

NIE LIKWIDUJMY stazu podyplomowego



GRZEGORZ KARDAS, CEZARY PAKULSKI, URSZULA DEMKOW, MARIAN SIMKA, PIOTR WILAND

W październiku 2021 r. Ministerstwo Zdrowia, w odpowiedzi na wspólną uchwałę Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, przygotowało projekt nowelizacji przepisów dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce likwidujący staż podyplomowy. Jako Instytut Strategii 2050 od początku wyrażaliśmy sprzeciw wobec proponowanych zmian. Po burzliwej publicznej debacie, która przetoczyła się przez środowisko medyków i dydaktyków oraz w profesjonalnych mediach medycznych, resort zdecydował o przesunięciu terminu wejścia w życie nowych rozwiązań dotyczących stażu podyplomowego lekarzy. Przez pewien czas można było wręcz odnieść wrażenie, że ministerstwo zupeł-

nie z tego pomysłu zrezygnowało, ale nic bardziej mylnego.

Ministerstwo Zdrowia ponownie promuje swój pomysł likwidacji stażu podyplomowego i ponownie ten pomysł jest wspierany przez rektorów dziewięciu uniwersytetów medycznych – w tym miejscu warto zwrócić uwagę, że propozycja likwidacji stażu podyplomowego wychodzi nie od kogo innego jak właśnie od rektorów uczelni medycznych. Może to sugerować chęć sięgnięcia po fundusze resortu dotychczas kierowane na finansowanie stażu podyplomowego do łatania dziur w budżetach uczelni. Planowane przez Ministerstwo Zdrowia zlikwidowanie stażu podyplomowego jest zatem formą spełnienia oczekiwań władz uczelni.



Fot. iStockphoto.com

Prezentujemy stanowisko dotyczące planu likwidacji stażu podyplomowego i zastąpienia go w całości rokiem zajęć praktycznych w trakcie szóstego roku studiów oraz alternatywne propozycje wobec likwidacji stażu podyplomowego.

Przeprowadzona w 2012 r., w czasie rządów koalicji PO i PSL, reforma kształcenia lekarzy polegała na włączeniu okresu stażu podyplomowego do programu studiów w ramach praktycznego nauczania klinicznego w trakcie szóstego roku studiów. Reforma wymusiła skomasowanie procesu dydaktycznego trwającego sześć lat (12 semestrów) do pięciu lat (10 semestrów). Skutkiem tych decyzji było nałożenie na uczelnie medyczne nowych obowiązków, bez zapewnienia im jednocześnie niezbędnego wsparcia finansowego do poszerzenia koniecznej bazy dydaktycznej i klinicznej oraz utrzymania właściwego poziomu zatrudnienia kadry nauczającej. Z tego powodu niektóre uczelnie

zdecydowały się w tych latach na zmniejszenie naboru na studia medyczne. Po czterech latach i zmianach politycznych związanych z dojściem do władzy Zjednoczonej Prawicy od 2017 r. przywrócono staż podyplomowy i ponownie zmodyfikowano program studiów. Obecna propozycja to swoisty chichot historii, kiedy to nieurzeczywistniony ostatecznie pomysł minister zdrowia Ewy Kopacz z rządu PO–PSL dotyczący likwidacji stażu podyplomowego miałby być wprowadzony w życie przez ministrów rządu Zjednoczonej Prawicy.

Argumentacja Ministerstwa Zdrowia i Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, będąca podstawą do proponowanej likwidacji stażu podyplomowego, opiera się na kilku przesłankach – wysokiej jakości kształcenia dyplomowego lekarzy w Polsce, długiej ścieżce kształcenia studentów medycyny i obowiązującej obecnie – rzekomo – praktycznej formie nauczania na szóstym roku studiów lekarskich. Bardzo ciekawe jest samo aktualne stanowisko rektorów uniwersytetów medycznych, według których „staż, który jest bezpośrednio po studiach, a przed specjalizacją, jest rozwiązaniem archaicznym i w innych krajach Europy nie ma czegoś takiego”. Rektorzy uważają, że prowadzone przez nich uniwersytety medyczne dobrze przygotowują studentów do pracy lekarza, że realizowane są wymagające standardy kształcenia lekarzy, a studia wieńczy Lekarski Egzamin Końcowy. Rzeczywistość jest jednak zgoła inna. Rektorzy przemilczają, że LEK kilka lat temu został sprowadzony do egzaminu, którego trudno nie zdać, że wystarczy wykuć na pamięć tzw. pułę pytań i egzamin jest zdany, że nagle LEK zaczęła zdawać większość studentów obcojęzycznych, co jeszcze kilka lat temu (nie tylko z przyczyn językowych) nie było możliwe. Jakość kształcenia przeddyplomowego w uczelniach publicznych cierpi z powodu przeciążenia liczbą studentów. Ośrodki te, jak zauważa przewodniczący KRAUM, prof. Marcin Gruchała, mają także problem z niewystarczającymi subwencjami państwowymi na cel kształcenia, które muszą być uzupełniane wpływami ze studiów niestacjonarnych, w tym anglojęzycznych. Tym samym receptą na niedobory finansowe niewydolnych uczelni jest rekrutowanie jeszcze większej liczby studentów na studia lekarskie prowadzone w języku innym niż polski, czego skutkiem musi być ograniczenie na uczelniach i w powiązanych z nimi szpitalach przestrzeni dydaktycznej. Równoległe z nadmierną liczbą studentów istnieje niedobór kadr akademickich kształcących przyszłych lekarzy, a wynagrodzenia dydaktycznej części kadry akademickiej są rażąco niskie. Rzeczywisty poziom finansowania dydaktyki obniżyło wejście w życie Ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce” (1 października 2018 r.), powszechnie nazywanej Ustawą 2.0 Gowina. Uczelnie medyczne zaczęły otrzymywać subwencje na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego dla jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych w jednej

kwocie na każdą uczelnię, a nie jako dotacje na studenta na poszczególne kierunki kształcenia.

Dzisiaj o wysokości przyznanej dotacji decydują potencjał naukowy uczelni i tzw. wskaźnik umiędzynarodowienia. Innymi słowy, poprzez wskaźnik umiędzynarodowienia Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego niejako wymusza na uczelni przyjmowanie coraz większej liczby studentów obcojęzycznych. Na podstawie zapisów Ustawy 2.0 i rozporządzeń towarzyszących można powiedzieć, że dla ministerstwa ważniejsze od nauczania przed- i podyplomowego jest tworzenie impact factorów czy liczenie indeksu Hirscha. Nauczyciele akademicy zostali podzieleni na tych pożądanym przez uczelnię piszących i publikujących artykuły w czasopismach IF i z punktacją MNiSW oraz tych pozostałych, z zadaniami dydaktycznymi. Zakwalifikowanie nauczyciela akademickiego do grupy dydaktycznych oznaczało obniżenie jego wynagrodzenia przy jednoczesnym wyraźnym podwyższeniu obowiązkowego rocznego pensum i nadpensum dydaktycznego. Właśnie to spowodowało gwałtowny odpływ najlepszej kadry dydaktyków.

Polska jest w grupie krajów o najdłuższej ścieżce edukacji lekarskiej. Model „sześć lat studiów plus rok stażu” funkcjonuje w niektórych krajach UE – Grecji, Norwegii, Portugalii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i we Włoszech. W pozostałych krajach zrezygnowano ze stażu podyplomowego lub studia trwają pięć lat. Zasadniczym problemem jest założenie, iż ekwiwalentem stażu podyplomowego może być obecny „praktyczny” szósty rok studiów.

W obecnej formie kształcenia, wedle założeń i obowiązujących przepisów, powinien on być poświęcony nauczaniu praktycznych umiejętności lekarskich. Problemem jest jednak – znowu – nadmiar studentów na uczelniach. Studenci szóstego roku w większości przypadków trafiają do tych samych klinik, w których odbywali zajęcia na poprzednich latach studiów i jedynie w niewielkim stopniu współuczestniczą w pracy jednostki. Z uwagi na brak jakichkolwiek uprawnień do wykonywania samodzielnych procedur (brak prawa wykonywania zawodu), z prawnego punktu widzenia nie mogą samodzielnie wykonywać żadnych zabiegów ani podejmować samodzielnych czynności medycznych, podobnie jak w trakcie pięciu lat „teoretycznych”. W efekcie kilkusobowe (najczęściej sześćosobowe) grupy studentów spędzają ten czas nieefektywnie i zdobywają umiejętności praktyczne w dużej mierze – znowu – teoretycznie. Ukoronowaniem tego roku kształcenia jest zdobycie kompletu wpisów do Dziennika Praktyk Praktycznego Nauczania Klinicznego, w którym znaczna część procedur nie może być zgodnie z prawem wykonana przez studenta. Przeciwnie, na stażu podyplomowym lekarz stażysta dysponuje PWZ i w miejscu odbywania stażu może wykonywać pod nadzorem pełen wachlarz czynności z tego wynikających. W kontekście proponowanych zmian należy zwrócić uwagę na silny sprzeciw środowiska lekarskiego wobec likwidacji stażu podyplomowego. Prezydium Naczelnej

Rady Lekarskiej 5 listopada 2021 r. wydało oświadczenie o stanowczym sprzeciwie wobec zgłoszonej propozycji likwidacji stażu podyplomowego. Młodzi lekarze, reprezentowani m.in. przez Porozumienie Rezydentów, również wyrażają sprzeciw wobec proponowanych zmian i zwracają uwagę na brak realnego przygotowania praktycznego do wykonywania zawodu po samych studiach. Argumenty za utrzymaniem stażu podyplomowego są liczne. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że staż podyplomowy jest elementem niezbędnym do zapewnienia właściwego poziomu kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków na etapie przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu i gwarantem realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości. Staż podyplomowy jest formą kształcenia, która w sposób najlepszy prowadzi do nabycia przez absolwentów uczelni medycznych uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów. Jest także doskonałym okresem do weryfikacji planów dalszego rozwoju zawodowego pod postacią wyboru specjalizacji lekarskiej, której zdobycie trwa zwykle pięć, sześć lat. Kluczowe znaczenie stażu podyplomowego w kształceniu lekarzy potwierdza jego długa tradycja. Z wyjątkiem krótkiego epizodu z 2010 r., w ciągu kilkudziesięciu ubiegłych lat nigdy nie kwestionowano jego ważnej roli w praktycznym przygotowaniu do zawodu. Warto pamiętać także o tym, że nie dalej jak w 2010 r., będący ówczesnie w opozycji PiS silnie sprzeciwiał się wprowadzonej przez rząd PO i PSL likwidacji stażu podyplomowego. Przejmując władzę w 2015 r., PiS przywrócił szybko staż podyplomowy, przy jednoczesnym zachowaniu obowiązującego do dziś modelu „pięć lat teorii plus rok nauczania praktycznego”. Efektem tych zmian jest właśnie efemeryda, jaką stał się szósty rok studiów na kierunku lekarskim.

Jako członkowie Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050 już w kwietniu 2021 r. proponowaliśmy rozwiązania mające na celu możliwie optymalną reformę kształcenia lekarzy. Zaproponowany przez nas wtedy model „pięć lat studiów plus rok spersonalizowanego stażu” stanowi w naszej opinii możliwie najlepszy kompromis pomiędzy jakością kształcenia, jego czasem trwania i wymogami kadrowymi systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zgadza się z tezą, iż należy dążyć do skrócenia ścieżki kształcenia lekarzy w Polsce, jednak nie zgadzamy się na propozycję likwidacji stażu podyplomowego. W szczególności nie zgadzamy się z jego likwidacją jako pierwszym elementem reform. Za szczególnie istotne uważamy dalsze reformowanie kształcenia lekarzy w kraju w aspekcie nauczania umiejętności praktycznych w trakcie studiów i stażu podyplomowego oraz adaptacji efektów kształcenia do nowej organizacji studiów, w tym ujęcie w nich zestawu istotnych klinicznie umiejętności praktycznych. Zdajemy sobie sprawę

„Likwidacja stażu podyplomowego przy zachowaniu obecnych elementów ścieżki dydaktycznej przyczyni się do znacznego pogorszenia przygotowania absolwentów studiów lekarskich do dalszej samodzielnej pracy w zawodzie lekarza”



Fot. Adobe Stock

z ograniczeń, jakie stanowi dla naszego postulatu dyrektywa 2005/36/ WE Parlamentu Europejskiego, która w artykule 25 stawia wymóg sześciu lat studiów lekarskich dla rozpoczęcia procesu specjalizacyjnego (należy jednak zauważyć, że w Szwecji i Irlandii studia trwają odpowiednio 5,5 i 5 lat, jednak z zachowaniem wymaganej przez artykuł 24 Dyrektywy 2005/36/WE liczby co najmniej 5500 godzin zajęć teoretycznych i praktycznych). Proponowanym przez nas rozwiązaniem, pozwalającym skrócić ścieżkę kształcenia lekarzy przy równoczesnym zachowaniu stażu i praktyki zawodowej, jest wprowadzenie w kształceniu lekarzy w Polsce systemu bolońskiego (to jest licencjatu i magisterium z medycyny). Po wprowadzeniu systemu bolońskiego byłoby możliwe nadawanie częściowego PWZ osobom z licencjatem z medycyny (np. po pięciu latach edukacji), a następnie kierowanie ich na 12-, 18-miesięczne studia magisterskie, których największą składową byłaby praktyka zawodowa. Podobne rozwiązanie stosowane jest w wielu innych programach studiów w Polsce, m.in. politechnicznych, gdzie student studiów magisterskich większość godzin dydaktycznych spędza na praktyce zawodowej.

Co więcej, system boloński w kształceniu lekarzy obowiązuje w wielu krajach europejskich, m.in. w Szwajcarii, Danii, Holandii, Belgii, Islandii, Portugalii. Taka praktyka mogłaby odbywać się w szpitalu nieklinicznym, z którym uczelnia miałaby podpisaną umowę na czas praktyki zawodowej. Tym samym nauczanie praktyczne zawodu byłoby rzeczywiście realizowane, formalnie nadal w trakcie trwania studiów, w tym przypadku studiów magisterskich, lecz już przez studenta posiadającego częściowe PWZ i tytuł licencjata. Równoległe możliwe byłoby prowadzenie zajęć teoretycznych, np. z przedmiotów takich jak „zdrowie publiczne”, „prawo medyczne”, „e-zdrowie” czy „prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej”, w celu uzupełnienia wiedzy studenta i realizacji dodatkowych godzin dydaktycznych i zdobycia punktów ECTS (część zajęć lub całość w formie e-learningu). W przeciwieństwie do sytuacji obecnej, gdzie

studenci szóstego roku w znakomitej mierze wracają do klinik, w których już byli, a które równocześnie są odpowiedzialne za równoległe kształcenie studentów lat wcześniejszych, proponujemy relokację studentów ostatnich lat do innych, mniej przeciążonych jednostek. Studenci byłiby rozmieszczani w możliwie licznych jednostkach (nawet w dokładnie tych samych szpitalach, które obecnie przyjmują na staż podyplomowy lekarzy stażystów), w tym w szpitalach nieakademickich – przy czym nauka w tych szpitalach musiałaby się odbywać z udziałem mentorów, pod nadzorem uniwersytetu medycznego (co wynika z art. 24 Dyrektywy 2005/36/ WE). Podsumowując: eksperci Instytutu Strategii 2050 nie zgadzają się z propozycją resortu i KRAUM dążącą do likwidacji stażu podyplomowego.

Likwidacja stażu podyplomowego przy zachowaniu obecnych elementów ścieżki dydaktycznej przyczyni się do znacznego pogorszenia przygotowania absolwentów studiów lekarskich do dalszej samodzielnej pracy w zawodzie lekarza. Co istotne, w rzeczywistości likwidacja stażu podyplomowego nie przyczyni się do skrócenia czasu potrzebnego do wykształcenia lekarza specjalisty. Rok pozornie „zaoszczędzony” w związku z likwidacją stażu będzie musiał później być stracony w czasie dłuższego procesu specjalizacyjnego, a dodatkowo pogłębi chaos związany z organizacją specjalizacji lekarskich w Polsce i niedobór kadr medycznych. Proponujemy rozwiązanie alternatywne polegające na wprowadzeniu systemu bolońskiego. Rozwiązanie to jednak wymagałoby rzetelnej dyskusji ze wszystkimi podmiotami uczestniczącymi w procesie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, szczególnie z izbami lekarskimi, uczelniami medycznymi oraz instytucjami odpowiedzialnymi za organizację i nadzór nad kształceniem przed- i podyplomowym lekarzy. Zmiana systemu kształcenia przeddyplomowego z jednolitych studiów magisterskich na system boloński wymagałaby też dokładnego przygotowania i mogłaby dotyczyć jedynie przyszłych studentów.

Grzegorz Kardas, Cezary Pakulski, Urszula Demkow, Marian Simka i Piotr Wiland
– członkowie Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050