził.*

Marzena Sygut-Mirek, zdjęcia: Szymon Czerwiński