KZD.410.005.00.2015
Nr ewid. 220/2015/P/15/060/KZD

Informacja o wynikach kontroli

KSZTAŁCENIE I PRZYGOTOWANIE ZAWODOWE KADR MEDYCZNYCH

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski

Akceptuję:
Mieczysław Łuczak

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 24.02.2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

Spis treści

WPROWADZENIE 7

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 11

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 12
   2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności 12
   2.2. Synteza wyników kontroli 13
   2.3. Uwagi końcowe i wnioski 18

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 20
   3.1. Istotne ustalenia kontroli 20
      3.1.1. Polityka państwa w zakresie kształcenia kadr medycznych, w tym określanie zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny 20
         3.1.1.1. Określanie zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia 20
         3.1.1.2. Działania podejmowane w celu zahamowania emigracji wykształconych w kraju kadr medycznych 26
      3.1.2. Zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia kadr medycznych 28
         3.1.2.1. Kształcenie przeddyplomowe kadr medycznych 28
         3.1.2.2. Funkcjonowanie systemów rekrutacyjnych poszczególnych uczelni 32
         3.1.2.3. Zgodność procesu kształcenia z obowiązującymi standardami 34
         3.1.2.4. Dostępność do specjalizacji oraz nadzór wojewody nad stażem podyplomowym i szkoleniem specjalizacyjnym 41
      3.1.3. Finansowanie kształcenia kadr medycznych i nadzór nad uczelniami i kształceniem 43

4. INFORMACJE DODATKOWE 49
   4.1. Przygotowanie kontroli 49
   4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli 49

ZAŁĄCZNIKI 51

Zdjęcie na okładce: © Syda Productions - Fotolia

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Diagnosta laboratoryjny	Osoba, która spełnia wymagania przepisów art. 7 ust. 1 i 2 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.
Kształcenie przeddyplomowe	Kształcenie na wyższej uczelni poprzedzające uzyskanie tytułu zawodowego lekarza lub lekarza dentysty, magistra lub magistra inżyniera.
LEK/LDEK	Lekarski Egzamin Końcowy/Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy – organizowany i przeprowadzany przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Od 12 grudnia 2015 r. do LEK może przystąpić: student 6. roku studiów na kierunku lekarskim, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. a , albo lekarz. Do LDEK może przystąpić: student 5. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. a, albo lekarz dentysta.
Lekarz	Osoba, której przyznano prawo wykonywania zawodu zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
Lekarz specjalista	Lekarz, który tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny uzyskał po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) albo po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą (art. 16 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).
Narodowy Rachunek Zdrowia	System rachunków zdrowia jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Metodologia Narodowych Rachunków Zdrowia (NRZ) została opracowana przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2000 r. i opublikowana w podręczniku *„A System of Health Accounts"*. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków *(International Classification for Health Accounts – ICHA)*.
Osoba wykonująca zawód medyczny	Osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej).
PES (Państwowy Egzamin Specjalizacyjny)	Egzamin, do którego przystępuje lekarz po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny, sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES a także szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.
Pielęgniarka, położna	Osoba, której przyznano prawo wykonywania zawodu zgodnie z przepisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

PKA – Polska Komisja Akredytacyjna

Instytucja powołana przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, działająca na rzecz doskonalenia jakości kształcenia (art. 48 i 48a ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym). Komisja dokonuje oceny jakości kształcenia na kierunkach studiów (ocena programowa), mając na uwadze: efekty kształcenia odpowiadające Krajowym Ramom Kwalifikacji w zakresie obszarów kształcenia i kierunków studiów, spełnianie warunków niezbędnych do prowadzenia studiów, a także funkcjonowanie systemu potwierdzania efektów uczenia. Komisja może też dokonywać oceny działalności podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni (ocena instytucjonalna), w tym oceny jakości kształcenia na prowadzonych przez nią studiach trzeciego stopnia i studiach podyplomowych.

POL-on

Zintegrowany System Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym, który wspiera pracę Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także Głównego Urzędu Statystycznego oraz Centralnej Komisji do spraw Stopni i Tytułów. POL-on gromadzi dane o wszystkich polskich jednostkach naukowych, do których publiczny dostęp wynika z ustaw i rozporządzeń Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (rejestry szkół wyższych, informacje o kierunkach i profilach kształcenia, zagregowane dane liczbowe dotyczące studentów, pracowników naukowych i wiele innych). W systemie dostępna jest również baza publikacji naukowych oraz wskaźniki ewaluacji szkół wyższych.

Program kształcenia

Opis określonych przez uczelnię spójnych efektów kształcenia, zgodny z Krajowymi Ramami Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego oraz opis procesu kształcenia, prowadzącego do osiągnięcia tych efektów, wraz z przypisanymi do poszczególnych modułów tego procesu punktami ECTS (art. 2 ust. 1 pkt 14b) ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym).

Ratownik medyczny

Osoba, która spełnia wymagania określone w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Rezydentura

Szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji, finansowane z budżetu państwa, liczbę miejsc rezydenckich ogłasza Minister Zdrowia (art. 16e ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Specjalizacja w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

Rodzaj szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego, mający na celu uzyskanie specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie, tytuł specjalisty można uzyskać w następujących dziedzinach: epidemiologia, fizjoterapia, fizyka medyczna, inżynieria medyczna, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna, neurologopedia, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, toksykologia, mikrobiologia, przemysł farmaceutyczny, radiofarmacja, surdologopedia (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia).

Specjalizacja diagnosty laboratoryjnego

Szkolenie, którego sposób i tryb przeprowadzania oraz odbywania przez diagnostów laboratoryjnych określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych.

Specjalizacja pielęgniarki lub położnej — Szkolenie mające na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 67 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Standardy kształcenia — Reguły kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty, określone przez przepisy rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.

Studia stacjonarne — Forma studiów wyższych, w której co najmniej połowa programu kształcenia jest realizowana w postaci zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału nauczycieli akademickich i studentów (art. 2 ust. 1 pkt 12 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym).

Studia niestacjonarne — Forma studiów wyższych, inna niż studia stacjonarne, wskazana przez senat uczelni (art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym).

Szkolenie specjalizacyjne lekarzy — Szkolenie, którego tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji do odbywania szkolenia specjalizacyjnego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

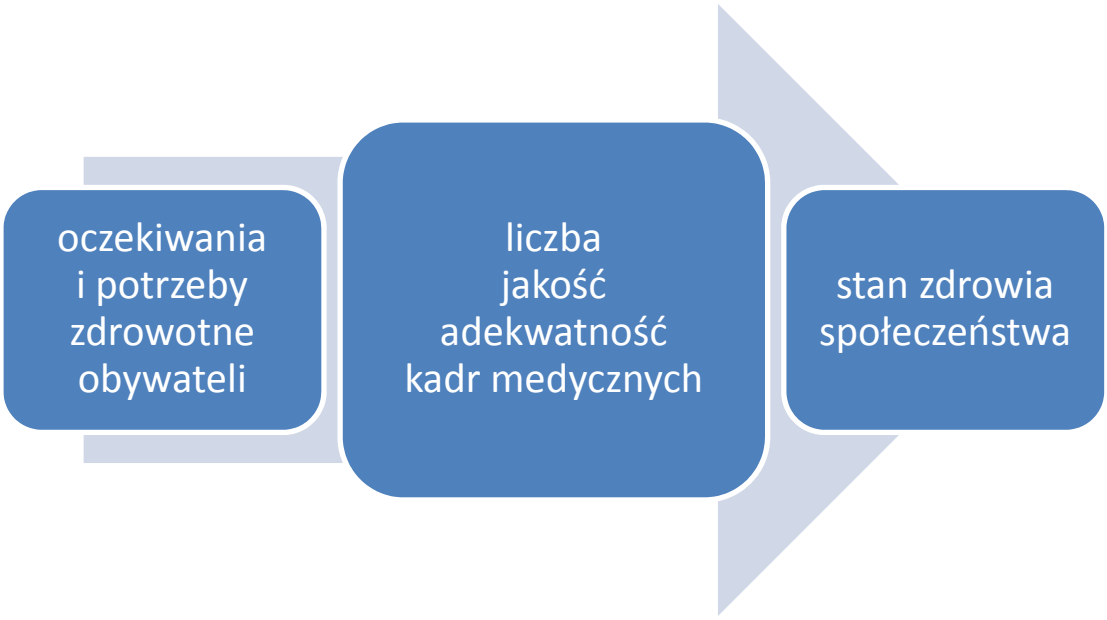
Uczelnia medyczna — Publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy o działalności leczniczej).

Do istotnych czynników określających możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych należą – poza zasobami lokalowymi i materialnymi – kadry medyczne.

Na podaż zasobów kadrowych wpływa dynamika zmian liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego, która jest wypadkową – z jednej strony – naturalnych ubytków, związanych z odchodzeniem roczników starszych, czy też podejmowaniem pracy za granicą, a z drugiej strony – napływu nowych kadr, uwarunkowanego liczbą osób kończących kształcenie na kierunkach medycznych i obcokrajowców podejmujących pracę w naszym kraju.

Niedobór pracowników medycznych, ich niewystarczające umiejętności w stosunku do potrzeb zdrowotnych obywateli oraz nierównomierne rozmieszczenie terytorialne poszczególnych specjalistów w ochronie zdrowia są zjawiskami występującymi na całym świecie. Mamy z nimi do czynienia również w Polsce. System kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr medycznych powinien jednak zapewniać nie tylko zwiększenie liczby specjalistów, ale też sprzyjać podnoszeniu jakości kształcenia i – w efekcie – świadczonych usług zdrowotnych, które będą zaspokajać potrzeby społeczeństwa w tym zakresie.

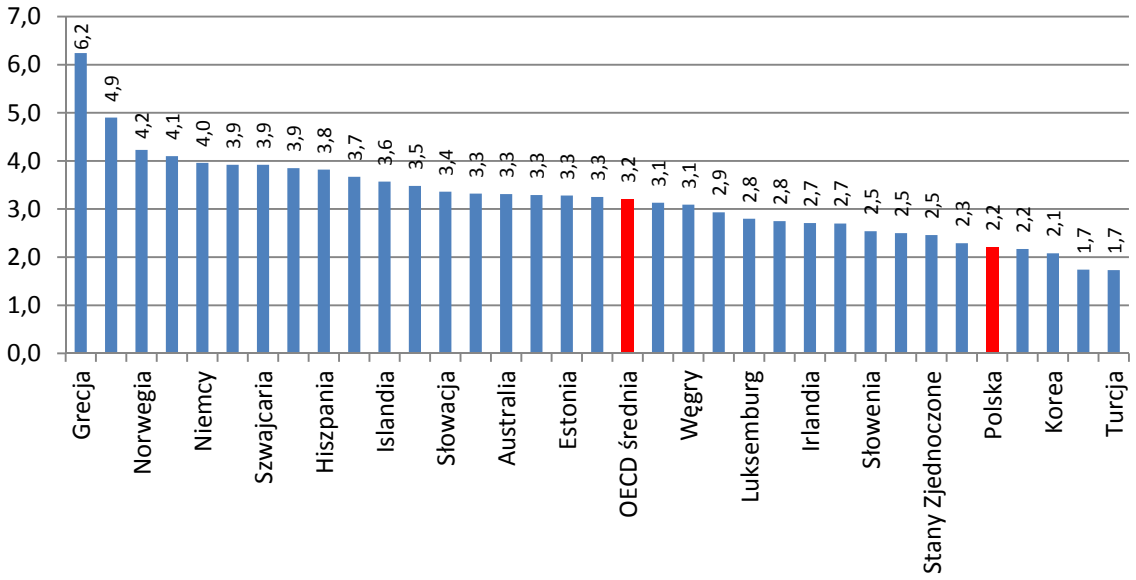
Rysunek nr 1
System kształcenia kadr medycznych



Źródło: Na podstawie Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. World Health Organization 2011.

Liczba lekarzy w Polsce w przeliczeniu na 1000 osób znacznie odbiega od takiej liczby lekarzy w innych krajach OECD, co zilustrowano na wykresie nr 1.

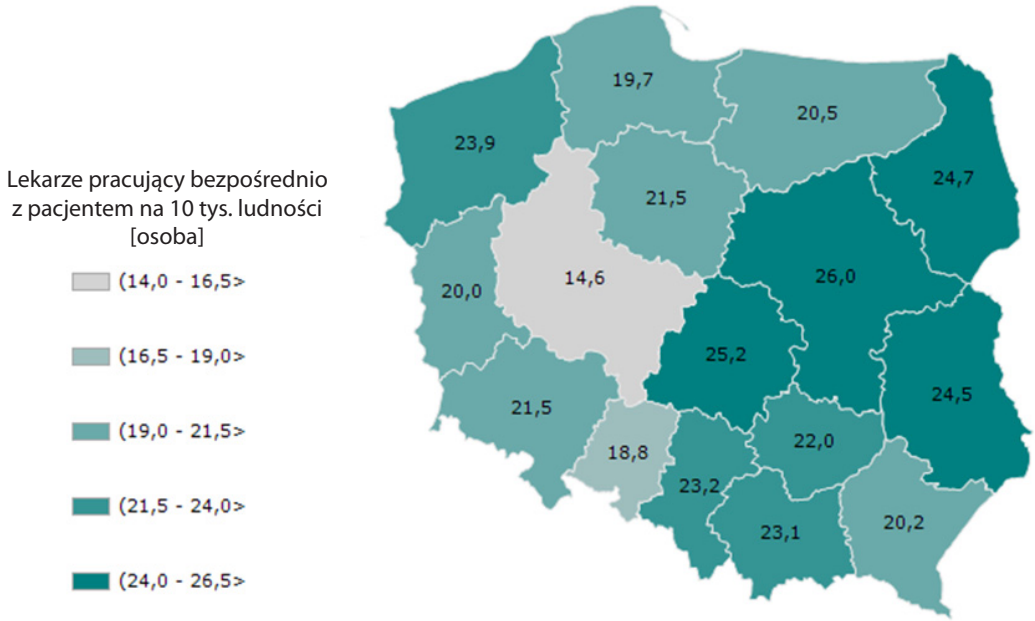
Wykres nr 1
Liczba praktykujących lekarzy na 1000 osób w roku 2012



Źródło: OECD Health Statistics 2014.

Na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się jej nierównomierne rozmieszczenie terytorialne, również w wymiarze krajowym. W wielu krajach większość specjalistów ochrony zdrowia wybiera praktykowanie raczej w dużych miastach niż na obszarach wiejskich i w regionach mniej atrakcyjnych. W Polsce jest podobnie, również mamy do czynienia z dużym zróżnicowaniem liczby lekarzy pomiędzy poszczególnymi województwami.

Rysunek nr 2
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności w roku 2013

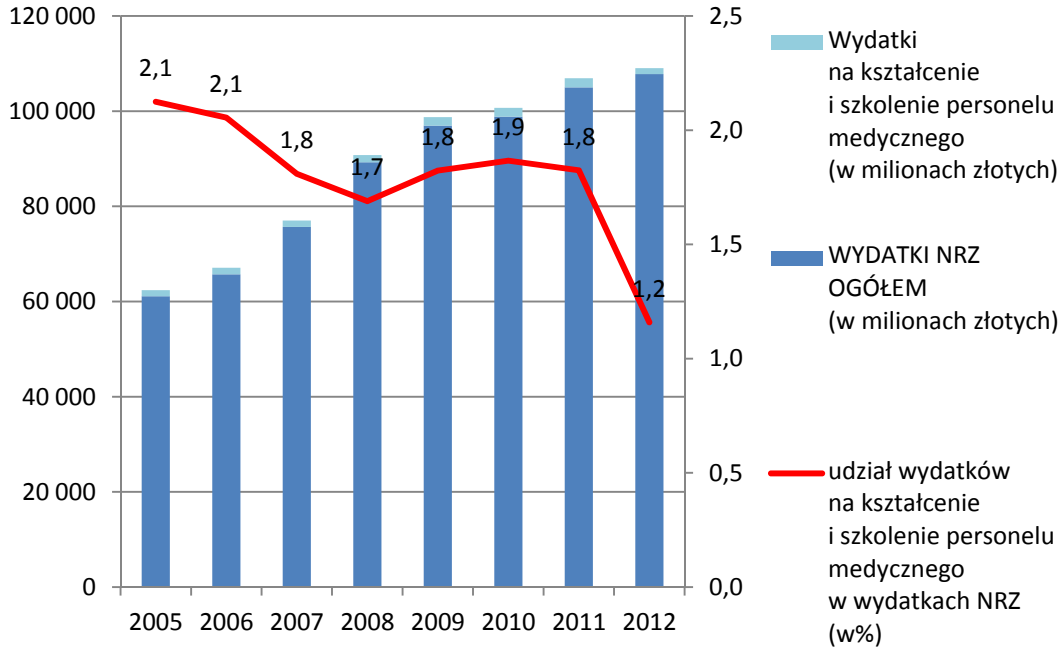


Źródło: Dziedzinowa Baza Wiedzy Zdrowie i Ochrona Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny.

Wydatki na kształcenie lekarzy, pielęgniarek i położnych – utrzymują się na poziomie około 1,8% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia.

Wykres nr 2
Wydatki na kształcenie personelu medycznego według Narodowego Rachunku Zdrowia[1]

(w milionach PLN)



Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia za lata 2005–2012.

Wydatki na zdrowie według Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ), począwszy od roku 2005, systematycznie rosły, ale udział wydatków na kształcenie i szkolenie personelu medycznego w NRZ obniżył się w tym okresie z 2,1% do 1,2% (wykres nr 2).

System kształcenia kadr medycznych staje w obliczu różnorodnych wyzwań, takich jak niewystarczająca infrastruktura, niedostatki wykwalifikowanej kadry dydaktycznej, czy nieodpowiednie metody kształcenia. Powyższe uwarunkowania wpływają na jakość kształcenia. To z kolei może przekładać się na wyniki egzaminów. W latach 2013–2015 odsetek lekarzy, którzy nie zdali egzaminu końcowego[2] wynosił wśród absolwentów poszczególnych uczelni od 7,8% do 23,3%.

Studiowanie medycyny wymaga obok wiedzy biologicznej uwzględnienia również innych elementów związanych z naturą ludzką i uwarunkowaniami psychospołecznymi. Kształcenie na wydziałach lekarskich powinno być zorganizowane w taki sposób, aby kończąc studia lekarz posiadał[3]:

1 System rachunków zdrowia jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowy Rachunek Zdrowia za kolejne lata opracowywany jest w Głównym Urzędzie Statystycznym w ścisłej współpracy z instytucjami, które gromadzą dane o nakładach na ochronę zdrowia: tj. Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Finansów. Metodologia Narodowych Rachunków Zdrowia (NRZ) została opracowana przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2000 r. i opublikowana w podręczniku *„A System of Health Accounts"*. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków (*International Classification for Health Accounts – ICHA*).

2 Dane Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi.

3 Aleksander Skotnicki, „Medycyna w uniwersytecie: profesorowie, studenci, pacjenci", Medycyna Praktyczna dla lekarzy, 2.11.2015 r.

- wiedzę teoretyczną o funkcjonowaniu tkanek i narządów oraz zaburzeniach tego funkcjonowania, patogenezie chorób, o metodach diagnostycznych oraz terapeutycznych,
- wiedzę praktyczną w zakresie wykonywania określonych procedur diagnostycznych i terapeutycznych,
- wiedzę teoretyczną i praktyczną w zakresie relacji i komunikowania się z chorym człowiekiem i jego rodziną,
- wiedzę w zakresie prawodawstwa w relacji lekarz – pacjent.

Lekarze oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych odgrywają w społeczeństwie szczególną rolę, powierza się im zdrowie, które jest jedną z najwyższych wartości człowieka. Z badań stopnia zadowolenia chorych z przewlekłymi problemami zdrowotnymi – w różnych systemach ochrony zdrowia – wynika, że głównym źródłem problemów jest personel medyczny, a nie stopień zaawansowania dostępnych technologii medycznych. Tak więc odpowiednie do oczekiwań społeczeństwa kształcenie personelu medycznego powinno stanowić najistotniejsze ogniwo w systemie ochrony zdrowia.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Tytuł i numer kontroli

Kontrola planowa nr P/15/060 – „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych".

Cel kontroli i jej zakres przedmiotowy

Celem głównym kontroli była ocena funkcjonowania systemu kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych w celu zapewnienia przygotowania odpowiedniej liczby specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Cele cząstkowe

Cele cząstkowe kontroli obejmowały:

- w zakresie sposobu ustalania polityki państwa dotyczącej kształcenia kadr medycznych, w tym określania zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny:
  - czy określano zapotrzebowanie na specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, urzędy wojewódzkie),
  - czy podejmowano skuteczne działania w celu zahamowania emigracji wykształconych w kraju kadr medycznych (Ministerstwo Zdrowia),
  - czy prawidłowo finansowano kształcenie kadr medycznych oraz czy zapewniono prawidłowy nadzór nad uczelniami i kształceniem (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego);
- w zakresie zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia kadr medycznych:
  - czy zapewniono prawidłowe przeddyplomowe kształcenie kadr medycznych (Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego),
  - czy systemy rekrutacyjne poszczególnych uczelni funkcjonowały prawidłowo (uczelnie medyczne),
  - czy zapewniono zgodność procesu kształcenia z obowiązującymi standardami (uczelnie medyczne),
  - czy zapewniono odpowiednią dostępność specjalizacji oraz prawidłowy nadzór wojewody nad stażem podyplomowym i kształceniem specjalizacyjnym (urzędy wojewódzkie).

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2013–2015, a w przypadku uczelni medycznych – lata akademickie 2012/2013 –2015/2016 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych).

Zakres podmiotowy kontroli

Czynności kontrolne prowadzone były, w okresie od 9 czerwca 2015 r. do 30 września 2015 r., przez Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w: Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Poznaniu i Szczecinie. Skontrolowano łącznie 15 podmiotów, tj.: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, sześć uczelni medycznych oraz siedem urzędów wojewódzkich.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. NIK zwraca uwagę, że brak lekarzy niektórych specjalności staje się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne[4].

Z ustaleń kontroli wynika, że:

Minister Zdrowia nie opracował – w postaci sformalizowanego dokumentu – długookresowej strategii uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych, która uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Nie funkcjonował System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, którego zadaniem, zgodnie z założeniami, miało być m.in. gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych.

Nie istniały mechanizmy pozwalające na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego, co zmniejszało skuteczność działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia w celu ograniczenia tego zjawiska. Ubytku specjalistów nie rekompensował przyjazd personelu z innych krajów.

Wprowadzono wprawdzie regulacje prawne zmierzające do przyśpieszenia i uelastycznienia systemu kształcenia kadr medycznych, ale, zdaniem NIK, niektóre z nich stwarzają zagrożenie dla jakości procesu kształcenia. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania praktycznego do kształcenia przeddyplomowego nie zapewni praktycznego przygotowania do wykonywania zawodu lekarza adekwatnego do uzyskiwanego w poprzednim porządku prawnym.

Do braku odpowiedniej liczby specjalistów przyczyniała się ograniczona liczba miejsc rezydenckich, chociaż nie wszystkie przyznane miejsca, w wielu deficytowych dziedzinach medycyny, były wykorzystywane ze względu na brak chętnych.

Systemy rekrutacyjne uczelni medycznych kształcących na kierunkach medycznych funkcjonowały prawidłowo. Uczelnie te jednak nie są przygotowane do prowadzenia kształcenia według nowych regulacji. Liczebność grup, w trakcie kształcenia praktycznego, nie spełniała oczekiwań studentów i nie pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, że możliwe jest osiągnięcie założonych efektów kształcenia w zakresie umiejętności.

Finansowanie kształcenia kadr medycznych odbywało się zgodnie z algorytmem określonym przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jednak uczelnie medyczne wskazywały na niewystarczającą wysokość dotacji otrzymywanych z budżetu na prowadzenie działalności dydaktycznej. Uwagi te nabierają szczególnego znaczenia

[4] Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, sierpień 2015 r.; informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku", grudzień 2015 r.

w kontekście nadawania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunkach medycznych – zwłaszcza lekarskim i lekarsko-dentystycznym – przez uczelnie niemedyczne. Oznacza to bowiem, iż ta sama pula środków będzie musiała zostać podzielona między większą liczbę podmiotów. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż zwiększenie limitów przyjęć na kierunkach medycznych bez zapewnienia odpowiedniego finansowania może skutkować obniżeniem jakości kształcenia.

Obawy o jakość kształcenia budzi również brak wystarczającego nadzoru w tym zakresie. Nadzór nad uczelniami prowadzącymi kształcenie na kierunkach medycznych jest podzielony pomiędzy Ministra Zdrowia, który nadzoruje uczelnie medyczne oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego nadzorującego pozostałe uczelnie. Instytucją działającą niezależnie na rzecz doskonalenia jakości kształcenia jest Polska Komisja Akredytacyjna (PKA). Tymczasem żaden ze wspomnianych ministrów nie wnioskował do PKA o przeprowadzenie ocen jakości kształcenia kadr medycznych, mimo iż we własnym zakresie również nie korzystał z przysługujących uprawnień do prowadzenia kontroli w zakresie spełniania warunków do prowadzenia studiów, zasad i trybu przyjmowania na studia oraz ich przebiegu.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. W Ministerstwie Zdrowia nie został opracowany sformalizowany dokument określający długookresową strategię uwzględniającą potrzeby zdrowotne społeczeństwa, które uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Decyzje o limicie przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny oraz o liczbie miejsc dla osób odbywających szkolenie specjalizacyjne nie były podejmowane na podstawie ustalonych uprzednio norm mających uzasadnienie w odpowiednio rozpoznanych, aktualnych i przewidywanych potrzebach zdrowotnych.
Limity przyjęć na studia określane były przede wszystkim na podstawie oceny możliwości dydaktycznych uczelni, a określanie liczby miejsc rezydenckich odbywało się na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez wojewodów.

[szerzej str. 20]

2. Nie stworzono instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów. Minister Zdrowia nie określił pożądanej liczebności kadry medycznej w odniesieniu do liczby mieszkańców. Nie był zatem w stanie ocenić, czy liczba specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia jest odpowiednia w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. Minister Zdrowia nie posiadał też narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji strategicznych dotyczących kształcenia lekarzy i innych pracowników medycznych. Nie funkcjonował bowiem System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), który miał zapewnić gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także na monitorowanie kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego pracowników medycznych oraz wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych.

[szerzej str. 23]

3. Brak jest aktów wykonawczych dotyczących rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, w których można uzyskać świadectwo, do wydania których zobowiązywał Ministra Zdrowia art. 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[5].

[szerzej str. 24]

4. Zmiany do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, regulujące zasady wyboru i zmiany specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury, wprowadzono bez konsultacji z zainteresowanymi środowiskami i objęto nimi osoby, które decyzje o wyborze specjalizacji podjęły w innym porządku prawnym.

[szerzej str. 25]

5. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były ogłaszane w dniach: 21 sierpnia 2014 r. – na rok akademicki 2014/2015, 20 sierpnia 2013 r. – na rok akademicki 2013/2014, 23 lipca 2012 r. – na rok akademicki 2012/2013, a więc po rozpoczęciu procesu rekrutacji w uczelniach medycznych. Progi punktowe decydujące o umieszczeniu kandydata na liście osób zakwalifikowanych były ustalane bez wiedzy o limicie przyjęć, określonym na dany rok przez Ministra Zdrowia.

[szerzej str. 26]

6. W ocenie NIK, brak mechanizmów pozwalających na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego utrudniał podejmowanie skutecznych działań ograniczających to zjawisko. Ponadto, na niektóre z rozwiązań, które zdaniem Ministra Zdrowia miałyby doprowadzić do udrożnienia i uelastycznienia systemu kształcenia lekarzy oraz stworzenia szerszych możliwości dla ich rozwoju zawodowego w naszym kraju, NIK zwraca uwagę w kontekście zagrożenia dla odpowiedniej jakości kształcenia (np. likwidacja stażu podyplomowego).

[szerzej str. 26]

7. Zdaniem NIK likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania klinicznego do kształcenia przeddyplomowego stwarza ryzyko obniżenia jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Wymiar godzin praktycznego nauczania klinicznego z zakresu poszczególnych specjalności, realizowany przez studentów VI roku kierunku lekarskiego i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego będzie nawet o 70% niższy od zapewnionego przez obecnie obowiązujący staż podyplomowy. Stanowisko NIK potwierdza również fakt, że projekt ustawy likwidującej staż podyplomowy został negatywnie oceniony w toku uzgodnień społecznych przez wiele środowisk (m.in. Naczelną Radę Lekarską, niektórych konsultantów krajowych i wojewódzkich, władze uczelni medycznych).

Z likwidacją stażu wiąże się także problem dotyczący realizacji zajęć praktycznych, wynikający z różnicy między statusem lekarza odbywającego staż, który posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu i studenta, który takiego prawa nie posiada.

Ponadto, przyjęte zostały rozwiązania prawne, które dopuszczają uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty przez pewną grupę absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego bez obowiązku odbycia jakiegokolwiek kształcenia praktycznego.

[szerzej str. 28]

[5] Przepis artykułu 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązuje od dnia 1 stycznia 2007 r. Rozporządzenie na podstawie ww. przepisu, wydane przez Ministra Zdrowia w dniu 27 czerwca 2007 r., zostało uchylone z dniem 23 kwietnia 2008 r.

8. Skontrolowane uniwersytety medyczne – co do zasady – prawidłowo organizowały i prowadziły rekrutację na studia w poszczególnych latach akademickich 2012/2013 – 2015/2016. Warunki i tryb rekrutacji oraz liczbę miejsc na poszczególnych kierunkach na dany rok akademicki określały senaty uczelni. Limity przyjęć ustalane były na podstawie analiz zapotrzebowania na absolwentów danego kierunku oraz z uwzględnieniem możliwości dydaktycznych uczelni, chociaż ważnym aspektem branym pod uwagę przy ustalaniu limitów były także kwestie finansowe. Osoby przyjęte na I rok studiów spełniały warunki określone przez senat.

Uczelnie medyczne stosowały niejednolite kryteria rekrutacji i sposób podejścia do wypełniania limitów przyjęć, określonych przez Ministra Zdrowia. W niektórych przyjmowano wszystkich kandydatów, którzy uzyskali taką samą liczbę punktów, jak ostatnia osoba mieszcząca się w limicie, co powodowało przekroczenie tych limitów. W innych próg punktowy podnoszono do poziomu osiągniętego przez poprzednią osobę, co z kolei przyczyniało się do niewypełnienia limitów. W Pomorskim Uniwersytecie Medycznym przyjęte rozwiązania doprowadziły do przyjęcia kandydatów, którzy w procesie naboru uzyskali gorsze rezultaty.

[szerzej str. 32]

9. Wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia mieściły się w limicie określonym w rozporządzeniach Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia w uczelni publicznej.

Przy określaniu wysokości opłat rekrutacyjnych brano pod uwagę m.in. wynagrodzenia komisji rekrutacyjnych i egzaminacyjnych, koszty związane z promocją, zakup arkuszy egzaminacyjnych, koszt programów obsługujących rekrutację, koszty korespondencji z kandydatami, udział w targach edukacyjnych.

[szerzej str. 34]

10. Programy kształcenia (na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmacji, pielęgniarstwie i położnictwie), obowiązujące w latach 2012/2013–2015/2016, w większości uczelni spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Ustalony w nich czas trwania studiów, liczba godzin (w tym praktycznego nauczania), praktyk oraz liczba punktów ECTS były równe lub wyższe od wartości minimalnych określonych przepisami ww. rozporządzenia.

Na wszystkich kierunkach studiów spełnione były minima kadrowe, określone w §14 ust. 1 i 7, §15 ust. 1 oraz §16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia[6].

Nauczyciele zaliczani do minimum kadrowego w większości przypadków spełniali warunki określone w §13 wspomnianego rozporządzenia[7].

[6] Poprzednio rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 października 2011 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, Dz. U. z 2014 r., poz. 131.

[7] Nauczyciel akademicki może być zaliczony do minimum kadrowego, jeżeli został zatrudniony w uczelni nie później niż od początku semestru studiów oraz jeżeli w danym roku akademickim prowadzi na danym kierunku studiów zajęcia dydaktyczne w wymiarze co najmniej: 30 godzin zajęć dydaktycznych – w przypadku nauczyciela akademickiego posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego lub będącego osobą, która nabyła uprawnienia równoważne z uprawnieniami doktora habilitowanego („samodzielny nauczyciel akademicki"), 60 godzin zajęć dydaktycznych – w przypadku nauczyciela akademickiego posiadającego stopień naukowy doktora lub kwalifikacje drugiego stopnia.

Jednak w ww. zakresie stwierdzono również uchybienia i nieprawidłowości, które choć nieliczne, mogły wpłynąć na jakość kształcenia w uczelniach, w których wystąpiły.

[szerzej str. 34]

11. Mimo pozytywnych ocen instytucjonalnych i programowych wystawionych przez Polską Komisję Akredytacyjną wszystkim kontrolowanym uczelniom[8], dostęp studentów do bazy dydaktycznej był bardzo zróżnicowany. Na przykład, liczba studentów w przeliczeniu na jedną salę wykładową wynosiła od 126 w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku do 405 w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Sale ćwiczeniowe służyły do odbywania zajęć dla 13 studentów w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, podczas gdy w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie ćwiczenia w jednej sali odbywało jednocześnie średnio 30 studentów. Zróżnicowane było też obciążenie dydaktyczne grup studenckich. Na niektórych kierunkach (fizjoterapia, położnictwo) studenci odbywali dziennie nawet 11–12 godzin zajęć. Analiza harmonogramów zajęć pokazała, że odbywały się one w godzinach od ósmej do dwudziestej pierwszej.

Liczebność grup, dla których prowadzone były ćwiczenia kliniczne na kierunku położnictwo, budziła zastrzeżenia Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

Na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym we wspólnych zajęciach uczestniczyły grupy złożone ze studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych, co wskazuje, że studia niestacjonarne stają się w praktyce formą dziennych studiów płatnych.

[szerzej str. 36]

12. Jedynie w czterech uczelniach medycznych utworzono pracownie symulacji medycznej, w których ma się odbywać kształcenie praktyczne studentów po zlikwidowaniu stażu podyplomowego. Były one jednak bardzo zróżnicowane pod względem stosowanych symulacji medycznych (od prostych trenażerów po wysokozaawansowane technologicznie symulatory pacjenta).

[szerzej str. 37]

13. Wyniki przeprowadzanych wśród studentów ankiet oraz analiza monitoringu karier absolwentów uczelni medycznych wskazują przede wszystkim na niedostatek zajęć praktycznych oraz niewystarczającą częstotliwość kontaktu z pacjentem.

[szerzej str. 39]

14. Spośród 50 skontrolowanych umów[9] o udostępnianie uczelni medycznej – przez podmioty lecznicze (inne niż utworzone lub prowadzone przez uczelnię medyczną) – jednostek organizacyjnych, niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, 26% nie zawierało elementów wymaganych przepisami art. 89 ustawy o działalności leczniczej.

[szerzej str. 40]

15. Kontrole przeprowadzone w urzędach wojewódzkich generalnie wykazały właściwe sprawowanie nadzoru nad stażem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów, podejmowanie

[8] Zgodnie z art. 48 a ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, PKA jest instytucją działającą niezależnie na rzecz doskonalenia jakości kształcenia. Komisja dokonuje oceny jakości kształcenia na kierunkach studiów (ocena programowa), mając na uwadze: efekty kształcenia odpowiadające Krajowym Ramom Kwalifikacji w zakresie obszarów kształcenia i kierunków studiów, spełnianie warunków niezbędnych do prowadzenia studiów, funkcjonowanie potwierdzania efektów uczenia się. Komisja może też dokonywać oceny działalności podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni (ocena instytucjonalna), w tym oceny jakości kształcenia na prowadzonych przez nią studiach trzeciego stopnia i studiach podyplomowych.

[9] Co stanowiło 91% wszystkich umów obowiązujących w badanym okresie.

racjonalnych działań dotyczących wykorzystania informacji zawartych w raportach i sprawozdaniach konsultantów wojewódzkich we właściwych dziedzinach medycyny, prawidłowe prowadzenie postępowań kwalifikacyjnych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury oraz niewykorzystanych miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą, a także wiarygodne dokumentowanie ich prowadzenia.

Jednak liczba osób odbywających specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny nie zawsze odpowiadała potrzebom zdrowotnym społeczeństwa. Nie wszystkie przyznane miejsca rezydenckie zostały wykorzystane, między innymi ze względu na brak chętnych. Niechęć do podejmowania przez lekarzy szkolenia specjalistycznego w ramach niektórych specjalizacji (np. patomorfologia, medycyna sądowa, neuropatologia) wynikała z różnych przyczyn, m.in. braku bezpośredniego kontaktu z pacjentem i możliwości leczenia, konieczności posiadania indywidualnych predyspozycji, a także ograniczonych możliwości prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej. Z drugiej strony, zainteresowaniem lekarzy, niekiedy niewspółmiernie dużym w stosunku do potrzeb pacjentów, cieszyły się specjalizacje w dziedzinach, które dawały większe możliwości funkcjonowania (i uzyskiwania przychodów) poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych (np. endokrynologia, ortodoncja, stomatologia zachowawcza z endodoncją).

[szerzej str. 41]

16. Podziału dotacji dla uczelni kształcących na kierunkach medycznych dokonywano zgodnie z algorytmem, określonym w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych[10] a uprzednio w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2012 r. w tej samej sprawie[11].

[szerzej str. 43]

17. Nadzór nad uczelniami medycznymi, na podstawie art. 33 ust. 2 pkt 4 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia (wykonuje w tym zakresie uprawnienia ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego). W ramach nadzoru Minister Zdrowia może m.in. przeprowadzać kontrole działalności uczelni. Przedmiotem tych kontroli może być również badanie warunków realizacji procesu dydaktycznego.
Minister Zdrowia z tego uprawnienia nie korzystał.

[szerzej str. 43]

18. W latach 2013–2015 Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie przeprowadzał kontroli dotyczących kierunków medycznych na uczelniach przez siebie nadzorowanych.

MNiSW nie przeprowadzał też kontroli w zakresie spełniania warunków do prowadzenia studiów, zasad i trybu przyjmowania na studia oraz toku studiów w uczelniach niemedycznych, w tym w tych, które w momencie składania wniosku o nadanie uprawnienia do prowadzenia określonego kierunku studiów nie udokumentowały posiadania odpowiedniej infrastruktury dydaktycznej, dostępu do bazy szpitalnej umożliwiającej realizację praktyk zawodowych oraz którym PKA zaleciła m.in. korektę programu kształcenia, czy obsady zajęć.

[10] Obowiązujące od dnia 1 stycznia 2015 r.

[11] Obowiązujące od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. (Dz. U., poz. 202 ze zm.).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, przedmiotem kontroli Ministra może być również badanie warunków procesu dydaktycznego.

(szerzej str. 46)

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

W ocenie NIK ustalenia kontroli wskazują na konieczność systemowego podejścia do kształcenia kadr medycznych. Planowanie liczby poszczególnych specjalistów w systemie ochrony zdrowia a także organizacja systemu kształcenia poprzedzone powinno być rzetelnym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych obywateli. System ich kształcenia powinien natomiast zapewniać nie tylko odpowiednią liczbę absolwentów kierunków medycznych, ale również wysoką jakość tego procesu.

Mając na uwadze powyższe ustalenia, NIK wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań:

1. Przeprowadzenie rzetelnych analiz zmierzających do określenia liczby przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, jaka powinna przypadać na określoną populację ludności, przy uwzględnieniu celów polityki zdrowotnej. Decyzje o limicie przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny oraz o liczbie miejsc dla osób odbywających szkolenie specjalizacyjne powinny być podejmowane na podstawie ustalonych uprzednio norm mających uzasadnienie w odpowiednio rozpoznanych, aktualnych i przewidywanych potrzebach zdrowotnych.

2. Rozważenie przygotowania regulacji prawnych przywracających staż podyplomowy lub innych rozwiązań zapewniających adekwatne przygotowanie praktyczne i respektujących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i zweryfikowanej postawie etycznej. W ocenie NIK podjęcie działań w tym zakresie jest uzasadnione z uwagi na konieczność zachowania odpowiedniej jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów.

3. Zagwarantowanie możliwości kształcenia podyplomowego specjalistów szczególnie istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych obywateli, w tym między innymi zapewnienie odpowiedniej liczby akredytowanych miejsc specjalizacyjnych.

4. Wprowadzenie mechanizmów pozwalających na bieżące monitorowanie skali i kierunków migracji pracowników ochrony zdrowia oraz podjęcie skutecznych działań przeciwdziałających temu zjawisku. Nie kwestionując prawa obywateli do swobodnego osiedlania się i pracy w innym państwie członkowskim UE, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż biorąc pod uwagę, że szkolenie w ramach rezydentur jest finansowane ze środków Funduszu Pracy[12], a część wykwalifikowanej kadry medycznej emigruje do krajów, w których jest lepiej opłacana, celowe jest uwarunkowanie uczestnictwa w takim szkoleniu od zobowiązania przez Ministra Zdrowia przyszłych specjalistów do przepracowania określonego czasu w Polsce, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. NIK wniosek ten zawarła w opublikowanej w sierpniu 2015 r. informacji „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej”[13]. Jednocześnie wskazane są rozwiązania, które ułatwiłyby podejmowanie pracy w Polsce przez personel medyczny z innych krajów.

[12] W roku 2015 rezydentura jest finansowana przez Ministra Zdrowia ze środków budżetu państwa oraz ze środków Funduszu Pracy.

[13] Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej”.

5. Wzmożenie nadzoru nad kształceniem kadr medycznych. W ramach sprawowanego nadzoru istotna jest m.in. wnikliwa analiza przesłanek przyznawania wysokich limitów przyjęć dla studentów niepolskojęzycznych. Kształcenie studentów niepolskojęzycznych, mimo że prestiżowe i korzystne finansowo dla uczelni, powoduje ograniczenie miejsc do kształcenia kadry medycznej, która pozostanie w Polsce.

Istotne jest również ujednolicenie podejścia do wypełniania określonych przez MZ limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, w ramach współpracy ministra z rektorami poszczególnych uczelni, w celu wyeliminowania ryzyka przyjmowania kandydatów z gorszymi wynikami.

3 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1 Istotne ustalenia kontroli

3.1.1. Polityka państwa w zakresie kształcenia kadr medycznych, w tym określanie zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny

3.1.1.1. Określanie zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia

1. W Ministerstwie Zdrowia nie została opracowana – w postaci sformalizowanego dokumentu – długookresowa strategia uwzględniająca potrzeby zdrowotne społeczeństwa, oparta na analizie trendów demograficznych, z uwzględnieniem danych faktograficznych i projekcji, które uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Decyzje o limicie przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny oraz o liczbie miejsc dla osób odbywających szkolenie specjalizacyjne nie były podejmowane na podstawie ustalonych uprzednio norm mających uzasadnienie w odpowiednio rozpoznanych aktualnych i przewidywanych potrzebach zdrowotnych. Limity przyjęć na studia określane były przede wszystkim na podstawie oceny możliwości dydaktycznych uczelni, choć z analizy danych wynika, że niebagatelne znaczenie miały też względy finansowe, gdyż przychody z tytułu kształcenia studentów obcojęzycznych stanowiły średnio niemal połowę (48,5%) przychodów własnych uczelni. Również określanie liczby miejsc rezydenckich odbywało się wyłącznie na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez wojewodów.

W Polsce nie została określona pożądana liczba pracowników poszczególnych grup zawodów medycznych, w przeliczeniu na populację ludności[14], co zdaniem NIK powinno być warunkiem podstawowym dla zabezpieczenia odpowiedniej liczby specjalistów.

Ministerstwo Zdrowia zgłosiło wprawdzie swój udział w projekcie *Joint Action on Health Workforce Planning*[15], którego założeniem jest wsparcie organów właściwych w zakresie planowania kadr medycznych w Unii Europejskiej, a zwłaszcza zdefiniowania minimalnego zestawu danych dotyczących kadr medycznych niezbędnych do planowania i prognozowania zapotrzebowania na te kadry, ale projekt jest jeszcze w fazie realizacji, a uzyskane dotychczas efekty nie pozwalają na ocenę jego przydatności[16].

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w drodze rozporządzenia, określał limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny[17] w poszczególnych uczelniach[18]. Corocznie, na początkowym etapie prac nad projektem

---

14 NIK już wcześniej zwracała uwagę na potrzebę ustalenia wskaźników dotyczących kadry medycznej, m.in. w wyniku kontroli w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym.

15 Projekt rozpoczęto 11 kwietnia 2013 r. i trwać będzie 3 lata.

16 Prace w ramach projektu rozpoczęły się 11 kwietnia 2013 r. a zakończyć się mają w pierwszej połowie roku 2016. Wyniki będą dostępne na stornie internetowej projektu (http://euhwforce.weebly.com) - obecnie dostępne są jedynie informacje o tym, co będzie zawarte w treści przygotowywanych dokumentów: raport na temat analizy luk w terminologii; raport na temat możliwości stosowania Kodeksu Dobrej Praktyki dot. międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego, opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w kontekście Europy; dokument na temat minimalnych danych niezbędnych do planowania zapotrzebowania na kadrę medyczną; poradnik dla użytkowników po kwalitatywnych metodach stosowanych przy planowaniu zapotrzebowania na kadrę medyczną; poradnik dotyczący metodologii planowania zapotrzebowania na kadrę medyczną.

17 Na podstawie art. 8 ust. 9 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym.

18 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2012 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz.U., poz. 864), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2013 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz. U., poz. 986), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz. U., poz. 1125), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2015 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz. U., poz. 1119).

rozporządzenia, Minister Zdrowia zwracał się do uczelni posiadających uprawnienia do prowadzenia kształcenia na ww. kierunkach o przedstawienie swoich propozycji limitu przyjęć, opracowywanych na podstawie oceny możliwości dydaktycznych. Wnioskowane przez uczelnie wielkości limitów znajdowały odzwierciedlenie w wydawanych rozporządzeniach[19].

W badanym okresie przyznany limit przyjęć na kierunek lekarski na studia stacjonarne wzrósł o 14,4%, a na niestacjonarne – o 39,9%. W tym samym czasie limit przyjęć na kierunek lekarski prowadzony w języku innym niż język polski wzrósł o 20,4% (dane zawiera tabela nr 1).

Tabela nr 1
Limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach 2012/2013 – 2015/2016

tryb i kierunek	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	przyrost (w roku 2015/2016) w stosunku do roku 2012/2013
lekarski					
stacjonarne	3 086	3 107	3 133	3 529	14,4
niestacjonarne	749	826	865	1 048	39,9
prowadzone w języku obcym	1 288	1 361	1 451	1 551	20,4
lekarsko-dentystyczny					
stacjonarne	728	741	747	784	7,7
niestacjonarne	229	242	242	256	11,8
prowadzone w języku obcym	173	256	259	296	71,1

Źródło: Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach 2012/2013–2015/2016.

Udział przyznanych miejsc na studia prowadzone w języku obcym w stosunku do liczby miejsc ogółem wahał się w roku akademickim 2015/2016 od 13,2% w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi do 50,0% w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie i wynosił średnio 25,3%.

NIK zwraca uwagę, iż kształcenie studentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w języku innym niż język polski odbywa się z wykorzystaniem tej samej bazy dydaktycznej, co powoduje zmniejszenie jej dostępności dla pozostałych studentów. Tymczasem studenci anglojęzyczni nie zasilają szeregów lekarzy w Polsce. Nie zostało uwzględnione stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, zgodnie z którym „przyznawanie wysokiego limitu przyjęć dla studentów niepolskojęzycznych, mimo że prestiżowe i korzystne finansowo dla uczelni, powoduje ograniczenie miejsc do kształcenia kadry medycznej, która zostanie w Polsce"[20].

Minister, na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[21], określał też liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji (tzw. rezydentura), w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, na podstawie zapotrzebowań zgłoszonych przez wojewodów.

[19] Różnice występowały w liczbie miejsc przyznanych dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, finansowanych przez Ministra Obrony Narodowej.

[20] Stanowisko Prezydium NRL podjęte w dniu 6 czerwca 2014 r.

[21] Art. 16 e ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W latach 2013–2015 w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych zostało przyznanych łącznie 7.612 miejsc rezydenckich, w tym po 3.000 w 2013 r. i w 2014 r.

Na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane w terminie 1–31 marca 2015 r. Minister Zdrowia przyznał 1.612 miejsc rezydenckich w 40 dziedzinach medycyny. Sposób przydziału rezydentur uwzględniał priorytetowe dziedziny medycyny[22] oraz wybrane grupy dziedzin (m.in. geriatrycznych, onkologicznych, pediatrycznych, stomatologicznych), gdzie przyznawane były miejsca rezydenckie na poziomie 100% zapotrzebowania[23].

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez wojewodów w ww. postępowaniu kwalifikacyjnym zakwalifikowanych zostało łącznie 574 lekarzy oraz pozostało 1.038 niewykorzystanych miejsc rezydenckich w 34 dziedzinach medycyny.

W niektórych dziedzinach medycyny zostały wykorzystane wszystkie przyznane miejsca rezydenckie (np. chirurgia szczękowo-twarzowa, endokrynologia, chirurgia stomatologiczna, ortodoncja, periodontologia, stomatologia zachowawcza z endodoncją). Natomiast w przypadku medycyny ratunkowej, neonatologii, onkologii i hematologii dziecięcej, patomorfologii, chorób płuc dzieci, medycyny paliatywnej, nefrologii dziecięcej, pediatrii metabolicznej – zdecydowana większość przyznanych miejsc (ponad 90%) pozostała niewykorzystana. Niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą, przyznane na postępowanie kwalifikacyjne dla danego województwa w danej dziedzinie medycyny, Minister Zdrowia dodatkowo przyznał lekarzom, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej, uwzględniając wszystkie dziedziny, w których były przyznane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą. Zgodnie z informacjami o niewykorzystanych miejscach szkoleniowych objętych rezydenturą oraz listami rankingowymi lekarzy i lekarzy dentystów niezakwalifikowanych w postępowaniu kwalifikacyjnym, przekazanymi przez wojewodów, niewykorzystane miejsca rezydenckie Minister Zdrowia mógł przyznać maksymalnie 202 lekarzom, pozostałe miejsca nie zostały rozdysponowane. Możliwość przyznania niewykorzystanych miejsc rezydenckich występowała jedynie wtedy, gdy w danym województwie i w danej specjalizacji były osoby chętne do odbywania szkolenia w trybie rezydentury i były wolne akredytowane miejsca szkoleniowe. W związku ze zwolnieniem się miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, a także z uzyskaniem akredytacji przez jedną z jednostek organizacyjnych, Minister Zdrowia w czasie dwóch miesięcy od zakończenia postępowania przyznał dodatkowo niewykorzystane miejsca rezydenckie 7 lekarzom.

Dodatkowe miejsca rezydenckie we wspomnianym trybie były przyznawane w dziedzinach: choroby wewnętrzne (54 miejsca), chirurgia ogólna (36 miejsc), psychiatria (19 miejsc), ortopedia i traumatologia narządu ruchu (15 miejsc), stomatologia zachowawcza z endodoncją (15 miejsc), stomatologia dziecięca (13 miejsc), protetyka stomatologiczna (12 miejsc), chirurgia szczękowo-twarzowa (10 miejsc).

[22] Na podstawie obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, za dziedziny priorytetowe zostało uznanych 16 specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

[23] Zostały przyznane miejsca rezydenckie: na 100% wolnych miejsc szkoleniowych w dwóch dziedzinach: patomorfologia oraz psychiatria dzieci i młodzieży, na 100% zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów w dwunastu dziedzinach: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, geriatria, hematologia, medycyna ratunkowa, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, pediatria radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca. W dziedzinie medycyna rodzinna Minister Zdrowia przyznał rezydentury na poziomie 70% zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów.

W celu uatrakcyjnienia dla lekarzy specjalizacji deficytowych, Minister Zdrowia, począwszy od 2003 r., określa wykaz priorytetowych dziedzin medycyny[24]. Wynagrodzenie z tego tytułu jest nieco wyższe niż rezydentów specjalizujących się w pozostałych dziedzinach medycyny[25].

Specjalizacja pielęgniarek i położnych była dofinansowywana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków[26]. Specjalizacja jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Limity miejsc szkoleniowych oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w danym roku Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, terminowo określał i ogłaszał w formie obwieszczenia w dzienniku urzędowym. W całym badanym okresie limit miejsc szkoleniowych nie zmieniał się i wynosił 1.850, a kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego była ustalona w wysokości nie większej niż 4.337 zł[27].

W dniu 3 listopada 2015 r. weszły w życie przepisy ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które wprowadzają zmiany pozwalające między innymi na zwiększenie limitów miejsc szkoleniowych w ramach zaplanowanych środków. Dotychczasowe uregulowania prawne dotyczące limitów miejsc szkoleniowych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego nie dawały możliwości wykorzystania w pełni zaplanowanej w budżecie kwoty na to zadanie. Mimo iż zdarzało się, że ceny wskazane przez organizatorów szkoleń w ofertach złożonych w ramach zamówienia publicznego były niższe niż kwota dofinansowania i w efekcie pozostawały niewykorzystane środki finansowe na to zadanie, to określone sztywno limity miejsc szkoleniowych nie pozwalały na przeprowadzenie kolejnej procedury przetargowej. Zmiana zapisów w tym zakresie pozwolić powinna na dofinansowanie kolejnych miejsc szkoleniowych, wykorzystując maksymalną kwotę, którą corocznie można przeznaczyć na szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych".

2. Nie funkcjonował System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), który miał zapewnić gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych oraz monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych, a także na wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych[28].

---

24 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 84, poz. 709), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U., poz. 1489).

25 Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U., poz. 1498). Wysokość wynagrodzenia zasadniczego rezydentów w dziedzinach uznanych przez Ministra Zdrowia za priorytetowe w pierwszych dwóch latach rezydentury wynosi 3.602 zł, po dwóch latach rezydentury wynosi 3.890 zł, natomiast w pozostałych dziedzinach medycyny wysokość wynagrodzenia zasadniczego w pierwszych dwóch latach rezydentury wynosi 3.170 zł, po dwóch latach rezydentury 3.458 zł.

26 Na podstawie art. 70 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

27 Dz. Urz. Min. Zdr. 2014 r., poz. 79, Dz. Urz. Min. Zdr. 2013 r., poz. 51, Dz. Urz. Min. Zdr. 2012 r., poz. 94.

28 Art. 30 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Dane w SMK, na podstawie art. 57 ust. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, miały być przetwarzane od dnia 1 sierpnia 2014 r. Tymczasem, Porozumienie o dofinansowanie w ramach 7 osi priorytetowej „Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji" Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013 na realizację Projektu Dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia pomiędzy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia a Władzą Wdrażającą Programy Europejskie, zostało podpisane dopiero w dniu 15 września 2014 r. W dniu 31 października 2014 r. została podpisana umowa z firmą Hewlett-Packard Polska Sp. z o.o., w ramach której dostarczony ma zostać SMK. Rozpoczęcie wdrożenia produkcyjnego systemu zaplanowane było od listopada 2015 r. Opóźnienia, o których mowa powyżej, zdaniem Kierownictwa MZ, wynikały ze złożoności systemu, konieczności zaangażowania dużej liczby interesariuszy, dostosowania funkcjonalności do wymagań użytkowników systemu.

3. Nie ma aktów wykonawczych dotyczących rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, w których można uzyskać świadectwo, do wydania których zobowiązywał Ministra Zdrowia art. 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[29].

W związku z wejściem w życie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych[30] – obowiązujące od dnia 26 lipca 2007 r. do 23 kwietnia 2008 r. – utraciło moc, gdyż ww. ustawa dokonała zmiany w delegacji do wydania aktu wykonawczego (zmiana w art. 17 ust. 13 pkt 7). Na początku 2009 r. podjęte zostały prace nad wydaniem nowego rozporządzenia. W związku ze zmianami zasad legislacji, jakie zostały wprowadzone w trakcie prac nad wydaniem rozporządzenia, jak również z uwagi na złożoność regulacji, Rządowe Centrum Legislacji (RCL) zarekomendowało przeniesienie przepisów na poziom ustawowy. W wyniku tej rekomendacji podjęto, w 2009 r., prace nad założeniami projektu, a następnie w 2010 r. nad samym projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczącym uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczący uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny uzyskał rekomendację Stałego Komitetu Rady Ministrów dnia 27 lipca 2011 r. Jednakże 25 sierpnia 2011 r. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów zwróciła opracowany projekt ustawy, gdyż z uwagi na kalendarz prac parlamentarnych, niemożliwe było zakończenie prac ustawodawczych. Projekt został zgłoszony do Wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów na 2012 r., a 10 lipca 2014 r. decyzją Zespołu ds. Programowania Prac Rządu projekt został wycofany.

Minister Zdrowia sugerował, iż delegacja, zawarta w art. 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zobowiązująca Ministra Zdrowia do szczegółowego uregulowania przedmiotowej kwestii, z uwagi na zawieszenie prac nad uruchomieniem nowej formy szkolenia podyplomowego, powinna zostać usunięta.

Wprowadzenie umiejętności jako określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych obejmujących część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będących umiejętnością

[29] Przepis artykułu 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza obowiązuje od dnia 1 stycznia 2007 r.

[30] Dz. U. Nr 124, poz. 867.

udzielania określonego świadczenia zdrowotnego było uzasadniane koniecznością zapewnienia odpowiednio wykształconych kadr lekarskich w sytuacji braku wystarczającej liczby specjalistów. Zdaniem NIK celowy byłby powrót do prac nad tymi regulacjami.

4. NIK zwróciła uwagę na zmiany wprowadzone do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, regulujących zasady wyboru i zmiany specjalizacji, odbywanej w trybie rezydentury. Wprowadzone przepisy objęły również lekarzy będących w trakcie specjalizacji, ponieważ nie przewidziano okresu przejściowego dla powyższych przepisów. Nie prowadzono również konsultacji z zainteresowanymi środowiskami, poza zebraniem od wojewodów informacji o liczbie osób rezygnujących z odbywanej rezydentury.

Na podstawie art. 3 ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej, z dniem 1 stycznia 2015 r. wprowadzone zostały zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez dodanie art. 16ea stanowiącego w ust. 1, że rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Art. 16ea ust. 2 stanowi, że lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji programu, a ust. 3, że lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć ponownego wniosku o odbywanie rezydentury, z wyjątkiem przypadku, gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji, ustępu 4 – że lekarz, który dwukrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury.

Dotychczas obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie zawierały przepisów wyraźnie ograniczających możliwość rozpoczęcia kolejnego szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w przypadku gdy lekarz odbył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie realizacji programu specjalizacji przez kierownika specjalizacji, ale jeszcze nie uzyskał tytułu specjalisty w danej dziedzinie, np. nie przystąpił do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) lub go nie zdał. Przepisy przewidywały, iż rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Zmiana przepisów miała na celu ograniczenie nadużyć dokonywanych przez lekarzy w tym zakresie, w szczególności polegających na zamierzonym nieprzystępowaniu do PES – aby, w konsekwencji, ponownie zakwalifikować się do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury. W ocenie Ministerstwa Zdrowia zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty uniemożliwiła wielokrotne uzyskiwanie rezydentury, a tym samym ograniczyła rozpowszechnioną praktykę blokowania miejsc rezydenckich poprzez rezygnowanie z przyznanej rezydentury i ponowne kwalifikowanie się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w tym samym trybie, ale w innej dziedzinie lub innym miejscu. W efekcie powinno to umożliwić efektywniejsze wydatkowanie środków z budżetu państwa. W toku kontroli ustalono jednak, że w trakcie prac nad zmianami w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty były powadzone jedynie szacunki kosztów związanych z rezygnacją z rezydentury w latach 2011–2014, w zależności od czasu, kiedy tej rezygnacji dokonano (po pół roku i po roku od rozpoczęcia) i od tego, czy była to dziedzina priorytetowa czy niepriorytetowa. Jednak precyzyjnej kwoty nie podano.

Z analizy danych nadesłanych przez wojewodów na prośbę Ministra Zdrowia wynikało, że spośród osób skierowanych do odbycia specjalizacji po naborach przeprowadzonych w okresie marzec 2011 – marzec 2014 z rezydentury w czasie jej trwania zrezygnowało w sumie około 5,2% osób (z tego 47,6% w ciągu pierwszego półrocza i 22,8% w ciągu II półrocza trwania rezydentury).

NIK nie kwestionuje potrzeby zmian we wskazanym zakresie. Zwraca jednak uwagę na sposób ich wprowadzenia w życie oraz objęcie nimi osób, które decyzję o dziedzinie odbywanej specjalizacji podjęły w okresie obowiązywania innych regulacji prawnych.

5. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były ogłaszane w Dzienniku Ustaw w dniach: 7 sierpnia 2015 r. – na rok akademicki 2015/2016, 26 sierpnia 2014 r. – na rok akademicki 2014/2015, 28 sierpnia 2013 r. – na rok akademicki 2013/2014, 30 lipca 2012 r. – na rok akademicki 2012/2013, a więc po rozpoczęciu procesu rekrutacji w uczelniach medycznych.

Na przykład:

- *w trakcie procesu rekrutacyjnego na rok akademicki 2014/2015 w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, pierwsza lista osób zakwalifikowanych została ogłoszona w dniu 11 lipca z terminem składania dokumentów określonym na dzień 15 lipca, na godz. 13. Tak więc próg punktowy decydujący o umieszczeniu kandydata na tej liście został ustalony bez wiedzy o limicie przyjęć określonym na ten rok przez Ministra Zdrowia (ogłoszonym w dniu 26 sierpnia 2014 r.). W Śląskim Uniwersytecie Medycznym pierwszą uchwałę w sprawie ustalenia limitu punktów warunkujących przyjęcie na I rok stacjonarnych jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim na rok akademicki 2014/2015 podjęto w dniu 10 lipca, a więc również przed ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia limitu przyjęć. Podobna sytuacja miała miejsce w pozostałych uczelniach medycznych.*

Przepisy prawa nie określają wprawdzie terminu wejścia w życie rozporządzenia w sprawie limitów przyjęć, a wydanie ww. rozporządzenia związane jest m.in. z uzyskaniem stanowiska rektorów poszczególnych uczelni, wzywaniem do uzupełnienia braków formalnych składanych przez rektorów wniosków oraz z trwaniem procesu legislacyjnego, jednak Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż już w 2006 r. wystąpiła do Ministra Zdrowia z wnioskiem o ogłaszanie limitów przyjęć na dany rok akademicki z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby były one powszechnie znane w okresie poprzedzającym rekrutację.

3.1.1.2. Działania podejmowane w celu zahamowania emigracji wykształconych w kraju kadr medycznych

Zjawisko migracji personelu medycznego (lekarzy i lekarzy dentystów) monitorowane jest poprzez rejestrację liczby wydawanych przez samorząd lekarski zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach UE. Z informacji znajdujących się na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) wynika, że od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej na ogólną liczbę lekarzy wykonujących zawód, tj. 128.943, wydano ogółem 9.294 zaświadczenia stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji zawodowych (stan na 1 czerwca 2015 r.) oraz na ogólną liczbę lekarzy dentystów wykonujących zawód, tj. 35.210, wydano ogółem 973 zaświadczenia stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji zawodowych (stan na dzień 6 maja 2015 r.)[31]. Liczba wydanych zaświadczeń nie jest jednak tożsama z liczbą osób, które faktycznie wyjechały z kraju i podjęły pracę w innym kraju UE. Nie każda osoba, która ubiegała się o zaświadczenie, zdecydowała się na wyjazd, a z drugiej strony – do pracy w krajach poza UE nie są wymagane zaświadczenia.

Lekarz zamierzający podjąć pracę w innym kraju UE zobowiązany jest ponadto uzyskać zaświadczenie dotyczące postawy etycznej. Z informacji NIL wynika, że lekarzom wydano ogółem 10.056 takich zaświadczeń (stan na dzień 1 czerwca 2015 r.) oraz 2.826 zaświadczeń lekarzom dentystom (stan na dzień 6 maja 2015 r.). Z uwagi na fakt, iż zaświadczenie to jest ważne tylko trzy miesiące, niektórzy lekarze występują o nie kilkakrotnie.

[31] Według danych CEM w ww. okresie Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarski Egzamin Końcowy zdawało 48.097 lekarzy stażystów.

Zdaniem Kierownictwa MZ, podjęte działania (likwidacja stażu podyplomowego, zmiany w kształceniu specjalizacyjnym) mają na celu doprowadzenie do udrożnienia i uelastycznienia systemu kształcenia lekarzy oraz stworzenie szerszych możliwości rozwoju zawodowego tej grupy zawodowej. Likwidacja barier administracyjnych w rozwoju zawodowym lekarzy powinna przyczynić się do zmniejszenia zjawiska emigracji, zarówno zachęcając lekarzy do pozostania w kraju, jak również wpływając pozytywnie na decyzje o powrocie do Polski lekarzy, którzy już wyemigrowali. Również uruchomienie dziedzinowego systemu teleinformatycznego – Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, spowodować ma m.in. uszczelnienie tego systemu poprzez zwiększenie przejrzystości stosowanych procedur, przepływu informacji oraz obrotu dokumentacji.

Minister Zdrowia wśród działań, które miałyby wpłynąć pozytywnie na zachęcenie kadr medycznych do pozostania w Polsce, wymieniał również starania Ministerstwa Zdrowia o pozyskanie środków z funduszy unijnych, które wspomagają kształcenie podyplomowe kadr medycznych. Do takich działań zaliczono też fakt zgłoszenia przez Ministerstwo Zdrowia zapotrzebowania na wsparcie kształcenia innych kadr medycznych z funduszy przewidzianych m.in. w Programie Operacyjnym Wiedza, Edukacja, Rozwój – PO WER.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła także, że podczas prac legislacyjnych prowadzonych nad ustawą o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia rozważało wprowadzenie przepisów zobowiązujących lekarzy do odpracowania w kraju okresu pobierania wynagrodzenia z tytułu odbywania specjalizacji w trybie rezydentury, jednak ze względu na zobowiązanie krajów UE do prowadzenia polityki spójności, mającej na celu promowanie harmonijnego rozwoju całego terytorium UE poprzez działania prowadzące do zmniejszania dysproporcji w poziomach rozwoju jej regionów, a tym samym do wzmocnienia spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej Wspólnoty, odstąpiono od wprowadzenia takich przepisów. Swobodny przepływ pracowników oznacza, że każdy obywatel państwa członkowskiego ma prawo do pobytu w dowolnie wybranym przez siebie państwie członkowskim, jak również, w celu przyjęcia oferty pracy oraz wykonywania pracy (zawodu), posiada prawo do swobodnego przemieszczania się w obrębie Wspólnoty[32].

Zdaniem Ministra Zdrowia, podejmowanie zatrudnienia poza granicami kraju ma również pozytywny aspekt, w postaci możliwości zapoznania się z osiągnięciami naukowymi innych państw, stosowanymi w nich nowoczesnymi metodami diagnostycznymi i leczniczymi, innowacyjnymi technologiami wykorzystywanymi w medycynie, a także odmiennymi systemami organizacji ochrony zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, iż o zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe występują lekarze, lekarze dentyści, czy pielęgniarki, którzy zamierzają wykonywać zawód w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Brakuje narzędzi do rzetelnego oszacowania skali wyjazdów i podejmowania pracy przez personel medyczny w krajach spoza Unii, które od lat

[32] Również Minister Pracy i Polityki Społecznej stoi na stanowisku (Pismo BDG-V.0811.27.2015.AO z 14 sierpnia 2015 r., w odpowiedzi na zapytanie NIK, kierowane do MPiPS w związku z niniejszą kontrolą), że Polska jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, w której obowiązuje zasada swobodnego przepływu osób obejmująca prawo do osiedlania się i pracy w innym państwie członkowskim, nie stosuje instrumentów ograniczających lub stymulujących wyjazdy zagraniczne obywateli polskich.

cieszą się zainteresowaniem jako kierunki emigracji zarobkowej, takich jak np. Stany Zjednoczone, Australia, Nowa Zelandia, czy Zjednoczone Emiraty Arabskie.

Ponadto niektórzy lekarze, pracujący w innych krajach europejskich, nie opuszczają definitywnie Polski, chociaż przestają być dostępni dla pacjentów w naszym kraju. Wyjeżdżają na dyżury, na konkretne kontrakty operacyjne, jak również pracują w ramach tzw. telemedycyny.

Podobna sytuacja, jak w przypadku lekarzy, ma też miejsce w odniesieniu do innych grup pracowników medycznych, w tym zwłaszcza pielęgniarek i położnych.

W ocenie NIK działania Ministra Zdrowia w celu zahamowania emigracji kadr medycznych były nieskuteczne, na co wpływ miał między innymi brak wiarygodnych danych o skali zjawiska. Ponadto, na niektóre z tych działań NIK zwraca uwagę w kontekście ryzyka obniżenia jakości kształcenia.

3.1.2. Zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia kadr medycznych

3.1.2.1. Kształcenie przeddyplomowe kadr medycznych

1. Po nowelizacji przepisów dotyczących kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, likwidującej staż podyplomowy, wymiar godzin praktycznego nauczania klinicznego z zakresu poszczególnych specjalności, realizowany przez studentów VI roku kierunku lekarskiego i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego będzie nawet o 70% niższy od zapewnionego przez obecnie obowiązujący staż[33].

Ustawą o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty został zlikwidowany staż podyplomowy, a nauczanie praktyczne zostało włączone do kształcenia przeddyplomowego, kosztem skrócenia czasu przeznaczonego na nauczanie teoretyczne. Skrócony został również wymiar czasowy praktycznego kształcenia w stosunku do stażu podyplomowego. Z analizy przeprowadzonej w toku kontroli wynika, że program zajęć praktycznych, jaki ma być realizowany w toku studiów, nie pokrywa w pełni czasu i zakresu stażu podyplomowego. Program praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów kierunku lekarskiego oraz na V roku studiów kierunku lekarsko-dentystycznego, realizowany przez studentów rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2012/2013, określa wymóg zrealizowania mniejszego wymiaru godzin z zakresu poszczególnych specjalności niż likwidowany staż podyplomowy (czas realizacji programu będzie krótszy od 27% w przypadku nauczania praktycznego w zakresie chorób wewnętrznych do 71% – w przypadku ginekologii i położnictwa).

Porównanie stażu podyplomowego i kształcenia praktycznego na VI roku studiów lekarskich i V roku studiów lekarsko dentystycznych przedstawia tabela nr 2.

[33] Ostatnie staże podyplomowe rozpoczną się 1 października 2016 r. – dla lekarzy dentystów i 1 października 2017 r. – dla lekarzy.

Tabela nr 2
Wymiar przeddyplomowego nauczania praktycznego oraz poszczególnych staży cząstkowych

Dziedzina	Czas trwania cząstkowego stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty[34]	Czas trwania praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów kierunku lekarskiego i na V roku studiów kierunku lekarsko-dentystycznego[35]	Różnica (w%)
KIERUNEK LEKARSKI I LEKARZE			
Choroby wewnętrzne	11 tygodni	8 tygodni	27,3
Pediatria	8 tygodni	4 tygodnie	50,0
Chirurgia	8 tygodni	4 tygodnie	50,0
Ginekologia i położnictwo	7 tygodni	2 tygodnie	71,4
Psychiatria	4 tygodnie	2 tygodnie	50,0
Medycyna ratunkowa	3 tygodnie	2 tygodnie	33,3
Medycyna rodzinna	6 tygodni	2 tygodnie	66,7
KIERUNEK LEKARSKO-DENTYSTYCZNY I LEKARZE DENTYŚCI			
Stomatologia zachowawcza	10 tygodni	145 godzin (4,8 tygodnia)	52,1
Protetyka	8 tygodni	145 godzin (4,8 tygodnia)	40,0
Chirurgia stomatologiczna	8 tygodni	115 godzin (3,8 tygodnia)	52,5
Stomatologia dziecięca	10 tygodni	90 godzin (3 tygodnie)	70,0
Choroby przyzębia i błony śluzowej	-	95 godzin (3,2 tygodnia)	
Chirurgia szczękowo-twarzowa	-	60 godzin (2 tygodnie)	
Ortodoncja	5 tygodni	95 godzin (3,2 tygodnia)	36,0
Gerostomatologia	-	45 godzin (1,5 tygodnia)	
Stomatologia zintegrowana wieku rozwojowego	-	40 godzin (1,3 tygodnia)	
Stomatologia zintegrowana wieku dorosłego	-	70 godzin (2,3 tygodnia)	
Periodontologia	4 tygodnie	-	

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty oraz Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa

W ocenie skutków regulacji wskazano, iż regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy przez szybszy dopływ do systemu opieki zdrowotnej lekarzy, którzy kończąc studia, po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego bądź Lekarsko Dentystycznego Egzaminu Końcowego będą otrzymywali prawo wykonywania zawodu i rozpoczynali życie zawodowe. W wyniku wprowadzanych rozwiązań

[34] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty.

[35] Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.

w zakresie reformy kształcenia przeddyplomowego lekarzy oraz w konsekwencji skrócenia okresu szkolenia lekarzy do systemu opieki zdrowotnej zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym, trafić ma szybciej wykwalifikowana kadra lekarska. Regulacja miała mieć wpływ na sytuację i rozwój regionalny przez szybszy dopływ wykwalifikowanej kadry lekarskiej w odniesieniu do poszczególnych regionów kraju, co miałoby skutkować zwiększoną dostępnością do świadczeń lekarskich i lekarsko-dentystycznych na poziomie danego regionu.

Jak jednak wskazano na wstępie tej informacji, na poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej ma wpływ nie tylko liczba kadry medycznej, ale również jej jakość. Tymczasem, zdaniem NIK, wprowadzone zmiany tej jakości nie zapewniają.

NIK zwraca również uwagę, że odbywający staż lekarz posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu, student takiego prawa nie posiada. Wyjaśnienia złożone w Ministerstwie Zdrowia[36], nie odnosiły się do sedna problemu. Odpowiedzialność została scedowana na uczelnie medyczne, które w umowach z podmiotami leczniczymi, gdzie realizowane jest nauczanie praktyczne, umieszczają postanowienia o zasadach odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich. Obowiązujące obecnie przepisy ustawy o działalności leczniczej[37], na które również powoływał się Minister Zdrowia jako podstawę zezwalającą studentowi na udzielanie świadczeń zdrowotnych, mówią jedynie o tym, że studenci zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego oraz uczestnicy studiów doktoranckich **mogą brać udział** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni, w której prowadzone jest kształcenie w kierunkach medycznych, **pod bezpośrednim nadzorem** osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia. Nie pozwalają na samodzielne stosowanie metod diagnostycznych i leczniczych. Aktualnie przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty uprawniają stażystę – między innymi – do **samodzielnego stosowania**, na zlecenie opiekuna, metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została potwierdzona przez opiekuna.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami absolwenci uczelni medycznych, którzy rozpoczęli kształcenie przed rokiem akademickim 2012/2013, a którzy nie rozpoczną stażu podyplomowego najpóźniej z dniem 1 października 2017 r. (lekarze) lub z dniem 1 października 2016 r. (lekarze dentyści), będą zwolnieni z obowiązku jego odbycia na podstawie wyłączenia zawartego w art. 4 ust. 2 pkt. 2 zd. 2 ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz będą mogli ubiegać się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu bez konieczności przedstawienia okręgowej radzie lekarskiej zaświadczenia o odbyciu stażu podyplomowego albo decyzji wydanej na podstawie art. 15 ust. 8 albo 9 ww. ustawy, tj. decyzji uznającej staż podyplomowy odbyty za granicą lub w innym państwie Unii Europejskiej.

Intencją wprowadzenia takiej regulacji – według stanowiska MZ – było umożliwienie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty osobom, które z różnych przyczyn losowych nie mogłyby rozpocząć przedmiotowego stażu w określonych terminach, zgodnie z obowiązującym przed rokiem akademickim 2012/2013 systemem kształcenia. Przewidywano, że przepis ten będzie dotyczył nielicznej grupy osób, w związku z czym ma charakter wyjątkowy i ma na celu zapewnienie drożności dalszego kształcenia podyplomowego tej grupy zawodowej.

[36] Przez zastępcę dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

[37] Art. 21 ust. 3 ww. ustawy.

W ocenie NIK, zezwolenie nawet nielicznym osobom na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty, bez przygotowania praktycznego zagraża bezpieczeństwu pacjentów.

2. Do dnia zakończenia kontroli NIK nie zostały określone standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna, do czego zobowiązywały Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przepisy artykułu 9b ust. 1a ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym. Artykuł ten stanowi, że minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna, uwzględniając wymogi dotyczące kształcenia i szkolenia przygotowujące do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Przepis upoważniający do wydania przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego rozporządzenia określającego wspomniane standardy został dodany ustawą o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw, która obowiązuje od 1 października 2014 r.[38].

Według § 28 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia[39] do czasu określenia przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego standardu kształcenia dla kierunku studiów analityka medyczna na podstawie art. 9b ust. 1 ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym, studia na tym kierunku prowadzi się zgodnie z wzorcowym opisem efektów kształcenia określonym przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego[40], na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym i przyjętym w całości przez senat uczelni, zgodnie z art. 11 ust. 11 tej ustawy.

Przepis upoważniający do wydania przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego rozporządzenia określającego standard kształcenia na kierunku „analityka medyczna/medycyna laboratoryjna" został dodany wskutek przyjęcia poprawki wniesionej na końcowym etapie prac nad projektem ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw w Sejmie RP (w trakcie drugiego czytania), co znacznie ograniczyło możliwość dyskusji nad jej konsekwencjami. Przeprowadzona przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego analiza przepisów ustawy – Prawo o Szkolnictwie Wyższym oraz ustawy o diagnostyce laboratoryjnej dotyczących kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i warunków uzyskania uprawnień do wykonywania tego zawodu wykazała, że nie byłoby możliwe zapewnienie pełnej zgodności przepisów rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna z przepisami tych ustaw i jednoczesne zrealizowanie wytycznej dotyczącej treści tego rozporządzenia w związku z tym, że nowelizacja ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym wprowadziła dwa różne wyrażenia na określenie tego samego kierunku studiów: „analityka medyczna" w art. 11 ust. 8 i 1 oraz „analityka medyczna/medycyna laboratoryjna" w art. 2 ust. 1 pkt 18o oraz w art. 9b ust. 1a.

W związku z dostrzeżoną niespójnością ww. aktów prawnych prowadzona była korespondencja z Ministrem Zdrowia. Przekazany przez Ministra Zdrowia projekt standardów nie uzyskał aprobaty Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Do dnia zakończenia kontroli nie odniesiono się do uwag Rady.

---

38 Art. 1 pkt 8 wspomnianej ustawy.

39 Poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, które utraciło moc z dniem 10 października 2014 r., na podstawie art. 1 pkt 6 oraz art. 56 pkt 1 ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw.

40 Por. załącznik nr 6 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa wyższego w sprawie wzorcowych efektów kształcenia.

W ocenie NIK powrót do jednolitych standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna, zniesionych w 2011 r. w ramach reformy szkolnictwa wyższego[41], sprzyjałby dobremu przygotowaniu do wykonywania czynności diagnostycznych i zapewnieniu odpowiedniej jakości diagnostyki laboratoryjnej. Obecnie kształcenie w zakresie analityki medycznej może się odbywać zarówno na jednolitych studiach magisterskich, jak również na studiach pierwszego i drugiego stopnia.

3.1.2.2. Funkcjonowanie systemów rekrutacyjnych poszczególnych uczelni

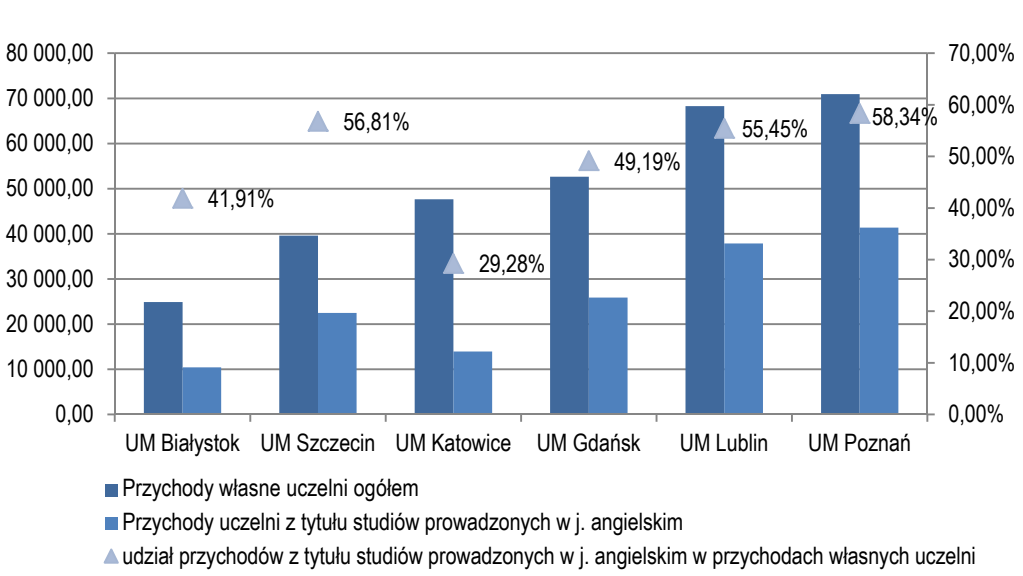
1. Skontrolowane uniwersytety medyczne prawidłowo organizowały i prowadziły rekrutację na studia na lata akademickie 2012/2013–2015/2016.

Limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, określone przez Ministra Zdrowia, uwzględniały zapotrzebowanie uczelni. Były one wynikiem analiz możliwości dydaktycznych uczelni, uzupełnianych informacjami z różnego rodzaju źródeł zewnętrznych (dane o liczbie lekarzy i lekarzy dentystów w regionie, zjawisko emigracji zarobkowej).

Proponowane limity przyjęć na pozostałe kierunki zgłaszali dziekani poszczególnych wydziałów, przede wszystkim na podstawie zainteresowania kandydatów. Uwzględniano też opinie przedstawicieli pracodawców, informacje z monitoringu karier zawodowych absolwentów ale brano również pod uwagę konieczność zapewnienia kontynuacji studiów dla absolwentów studiów pierwszego stopnia.

Ważnym aspektem branym pod uwagę przy ustalaniu limitów były również kwestie finansowe, bowiem przychody z tytułu opłat za kształcenie na kierunku lekarskim w języku innym niż polski stanowiły istotne źródło przychodów własnych uczelni. Udział przychodów z tytułu kształcenia w języku innym niż język polski w przychodach własnych uczelni wynosił średnio (w 2014 r.) 48,5% (dane dla poszczególnych uczelni przedstawia wykres nr 3).

Wykres nr 3
Udział przychodów z tytułu opłat za kształcenie w języku angielskim w przychodach własnych uczelni w 2014 r.



Źródło: Dane z kontroli jednostkowych w uczelniach medycznych.

[41] Przepisy rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki – określające standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna, zostały uchylone przez art. 1 pkt 7 oraz art. 37 pkt 1 ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

Art. 8 ust. 4 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym stanowi, że zwiększenie ogólnej liczby osób, które uczelnia publiczna może przyjąć na studia stacjonarne na dany rok akademicki, powyżej 2% liczby studentów przyjętych na studia stacjonarne na poprzedni rok akademicki następuje, na wniosek rektora, w drodze decyzji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego albo w drodze decyzji właściwego ministra nadzorującego uczelnię, podjętej w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego, uwzględniającej m.in. strukturę kierunków studiów w uczelni i liczbę studentów na poszczególnych kierunkach studiów, w tym kierunkach priorytetowych dla rozwoju kraju, osiągnięcia uczelni w określonych dziedzinach nauki i związany z nimi zakres kształcenia, oceny jakości kształcenia dokonane przez Polską Komisję Akredytacyjną, zasadę dążenia do zapewnienia równomiernego dostępu do studiów nieodpłatnych na obszarze kraju.

W latach 2012/2013–2015/2016 decyzje, o których mowa powyżej, dotyczyły zwiększania liczby miejsc w związku z uruchamianiem nowych kierunków, do których należały kosmetologia, logopedia z fonoaudiologią, fizjoterapia, elektroradiologia, higiena stomatologiczna, biomedycyna. Lub też związane były ze zwiększaniem limitów na kierunkach takich jak kierunek lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne, dietetyka, farmacja, analityka medyczna.
Warunki i tryb rekrutacji na studia na lata akademickie 2012/2013–2015/2016 określone zostały przez senaty uczelni, stosownie do przepisów art. 169 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. Uchwały w sprawie rekrutacji były podejmowane przed dniem 31 maja roku poprzedzającego rok akademicki, którego dotyczyły i były podawane do publicznej wiadomości.

Szczegółowe badania w odniesieniu do osób przyjętych na pierwszy rok studiów potwierdziły prawidłowe prowadzenie tych procesów, w wyniku których przyjęci zostali kandydaci spełniający warunki.

Jednakże NIK zwraca uwagę, iż w praktyce stosowane przez poszczególne uczelnie rozwiązania różniły się między sobą. Niektóre uczelnie (np. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie – PUM) w sytuacji, kiedy kilka kolejnych osób uzyskało taką samą liczbę punktów i przyjęcie ich wszystkich powodowałoby przekroczenie limitu ustalonego przez MZ, przyjmowały tylko osoby z wynikiem wyższym i w efekcie nie wypełniały limitu. Następnie, w procesie rekrutacji, przenoszono studentów studiów niestacjonarnych, którzy uzyskali niższą liczbę punktów. Inne natomiast (np. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach) wystąpiły do MZ z prośbą o możliwość przekroczenia limitów w ww. sytuacji i zgodnie z sugestią Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, przyjmowały wszystkie osoby, które uzyskały taki sam wynik, jak ostatnia osoba wypełniająca limit, mimo iż prowadziło to do nieznacznego przekroczenia limitu. Zdaniem NIK celowe byłoby ujednolicenie kwestii wypełniania limitów w taki sposób, aby zapewnić studiowanie na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym kandydatom, którzy uzyskali najwyższą liczbę punktów. Lub też – przynajmniej czasową – rezygnację z limitowania przyjęć na ww. kierunki, w sytuacji gdy decyzję o wysokości limitów i tak pozostawia się uczelniom.

Powyższe stanowisko NIK nie odnosi się do limitów na studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku angielskim. Władze uczelni niejednokrotnie podejmowały decyzje o przyjęciu liczby studentów przekraczającej limity przyjęć wychodząc z założenia, że nie obciąża to budżetu państwa. Praktyka taka, w ocenie NIK, jest trudna do zaakceptowania z uwagi na fakt, że uczelnia ma ograniczoną bazę dydaktyczno-kadrową i wykorzystywanie jej w coraz większym stopniu do kształcenia studentów obcojęzycznych wpływa na dostępność do niej pozostałych studentów.

2. Wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia mieściły się w limitach określonych w rozporządzeniach Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia w uczelni publicznej. Maksymalna wysokość opłaty za postępowanie związane z przyjęciem na studia na lata akademickie 2012/2013 – 2015/2016 wynosiła: 150 złotych dla osób ubiegających się o przyjęcie na kierunki studiów, na które postępowanie kwalifikacyjne obejmuje sprawdziany uzdolnień artystycznych oraz sprawdziany predyspozycji architektonicznych, 100 złotych dla osób ubiegających się o przyjęcie na kierunki studiów, na które postępowanie kwalifikacyjne obejmuje sprawdziany sprawności fizycznej, 85 złotych dla osób ubiegających się o przyjęcie na studia na pozostałe kierunki studiów.

Przy określaniu wysokości opłat rekrutacyjnych brano pod uwagę m.in. wynagrodzenia komisji rekrutacyjnych i egzaminacyjnych, koszty związane z promocją, zakup arkuszy egzaminacyjnych, koszt programów obsługujących rekrutację, koszty korespondencji z kandydatami, udział w targach edukacyjnych.

Kwoty opłat zawierały się w przedziale od 70 zł (w przypadku rekrutacji na większość kierunków) do 150 zł (tam, gdzie były wymagane dodatkowe sprawdziany uzdolnień artystycznych, na przykład przy naborze na kierunek techniki dentystyczne).

NIK zauważa, że mimo iż opłaty rekrutacyjne mieściły się w limicie określonym przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ustalając wysokość tej opłaty, nie dysponował kompletnymi danymi obrazującymi planowane do poniesienia przez Uczelnię koszty związane z przyjmowaniem na studia. Dane te nie uwzględniały kosztów pośrednich i uzasadniały ustalenie opłaty rekrutacyjnej na poziomie trzykrotnie niższym od faktycznie obowiązującego w latach 2012/2013 – 2015/2016.

Natomiast zgodnie z art. 98 ust. 2a ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, Rektor uczelni ustala na rok akademicki wysokość opłaty za postępowanie związane z przyjęciem na studia, uwzględniając zasadę, że opłata nie może przekraczać kosztów planowanych do poniesienia w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności związanych z przyjmowaniem na studia na danym kierunku i określonym poziomie kształcenia.

3.1.2.3. Zgodność procesu kształcenia z obowiązującymi standardami

1. Programy kształcenia na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmacji, pielęgniarstwie i położnictwie, obowiązujące w latach 2012/2013–2015/2016 w większości uczelni spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Ustalony w nich czas trwania studiów, liczba godzin (w tym praktycznego nauczania), praktyk oraz liczba punktów ECTS były równe lub wyższe od wartości minimalnych określonych przepisami ww. rozporządzenia.

Na wszystkich kierunkach studiów spełnione były minima kadrowe, określone w §14 ust. 1 i 7, §15 ust. 1 oraz §16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia[42].

Nauczyciele zaliczani do minimum kadrowego w większości przypadków spełniali warunki określone w §13 ww. rozporządzenia.

[42] Poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 października 2011 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, Dz. U. z 2014 r., poz. 131.

Jednak w ww. zakresie stwierdzono m.in. następujące nieprawidłowości:

1. Według art. 68 ust. 1 pkt 2 – ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, do kompetencji – czyli uprawnień, a zarazem obowiązków – rady podstawowej jednostki organizacyjnej należy w szczególności uchwalanie, po zasięgnięciu opinii właściwego organu samorządu studenckiego, zgodnie z wytycznymi ustalonymi przez senat uczelni publicznej lub organ kolegialny uczelni niepublicznej, programów studiów, w tym planów studiów.

   W dwóch spośród sześciu uczelni objętych kontrolą NIK nie uchwalono programów studiów.

   Rady Wydziału Lekarskiego w Katowicach i Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu (Śląski Uniwersytet Medyczny) nie uchwaliły programów studiów (a przed dniem 1 października 2014 r. programów kształcenia) odpowiednio na kierunku lekarskim dla cykli kształcenia rozpoczynających się w roku akademickim 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015 i 2015/2016 oraz na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym dla cyklu kształcenia rozpoczynającego się w roku akademickim 2012/2013.

   Również w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie w latach 2012/2013 – 2015/2016 Rady Wydziału Lekarskiego oraz Lekarsko-Stomatologicznego nie uchwaliły programów studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, zawierających określonych przepisami cech.

   Uchwalane przez uniwersytety dokumenty (plany studiów i karty modułu/przedmiotu), które władze uczelni traktowały jako wymagane przepisami programy studiów, nie posiadały cech tych programów.

2. W Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu zatwierdzone zostały programy kształcenia, które dla niżej wymienionych przedmiotów nie uwzględniały zastosowania kryteriów dotyczących efektów kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji, wynikających z obowiązujących standardów kształcenia:
   - resuscytacja krążeniowo-oddechowa (II rok kierunku lekarskiego w roku akademickim 2014/2015),
   - diagnostyka obrazowa (III rok kierunku lekarskiego w roku akademickim 2014/2015),
   - podstawy genetyki klinicznej (III rok kierunku lekarskiego w roku akademickim 2014/2015),
   - chirurgia ogólna (III rok kierunku lekarskiego w roku akademickim 2014/2015),
   - psychologia lekarska (II rok kierunku lekarskiego w roku akademickim 2013/2014).

   W wymienionych programach nauczania przywołano nieaktualne standardy (z 2007 r. zamiast obowiązujących standardów z roku 2012), co było spowodowane błędami popełnionymi przez osoby sporządzające te dokumenty.

3. Spośród 20 nauczycieli akademickich Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, posiadających stopień naukowy doktora i wchodzących w skład minimum kadrowego na kierunku położnictwo, w roku akademickim 2014/2015, trzech nie spełniło wymogu określonego w §13 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia. Według powyższego przepisu nauczyciel akademicki może być zaliczony do minimum kadrowego, jeżeli w danym roku akademickim prowadzi na danym kierunku studiów zajęcia dydaktyczne w wymiarze co najmniej 60 godzin zajęć dydaktycznych – w przypadku nauczyciela akademickiego posiadającego stopień naukowy doktora lub kwalifikacje drugiego stopnia.

Również w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu trzech nauczycieli (spośród 12), zaliczonych do minimum kadrowego na kierunku pielęgniarstwo, nie spełniło ww. warunku.

4. Niektórzy nauczyciele akademiccy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, prowadzący nauczanie przedmiotów z pielęgniarstwa (31,7%) i położnictwa (47,1%), nie posiadali prawa wykonywania zawodu, odpowiednio, pielęgniarki lub położnej. Było to niezgodne z przepisami §3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych, który stanowi, że nauczanie przedmiotów z pielęgniarstwa i położnictwa oraz praktyki zawodowe prowadzą nauczyciele akademiccy, posiadający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz minimum roczną praktykę zawodową, zgodną z nauczanym przedmiotem.

2. Wszystkie skontrolowane uczelnie były oceniane pozytywnie przez Polską Komisję Akredytacyjną, jednak dostęp studentów do bazy dydaktycznej był bardzo zróżnicowany. Na przykład, liczba studentów w przeliczeniu na jedną salę wykładową wynosiła od 126 w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku do 405 w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Sale ćwiczeniowe służyły do odbywania zajęć dla 13 studentów w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, podczas gdy w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie ćwiczenia w jednej sali odbywało jednocześnie średnio 30 studentów. Zróżnicowane było też obciążenie dydaktyczne grup studenckich. Na niektórych kierunkach (fizjoterapia, położnictwo) studenci odbywali dziennie nawet 11–12 godzin zajęć. Analiza harmonogramów zajęć pokazała, że odbywały się one w godzinach od ósmej do dwudziestej pierwszej.

Na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym wspólne zajęcia miały grupy złożone ze studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych, co oznacza, że studia niestacjonarne są tak naprawdę zawoalowaną formą dziennych studiów płatnych.

Liczebności grup były ustalane przez senaty lub rektorów poszczególnych uczelni.

Wykłady miały być prowadzone jednocześnie dla wszystkich studentów danego roku (lub też w grupach podzielonych, jeśli podyktowane było to warunkami lokalowymi), seminaria – w grupach 15–30 osobowych, ćwiczenia kliniczne i zajęcia praktyczne (z udziałem pacjentów) odbywać się miały w grupach 4–8-osobowych.

PKA w raporcie z wizytacji (w dniach 22–23 marca 2015 r.) na zajęciach kierunku położnictwo w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku stwierdziła, że liczebność grup na ćwiczeniach klinicznych i zajęciach praktycznych (10 osób) nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że w tych warunkach możliwe jest osiągnięcie założonych efektów kształcenia w zakresie umiejętności. Ponadto, Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych w protokole z wizyty akredytacyjnej w dniu 30 czerwca 2015 r. zaleciła realizację zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w grupach nie większych niż 4-8 osobowych. Władze uczelni jednak stwierdziły, że stałe obniżenie liczebności grup wymagałoby zwiększenia finansowania z budżetu państwa, gdyż obecnie przekazywane środki pokrywają koszty uczelni w około 60%.

NIK zwraca uwagę, że prowadzenie zajęć praktycznych na kierunku położnictwo w grupach o liczebności niespełniającej wytycznych KRASzPiP oraz oczekiwań studentów, może wskazywać, iż działania podejmowane w celu zapewnienia jakości kształcenia praktycznego na tym kierunku są niewystarczające.

3. Władze uczelni medycznych były przeciwne likwidacji stażu podyplomowego i zastąpienia go nauczaniem praktycznym w warunkach symulowanych. Pracownie symulacyjne, zróżnicowane pod względem zaawansowania technologicznego stosowanych symulacji, posiadały jedynie cztery spośród dwunastu uczelni medycznych.

Spośród uczelni objętych kontrolą, najszerszy zakres symulacji zapewniało Centrum Diagnostyki i Symulacji Medycznej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, które istnieje od 2012 r. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie nie posiadał pracowni symulacji.

Istniejące pracownie zostały przygotowane, wyremontowane i/lub wyposażone najczęściej ze środków własnych uczelni lub ze środków pochodzących z EFRR (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego), rozdysponowanych w ubiegłej perspektywie finansowej 2007–2013. W latach 2012 i 2013 uczelnie medyczne miały możliwość składania do Ministerstwa Zdrowia wniosków o dofinansowanie wstępnych prac projektowo-dokumentacyjnych dotyczących utworzenia Centrów Symulacji Medycznych. Wnioskowane środki pochodziły z rozdziału 80306 „Działalność dydaktyczna", w ramach wydatków majątkowych. Na ten cel MZ wydatkował łącznie 2.529,1 tys. zł (z tego w roku 2013 – 2.108,9 tys. zł). Z ww. środków zrealizowano następujące inwestycje (wszystkie dotyczyły prac przygotowawczych, projektowych, obsługi inwestorskiej):

- opracowanie projektu budowlanego budynku dydaktycznego Centrum Symulacji Medycznych wraz z przyłączeniami zlokalizowanego na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza przy ul. M. Skłodowskiej-Curie w Bydgoszczy w wysokości 133,7 tys. zł, z czego 79,7 tys. zł w 2013 r. (wartość kosztorysowa inwestycji 363,6 tys. zł);
- opracowanie dokumentacji projektowej na realizację zadania pn. Budowa Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zlokalizowanego w Zabrzu-Rokitnicy przy u. Jordana 38, w wysokości 348,0 tys. zł, z tego 90,6 tys. zł w 2013 r. (wartość kosztorysowa inwestycji 355,5 tys. zł);
- Zintegrowane Interdyscyplinarne Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w wysokości 701,3 tys. zł (wartość kosztorysowa inwestycji 1.029,0 tys. zł);
- Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wysokości 232,0 tys. zł (wartość kosztorysowa inwestycji 404,0 tys. zł);
- Adaptacja budynku nr 3 z budową skomunikowanego z nim obiektu z salami audytoryjnymi na potrzeby Centrum Symulacji Medycznej w kompleksie szpitalnym przy ul. Warszawskiej 30 w Olsztynie (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) w wysokości 200,0 tys. zł (wartość kosztorysowa inwestycji 200,0 tys. zł);
- Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (Poznań Rokietnicka) w wysokości 263,1 tys. zł, z tego 216,1 tys. zł w 2013 r. (wartość kosztorysowa inwestycji 499,0 tys. zł);
- Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w wysokości 651,0 tys. zł, z tego 589,2 tys. zł w 2013 r. (wartość kosztorysowa inwestycji 1.721,5 tys. zł).

Potrzeby wszystkich uczelni w zakresie symulacji medycznych zostały ocenione w raporcie wykonanym w 2015 r. na zlecenie Departamentu Funduszy Europejskich pt. Audyt oceniający Centra Symulacji Medycznych. Oszacowano, że wartość koniecznego wyposażenia dydaktycznego wyniesie 165.701,7 tys. zł (przy założeniu, że 5% godzin edukacyjnych będzie realizowanych metodami symulacji medycznej). Celem audytu było m.in. pozyskanie przez Ministerstwo Zdrowia

danych umożliwiających weryfikację wniosków o dofinansowanie składanych przez uczelnie oraz wypracowanie jednolitych zasad i podstawowych potrzeb w zakresie tworzenia centrów symulacji medycznej.

Problemy zdiagnozowane w wyniku przeprowadzonego audytu, o którym mowa powyżej, oraz analiz własnych uczelni dotyczyły m.in.:

– niewystarczającej bazy lokalowej, braku odpowiednich sal (tzw. „wysokiej wierności"),
– braków w wyposażeniu,
– braków kadrowych oraz niedostatecznego poziomu umiejętności kadry naukowo-dydaktycznej,
– braków jednolitych standardów nauczania z wykorzystaniem symulacji.

W poszczególnych uczelniach stopień zaawansowania prac związanych z Centrami Symulacji Medycznej był bardzo zróżnicowany.

W Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach od października 2012 r. korzystać można z Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej, utworzonego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007–2013, Priorytet XIII Infrastruktura szkolnictwa wyższego. Dostęp do Centrum mieli studenci tzw. kierunków priorytetowych: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, neurobiologii, farmacji i biotechnologii. Bazę tę mogła również wykorzystywać ograniczona liczba studentów kierunków nie priorytetowych, tj. ratownictwa medycznego i położnictwa. Do nauczania praktycznego służyły m.in. wysokiej wierności symulatory pacjenta (ośmiu pacjentów dorosłych, w tym kobiety rodzącej, noworodka, niemowlęcia oraz dziecka), fantomy, trenażery, modele szkoleniowe i sprzęt medyczny. Studenci mieli możliwość ćwiczenia umiejętności medycznych w odwzorowanym środowisku szpitalnym (sala pediatryczna, sala porodowa, szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej opieki medycznej, sala operacyjna), w karetce pogotowia oraz w strefie przyszpitalnej. Centrum dysponowało również innymi narzędziami edukacyjnymi, w tym m.in. wirtualnym stołem anatomicznym oraz specjalistycznymi programami do nauki fizjologii, anestezjologii, chirurgii i stomatologii.

W Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku uchwałę w sprawie wybudowania Centrum Symulacji Medycznych Senat Uczelni podjął w styczniu 2015 r. Opracowano m.in. koncepcję architektoniczną i do końca 2015 r. planowane jest ogłoszenie przetargu na budowę Centrum.

Senat Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zatwierdził realizację inwestycji pod nazwą „Zintegrowane Interdyscyplinarne Centrum Symulacji Medycznej", której zakończenie zaplanowano na rok 2017. Utworzono też – w 2013 r. – Pracownię Symulacji Medycznej. Zasady i warunki odbywania zajęć, w szczególności dostęp do pomieszczeń i aparatury, ustalane były indywidualnie, zgodnie z potrzebami użytkowników.

W Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w 2010 r. utworzono Centrum Symulacji Medycznej o łącznej powierzchni 100 m^2. Na wyposażenie składały się symulatory pacjenta, manekiny, trenażery do odbarczania odmy opłucnowej, cewnikowania. Oprócz tego, w ramach Centrum funkcjonowało też wyposażenie „szpitalne" – niesymulowane. Wszystkie wydziały miały równy dostęp do tej bazy. Korzystali z niej również studenci w ramach działalności kół naukowych.

Pomorski Uniwersytet Medyczny w badanym okresie nie dysponował Centrum Dydaktyki i Symulacji Treningowej. Posiadał jedynie dwa Międzywydzialowe Centra Dydaktyki, w których znajdowały się sale wykładowe i seminaryjne oraz sale ćwiczeniowe wyposażone w sprzęt, urządzenia i przybory

medyczne. Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie podkreślił, że władze uczelni medycznych w Polsce nigdy nie rekomendowały zmiany systemu nauczania z 6-letniego na 5-letni. Centra Symulacji Medycznej miałyby wzmocnić kształcenie przedkliniczne, aby następnie można było ćwiczyć w realnych warunkach z pacjentem.

W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych 30 lipca 2015 r. został ogłoszony konkurs pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej". Beneficjentem w projektach, które zostaną przyjęte do realizacji w ww. konkursie, może być każda z uczelni, kształcąca na kierunku lekarskim co najmniej od 2012 r. Konkurs przebiegać ma dwuetapowo, w etapie pierwszym uczelnie złożyły fiszki projektowe określające szacunkowy koszt projektów na łączną kwotę 410,2 mln zł. Fiszki projektowe będą podlegały ocenie i negocjacjom, a w drugim etapie uczelnie będą mogły złożyć wnioski o dofinansowanie.

4. Wyniki przeprowadzanych wśród studentów ankiet oraz analiza monitoringu karier absolwentów uczelni medycznych wskazują przede wszystkim na niedostatek zajęć praktycznych oraz niewystarczającą częstotliwość kontaktu z pacjentem.

Wśród studentów wszystkich kontrolowanych uczelni prowadzone były ankiety, których przedmiotem były m.in. oceny nauczycieli akademickich, oceny zajęć dydaktycznych, oceny praktyk zawodowych, ogólnych warunków studiowania.

Ankiety wśród studentów przeprowadzone zostały również przez NIK w trakcie kontroli w uczelniach medycznych. Na przygotowanych 5.513 ankiet odpowiedziało 910 studentów, co stanowiło 16,5% zwrotu. Jej wyniki generalnie wskazywały na niższe oceny, niż te uzyskane podczas ankietyzacji prowadzonej przez uczelnie. Najwyżej ocenione zostało przygotowanie merytoryczne nauczycieli – średnio 4,0 w skali od 1 do 5. Najgorzej natomiast wypadła ocena odnosząca się do wymiaru zajęć praktycznych, możliwości udzielania świadczenia oraz częstotliwości kontaktu z pacjentem – średnia ocena wyniosła 3,1–3,2.

Na przykład:

- *w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku w ankietach przeprowadzonych w roku akademickim 2013/2014 możliwość zdobycia umiejętności praktycznych potwierdziło (odpowiedzi 4 i 5 w skali od 1 do 5) 64,46% ankietowanych przez UMB studentów kierunku lekarskiego oraz 89,8% studentów kierunku pielęgniarstwo. Wśród studentów, którzy odpowiedzieli na ankietę NIK, odsetek uznający ilość zajęć praktycznych za wystarczającą (analogicznie odpowiedzi 4 i 5) wynosił 48% przy 10% zdecydowanie niezadowolonych.*

Również w raporcie z monitorowania kariery zawodowej absolwentów UMB zgłaszano zbyt małą liczbę godzin zajęć praktycznych oraz ograniczenie liczby godzin z przedmiotów teoretycznych i humanistycznych. Niespełna 60% absolwentów kierunku lekarskiego odpowiedziało twierdząco na pytanie o to, czy plan i program studiów realizowany w trakcie kształcenia pozwolił osiągnąć niezbędną wiedzę, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu. Postulaty niezadowolonych absolwentów dotyczyły m.in. zmniejszenia liczebności grup klinicznych, prowadzenia nauki języka angielskiego przez cały tok studiów, zwiększenia liczby godzin praktycznych, zwiększenia wymiaru godzin z onkologii i psychologii, a także wprowadzenia przedmiotu „prawo medyczne".

Analiza wyników badań ankietowych prowadzonych w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie także wykazała, że ciągłego doskonalenia wymaga aspekt praktyczny kształcenia, gdyż szczególnie wysokie są oczekiwania studentów pod tym względem oraz orientacji dydaktyki na kształcenie problemowe.

Absolwenci Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, udzielając odpowiedzi na pytania dotyczące utrudnień na drodze do sprawnego przejścia od obowiązków akademickich do pracy zawodowej, postulowali więcej indywidualnych praktyk, pod okiem doświadczonej osoby, unowocześnienie studiów, większą liczbę zajęć kierunkowych, poświęcanie większej ilości czasu indywidualnemu podejściu do studenta i kształtowania w nim umiejętności praktycznych.

Wyniki ankiety, przeprowadzonej przez kontrolerów NIK, wskazują na pozytywną ocenę merytorycznego przygotowania nauczyciela, prowadzenia zajęć zgodnie z planem studiów (średnio 4 w skali od 1 do 5). W zakresie ilości zajęć praktycznych, częstotliwości kontaktu z pacjentem, możliwości udzielania świadczeń a także rozkładu czasowego zajęć i obciążenia nauką, studenci w większości wskazywali niższy stopień zadowolenia (średnio 3).

5. Na podstawie przepisów art. 89 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą oraz jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Podmiot leczniczy, o którym mowa powyżej, jest obowiązany do udostępnienia uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych. Podmioty wykonujące działalność leczniczą inne niż ww. mogą udostępniać jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia działalności, o której mowa powyżej. Udostępnienie to odbywa się na podstawie umowy, która powinna zawierać co najmniej elementy wymienione w ww. przepisach ustawy o działalności leczniczej. Stwierdzono, że nie wszystkie umowy zawierały wymagane elementy.

W Uniwersytecie Medycznym w Lublinie zbadano cztery umowy (44,4% wszystkich umów), trzy z nich nie wskazywały warunków wcześniejszego rozwiązania (art. 89 ust. 5 pkt 1 ustawy), w jednej nie ustalono sposobu przekazywania środków finansowych, należnych udostępniającemu z tytułu jej realizacji oraz zasad ich rozliczeń (art. 89 ust. 5 pkt 2 ustawy), w dwóch nie wskazano okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków ich realizacji (art. 89 ust. 5 pkt 5 ustawy), w trzech nie określono zasad postępowania w przypadku naruszenia porządku ustalonego przez udostępniającego (art. 89 ust. 5 pkt 6 ustawy), w dwóch nie zawarto zasad prowadzenia kontroli w zakresie wykonywania zadań dydaktycznych u udostępniającego (art. 89 ust. 5 pkt 7 ustawy), dwie nie zawierały postanowień dotyczących zasad rozpatrywania sporów wynikających z ich realizacji (art. 89 ust. 5 pkt 8 ustawy).

W Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu zbadano siedem umów zawartych między Uniwersytetem a szpitalem klinicznym oraz dziesięć umów zawartych między Uniwersytetem a innymi podmiotami leczniczymi. Stwierdzono, że:

– w umowach zawartych z podmiotami leczniczymi niebędącymi szpitalami klinicznymi nie zostały określone zasady rozliczeń środków przekazywanych w związku z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych w udostępnionych uczelni jednostkach, ponieważ kwota wynagrodzenia określona została w wyniku negocjacji, jako stała kwota za rok akademicki lub kwota na jednego studenta, a podstawę rozliczenia stanowiły faktury wystawiane przez te podmioty;

– w dwóch umowach o prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w jednostkach udostępnionych przez podmioty lecznicze nie był wyodrębniony wykaz ruchomości udostępnianych w celu realizacji umowy;
– w jednej umowie nie określono liczby nauczycieli akademickich mających wykonywać zadania w udostępnianej jednostce organizacyjnej i ich kwalifikacji zawodowych oraz nie wskazano uprawnienia uczelni do prowadzenia kontroli w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych u udostępniającego.

3.1.2.4. Dostępność do specjalizacji oraz nadzór wojewody nad stażem podyplomowym i szkoleniem specjalizacyjnym

Nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystów wojewodowie sprawowali poprzez kontrole w podmiotach uprawnionych do ich prowadzenia.

Skierowane do kontrolowanych jednostek wnioski dotyczyły m.in.:
– zwiększenia nadzoru nad lekarzami stażystami w zakresie prawidłowego prowadzenia karty przebiegu stażu podyplomowego;
– dokonywania wpisów zaliczenia stażu po uprzednim stwierdzeniu realizacji całości stażu;
– zawarcia z uprawnionym podmiotem leczniczym umowy na realizację stażu cząstkowego,
– prowadzenia dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy, w celu ewidencjonowania czasu pracy lekarzy stażystów;
– wyznaczenia koordynatora stażu spośród pracowników posiadających odpowiednią specjalizację.

Analizy w zakresie rozpoznawania potrzeb kształcenia specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny sporządzano na podstawie informacji konsultantów o potrzebach kadrowych, zamieszczanych w rocznych raportach składanych wojewodom. Ponadto, przed postępowaniami kwalifikacyjnymi lekarzy i lekarzy dentystów na szkolenia specjalizacyjne, konsultanci przekazywali swoje opinie dotyczące podziału miejsc rezydenckich i pozarezydenckich.

Nadzór nad doskonaleniem zawodowym i szkoleniem specjalizacyjnym sprawowali konsultanci wojewódzcy poprzez kontrole i wizytacje podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych i uprawnionych do prowadzenia kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia.

W wyniku kontroli przeprowadzonej przez konsultanta w dziedzinie stomatologii zachowawczej w NZOZ Magodent w Warszawie, stwierdzono, że podmiot leczniczy nie zatrudniał lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie stomatologii zachowawczej, przez co nie spełniał warunku do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w tej dziedzinie. Dyrektor Wydziału Zdrowia MUW zalecił NZOZ powiadomienie Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) o niespełnianiu warunku do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. W dniu 6 marca 2013 r. NZOZ powiadomił Dyrektora Wydziału Zdrowia o wykonaniu zalecenia.

Mazowieckie Centrum Stomatologii Spółka z o.o. (MCS) w 2014 r. dwukrotnie zostało skontrolowane przez konsultantów. Konsultant w dziedzinie stomatologii zachowawczej nie stwierdził nieprawidłowości.

Natomiast konsultant z dziedziny periodontologii ustalił, iż zatrudnieni w placówce trzej specjaliści periodontolodzy w wymiarze ½ etatu są jednocześnie kierownikami specjalizacji dla czterech osób odbywających w tej placówce szkolenie specjalizacyjne w zakresie periodontologii. Uznał, iż zatrudnianie kierowników specjalizacji w wymiarze ½ etatu nie zapewnia lekarzom, odbywającym szkolenie specjalizacyjne, stałej opieki specjalistów periodontologów.

W dniu 18 sierpnia 2014 r. Dyrektor Wydziału Zdrowia MUW przekazał Prezesowi Zarządu MCS wniosek i zalecenie pokontrolne w sprawie „zapewnienia stałego nadzoru specjalisty periodontologa nad lekarzami odbywającymi szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie periodontologii", wyznaczając dwumiesięczny termin realizacji zalecenia.

W odpowiedzi, MCS odmówiło realizacji zalecenia, wyjaśniając, iż zatrudnienie na ½ etatu lekarzy specjalistów pełniących funkcję kierowników specjalizacji nie wpływa negatywnie na sprawowanie przez nich właściwego nadzoru nad przebiegiem specjalizacji.

W dniu 1 grudnia 2014 r. konsultant zwrócił się z pismem do dyrektora Wydziału Zdrowia MUW z prośbą o podjęcie działań zmierzających do wdrożenia w MCS wymaganych zasad szkolenia specjalizacyjnego. Jednocześnie przekazał stanowisko Ministerstwa Zdrowia (skierowane do konsultanta krajowego w dziedzinie periodontologii) wskazujące, że nie jest możliwe pełnienie funkcji kierownika specjalizacji przez specjalistów zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Prezes Zarządu MCS skierowała pismo do Dyrektora Wydziału Zdrowia, w którym poinformowała, iż podjęła rozmowy z lekarzami specjalistami w dziedzinie periodontologii, mające na celu dostosowanie się do stanowiska Ministerstwa Zdrowia – Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Dyrektor Wydziału Zdrowia MUW, mając na uwadze sytuację zagrażającą dalszemu kształceniu lekarzy w dziedzinie periodontologii, wystąpił do Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ o dokonanie ponownej analizy, czy MCS zatrudniając kierowników specjalizacji w niepełnym wymiarze czasu pracy, zapewnia stały nadzór nad szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy. Argumentował, że przepisy nie wskazują w jakim wymiarze czasu pracy winien być zatrudniony kierownik specjalizacji. W odpowiedzi z dnia 31 marca 2015 r. Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego przekazała, iż „w opinii Departamentu funkcji kierownika specjalizacji nie powinien pełnić lekarz zatrudniony w mniejszym wymiarze czasu pracy niż lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne pod jego kierunkiem".

Dyrektor Wydziału Zdrowia, uwzględniając stanowisko Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia oraz ograniczoną liczbę podmiotów uprawnionych do prowadzenia specjalizacji[43], zwrócił się do Zarządu MCS o kontynuację działań na rzecz pozyskania kadry specjalistów i stworzenia warunków dalszego kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie periodontologii, w sposób zgodny ze wskazaniami Ministerstwa Zdrowia.

Wydział Zdrowia zamierza, przy kolejnej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgłosić uwagi i propozycje jednoznacznego określenia wymiaru czasu pracy kierowników specjalizacji.

[43] Na terenie województwa mazowieckiego uprawnienia do kształcenie specjalizacyjnego w zakresie periodontologii posiadają trzy podmioty lecznicze.

3.1.3. Finansowanie kształcenia kadr medycznych i nadzór nad uczelniami i kształceniem

1. Podział dotacji dla uczelni kształcących na kierunkach medycznych odbywał się na podstawie algorytmu, określonego w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych[44].

W badanym okresie Minister Zdrowia przekazał dotacje dla uczelni:

– publicznych na zadania związane z kształceniem studentów studiów stacjonarnych, kształceniem uczestników stacjonarnych studiów doktoranckich, kształceniem kadr naukowych, utrzymaniem uczelni, w tym na remonty w wysokości: 1.311,863,6 tys. zł w 2013 r., 1.435,466,4 tys. zł w 2014 r., 1.013.296,2 tys. zł w I półroczu 2015 r.;

– medycznych publicznych lub innych uczelni medycznych, w których prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych pod bezpośrednim nadzorem nauczycieli akademickich, na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi wykonywanymi w ramach kształcenia studentów studiów stacjonarnych w wysokości 43.437,0 tys. zł w 2013 r., 44.760,0 tys. zł w 2014 r.;

– publicznych na zadania związane z prowadzeniem podyplomowego kształcenia w celu specjalizacji przez lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarki i położne oraz przez diagnostów laboratoryjnych w wysokości 14.700,0 tys. zł w 2013 r. i w 2014 r.;

– publicznych i niepublicznych na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom będącym osobami niepełnosprawnymi, warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia w wysokości 971,0 tys. zł w 2013 r. i w 2014 r.

W I półroczu 2015 r. na cele wymienione w punktach 2–4 została przekazana dotacja w łącznej wysokości 33.859,0 tys. zł[45].

W badanym okresie wydatkowano środki z Funduszu Pracy w wysokości 807.747,6 tys. zł w 2013 r. (z zaplanowanych 835.329 tys. zł), 801.925,0 tys. zł w 2014 r. (z zaplanowanych 835.329 tys. zł) oraz 423.275,0 tys. zł w I półroczu 2015 r. (z zaplanowanych 835.329,0 tys. zł), na:

– staże podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów w wysokości 173.042,1 tys. zł w 2013 r. (8.020 stażystów), 179.634,9 tys. zł w 2014 r. (8.131 stażystów) i 88.702,3 tys. zł w I półroczu 2015 r. (4.301 stażystów);

– staże podyplomowe pielęgniarek i położnych w wysokości 107,1 tys. zł w 2013 r. (11 stażystów), 76,5 tys. zł w 2014 r. (5 stażystów) i 0 tys. zł w I półroczu 2015 r.;

– specjalizacje lekarzy i lekarzy dentystów w wysokości 628.033,2 tys. zł w 2013 r. (14.555 rezydentów), 615.780,5 tys. zł w 2014 r. (15.164 rezydentów) i 333.074,7 tys. zł w I półroczu 2015 r. (14.123 rezydentów);

– specjalizacje pielęgniarek i położnych w wysokości 6.565,1 tys. zł w 2013 r. (4.847 miejsc szkoleniowych), 6.433,0 tys. zł w 2014 r. (5.527 miejsc szkoleniowych) i 1.498,0 tys. zł w I półroczu 2015 r. (1.672 miejsc szkoleniowych).

2. Na podstawie art. 33 ust. 2 pkt 4 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym uprawnienia ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego w zakresie nadzoru nad uczelniami medycznymi

---

44 Oraz rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2012 r. w sprawie podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 789), obowiązujące od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

45 Dotacja przekazywana jest w jednej kwocie i rozliczana po zakończeniu roku.

sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. W ramach nadzoru Minister Zdrowia może m.in. przeprowadzać kontrole działalności uczelni. Przedmiotem tych kontroli może być również badanie warunków realizacji procesu dydaktycznego.

Minister Zdrowia z takiego uprawnienia nie korzystał.

Do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego przekazywane były na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym uchwały właściwych organów uczelni w sprawach przyjęcia lub zmiany statutu, uruchomienia lub zniesienia kierunku studiów wraz z informacją o obsadzie kadrowej na prowadzonych kierunkach studiów, utworzenia zamiejscowej jednostki organizacyjnej wraz z informacją o bazie materialnej i obsadzie kadrowej tej jednostki. Minister Zdrowia w 13 przypadkach stwierdził, że uchwały nie w pełni odpowiadały obowiązującym przepisom prawa i występował do rektorów właściwych uczelni o podjęcie działań zmierzających do dokonania korekty danej uchwały.

Sprawozdania z działalności uczelni medycznych były składane terminowo (do 30 listopada roku następującego po roku sprawozdawczym), zgodnie z art. 34a ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, za określony rok akademicki – w ramach prowadzonego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Zintegrowanego Systemu Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym „POL-on".

Sprawozdania z wykonania planu rzeczowo-finansowego uczelni medycznych za lata budżetowe 2012–2014 były przedstawiane terminowo (do 30 czerwca roku następującego po roku sprawozdawczym) przez uczelnie medyczne również w formie dokumentów elektronicznych w ramach bazy POL-on.

W latach 2013–2015 Minister Zdrowia nie zlecał uczelniom medycznym określonych zadań do wykonania w dziedzinie nauczania i kształcenia kadr naukowych.

W latach 2013–2015 Departament Nadzoru i Kontroli MZ przeprowadził w uczelniach medycznych trzy kontrole:

– w 2013 r. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w zakresie realizacji programu zdrowotnego pt. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012[46] oraz prawidłowości stosowania rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą, w szczególności w zakresie przestrzegania terminów przewidzianych w powyższym rozporządzeniu (wniosek Ministra Zdrowia dotyczył m.in. ścisłego przestrzegania terminów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych za granicą);
– w 2013 r. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie w zakresie funkcjonowania jednostki, w szczególności koordynacji organizacji kursów szkoleniowych objętych programem specjalizacji (wnioski Ministra Zdrowia dotyczyły m.in.: podjęcie działań mających na celu wywiązywanie się przez podmioty organizujące kursy

[46] Podjęcie działań w tym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia było konsekwencją wniosku NIK sformułowanego po kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia w zakresie dostępności i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych . NIK zwróciła się o przeprowadzenie szczegółowej kontroli wykonania i rozliczenia umów z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym o realizację *Programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w latach 2010–2011* i na podstawie jej wyników rozważenie podjęcia działań w celu odzyskania kwoty 130.734 zł z tytułu niezrealizowania przez Uniwersytet pełnego zakresu umów.

szkoleniowe z obowiązku przekazywania CMKP informacji dotyczących danych lekarzy, którzy odbyli kursy szkoleniowe organizowane przez te podmioty oraz gromadzenie i wykorzystywanie danych otrzymanych tą drogą, w celu pełniejszej koordynacji organizacji kursów szkoleniowych, zgłaszanie do MZ problemów związanych z realizacją ustawowego obowiązku koordynacji niezwłocznie po ich zidentyfikowaniu, w szczególności zgłaszanie wniosków de lege ferenda);

– w 2015 r. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w zakresie prawidłowości postępowania przy prowadzeniu prac badawczych nad skutkami pourazowego niedotlenienia i krwawień w obrębie OUN (postępowanie niezakończone).

Na podstawie znowelizowanych z dniem 1 października 2014 r. przepisów[47] Minister Zdrowia pozytywnie zaopiniował wnioski Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie oraz Uniwersytetu Zielonogórskiego w sprawie nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim. Natomiast wnioski Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie, Uczelni Łazarskiego w Warszawie oraz Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach w czasie kontroli w dalszym ciągu podlegały procedowaniu.

3. W latach 2013–2015[48] Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego podjął trzy decyzje[49] w sprawie nadania uprawnienia do prowadzenia kierunku lekarskiego na uczelniach publicznych innych niż uniwersytety medyczne – Uniwersytetowi Rzeszowskiemu w Rzeszowie, Uniwersytetowi Jana Kochanowskiego w Kielcach, Uniwersytetowi Zielonogórskiemu w Zielonej Górze oraz jedną decyzję w sprawie nadania uprawnienia do prowadzenia kierunku lekarskiego na uczelni niepublicznej – Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Przy ocenie informacji i dokumentów przedłożonych przez te uczelnie Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego brał pod uwagę pozytywne opinie PKA w sprawie wniosków tych uczelni o nadanie uprawnienia do prowadzenia kierunku lekarskiego.

W Uchwale Nr 47/2015 Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych z dnia 27 marca 2015 r., KRAUM wyraziła „po raz kolejny jednoznaczny i zdecydowany sprzeciw wobec próby utworzenia kolejnych jednostek mających kształcić lekarzy przy jednoczesnym niewykorzystaniu potencjału dotychczas istniejących uczelni medycznych. (…) Rektorzy KRAUM wielokrotnie deklarowali, że uczelnie medyczne posiadają potencjał pozwalający na kształcenie większej liczby lekarzy i lekarzy dentystów średnio o 30–40% obecnie uczących się studentów w trybie stacjonarnym, o ile wynikające z tego tytułu koszty zostaną pokryte przez budżet państwa."

---

47 Od 1 października 2014 r. kwestię ubiegania się o uzyskanie uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim przez uczelnię nieposiadającą doświadczenia w prowadzeniu kształcenia w tym zakresie reguluje art. 11 ust. 5 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu, wprowadzonym na mocy ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw.

48 Do dnia 2 września 2015 r.

49 Zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, podstawowym jednostkom organizacyjnym uczelni, które nie posiadają uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego w obszarze kształcenia i dziedzinie, do których jest przyporządkowany kierunek studiów, uprawnienie do prowadzenia studiów nadaje, na wniosek rektora, w drodze decyzji, minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego, po zasięgnięciu opinii: Polskiej Komisji Akredytacyjnej – dotyczącej efektów kształcenia określonych przez senat uczelni oraz spełniania warunków określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 1 i 2 ww. ustawy; właściwego ministra nadzorującego uczelnię, o którym mowa w art. 33 ust. 2 ww. ustawy.

Ponadto, KRAUM wnioskowała również o jak najszybsze rozpoczęcie prac nad wprowadzeniem dodatkowych aktów prawnych dedykowanych wyłącznie kierunkowi lekarskiemu i lekarsko-dentystycznemu, które uwzględniałyby jakość kształcenia na tych kierunkach oraz precyzowały warunki, jakie powinna spełniać jednostka wnioskująca o uruchomienie tych kierunków. Obecnie obowiązujące przepisy prawa nie precyzują, jaką bazę szkolenia podstawowego powinna posiadać uczelnia, by zapewnić prawidłową realizację nauczania na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Są jedynie ogólne sformułowania w rodzaju „Podstawowa jednostka organizacyjna uczelni może prowadzić studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia albo jednolite studia magisterskie, jeżeli (…) dysponuje infrastrukturą zapewniającą prawidłową realizację celów kształcenia, w tym zapewnia odpowiednie warunki do prowadzenia zajęć w salach dydaktycznych, laboratoriach i pracowniach" (paragraf 8 ust. 1 pkt 2 litera f rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 3 października 2014 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, Dz.U., poz. 1370).

4. W latach 2013–2015 Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych przeprowadziła łącznie 58 wizyt akredytacyjnych na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. W odniesieniu do wszystkich wizytowanych szkół i kierunków podjęto uchwałę w sprawie przyznania akredytacji – ostateczna ocena spełniania wymogów niezbędnych do uzyskania akredytacji była pozytywna. We wszystkich przypadkach Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych wystąpiła do Ministra Zdrowia z wnioskami w sprawie wydania akredytacji (wniosek w formie uchwały Krajowej Rady).

5. W latach 2013–2015 Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie przeprowadzał kontroli dotyczących kierunków medycznych na uczelniach przez siebie nadzorowanych.

MNiSW nie przeprowadzał też kontroli w zakresie spełniania warunków do prowadzenia studiów, zasad i trybu przyjmowania na studia oraz toku studiów w uczelniach niemedycznych, które uruchomiły kształcenie w latach 2013–2015 na kierunkach: pielęgniarstwo (15 kierunków), fizjoterapia (14 kierunków), ratownictwo medyczne (2 kierunki), w tym w tych, które nie posiadały odpowiedniej infrastruktury dydaktycznej (we wniosku o nadanie uprawnienia do prowadzenia określonego kierunku studiów podano tylko informacje o jej dysponowaniu), dostępu do bazy szpitalnej umożliwiającej realizację praktyk zawodowych oraz którym PKA zaleciła, w momencie wydawania opinii pozytywnej, m.in. korektę programu kształcenia czy obsady zajęć.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym, przedmiotem kontroli Ministra może być również badanie warunków procesu dydaktycznego.

Według stanu na dzień 30 lipca 2015 r. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nadzorował 42 uczelnie publiczne oraz 63 uczelnie niepubliczne, którym nadane zostały uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunkach medycznych, takich jak lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarski, położnictwo, analityka medyczna, fizjoterapia, ratownictwo medyczne.

W uczelniach niemedycznych prowadzących kierunki medyczne prowadzono kontrole w zakresie zgodności działania organów uczelni z przepisami prawa, statutem oraz uzyskanymi uprawnieniami, gospodarki finansowej uczelni, w tym dotacji związanych z kształceniem studentów, na zadania związane z tworzeniem studentom, będącym osobami niepełnosprawnymi, warunków do pełnego

udziału w procesie kształcenia, funkcjonowania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów finansowanej z budżetu państwa. W 2013 r. przeprowadzono dwanaście takich kontroli, w 2014 r. – pięć, a na 2015 r. zaplanowano trzy kontrole.

W terminie do 30 listopada roku następującego po roku sprawozdawczym, rektorzy uczelni składają roczne sprawozdania z działalności uczelni oraz do 30 czerwca roku następującego po roku sprawozdawczym – sprawozdanie z wykonania planu rzeczowo-finansowego uczelni. Sprawozdania te stanowią przedmiot analiz przedstawianych kierownictwu Ministerstwa, jednak analizy te dotyczą działalności uczelni i nie są nastawione na dokonywanie oceny poszczególnych kierunków/grup kierunków studiów. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dokonuje również analizy sprawozdań EN-1 o liczbie kandydatów i przyjętych na studia stacjonarne i niestacjonarne[50]. Ponadto rektorzy uczelni zobowiązani[51] zostali do składania corocznie w Zintegrowanym Systemie Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym „POL-on" oświadczeń potwierdzających zgodność danych, które wskazuje art. 34a ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, ze stanem faktycznym.

6. W latach 2013–2015 PKA dokonała czterech negatywnych ocen programowych uczelni niemedycznych (publicznych i niepublicznych) prowadzących studia na kierunkach: fizjoterapia i ratownictwo medyczne. Zarzuty te dotyczyły:

– wobec kierunku fizjoterapia – nieprawidłowej koncepcji kształcenia dla cykli kształcenia opartych o standardy kształcenia, nieprawidłowości w programie i planie studiów, niewłaściwie skonstruowanych sylabusów przedmiotów, nieprawidłowej organizacji i kontroli praktyk zawodowych, nieprawidłowości w systemie naliczania punktów ECTS, braku minimum kadrowego, niedostatecznej infrastruktury dydaktycznej, a także niewdrożenia przez uczelnie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości kształcenia[52];
– wobec kierunku ratownictwo medyczne – braku spójności efektów kształcenia oraz nieprawidłowego systemu ich weryfikacji, zwrócono również uwagę na nieprzejrzyste plany zjazdów, braki w programie kształcenia oraz na zbyt dużą liczbę godzin wykładów w stosunku do ćwiczeń i seminariów przy jednoczesnym braku zajęć o charakterze kliniczno-praktycznym, prowadzonych przy łóżku chorego i w szpitalnym oddziale ratunkowym, podano również, że uczelnia ograniczyła się do wskazania na możliwość prowadzenia ćwiczeń „przy łóżku chorego" z przedmiotów klinicznych na bazie oddziałów szpitala, oraz że studenci, niezależnie od roku studiów, nie potrafią prawidłowo wykonać resuscytacji krążeniowo-oddechowej[53].

W wyniku tych ocen Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego zawiesił uprawnienia do prowadzenia studiów:

– decyzją z dnia 8 kwietnia 2013 r. Śląskiej Wyższej Szkole Informatyczno-Medycznej w Chorzowie uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku fizjoterapia,

50 Sprawozdanie prezentuje liczby kandydatów i przyjętych w poszczególnych uczelniach i prowadzone w tych uczelniach kierunki studiów.

51 Zgodnie z obowiązującymi od 1 października 2014 r. znowelizowanymi przepisami ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym.

52 Uchwała nr 534/2012 Prezydium PKA z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie oceny programowej na kierunku fizjoterapia w Śląskiej Wyższej Szkole Informatyczno-Medycznej w Chorzowie; uchwała nr 235/2013 Prezydium PKA z dnia 23 maja 2013 r. w sprawie oceny programowej na kierunku fizjoterapia (poziom I) w Beskidzkiej Wyższej Szkole Umiejętności w Żywcu.

53 Uchwała nr 762/2014 Prezydium PKA z dnia 20 listopada 2014 r. w sprawie oceny programowej na kierunku ratownictwo medyczne (poziom I) w Wyższej Szkole Zawodowej w Kostrzynie nad Odrą oraz uchwała nr 118/2015 Prezydium PKA z dnia 19 lutego 2015 r. utrzymującej negatywną ocenę programową na tym kierunku.

– decyzją z dnia 14 sierpnia 2013 r. Beskidzkiej Wyższej Szkole Umiejętności w Żywcu uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku fizjoterapia,
– decyzją z dnia 12 czerwca 2014 r. Podkowiańskiej Wyższej Szkole Medycznej im. Zofii i Jonasza Łyko w Podkowie Leśnej uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku fizjoterapia,
– decyzją z dnia 11 maja 2015 r. Wyższej Szkole Zawodowej w Kostrzynie nad Odrą uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku ratownictwo medyczne.

Na podstawie tych decyzji uczelnie były zobowiązane do usunięcia, w terminie nie dłuższym niż 12 miesięcy, stwierdzonych naruszeń oraz do wstrzymania przyjęć studentów w okresie zawieszenia na dany kierunek studiów i poziom kształcenia.

4 INFORMACJE DODATKOWE

4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano ustalenia wcześniejszych kontroli NIK, ogólnodostępne dane statystyczne, materiały i opracowania.

Wykorzystano również ustalenia panelu ekspertów, który odbył się w dniu 16 kwietnia 2015 r., w siedzibie NIK w Warszawie. Uczestniczyli w nim zarówno przedstawiciele świata polityki i nauki, jak i praktycy. Panel poświęcony był kwestiom związanym z dostępnością świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem problemów dotyczących określenia zapotrzebowania na kadry medyczne oraz jakości ich kształcenia. Paneliści zwrócili uwagę między innymi na prognozy dotyczące liczby specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny, według których – bez podjęcia stosownych działań – w ciągu kilkunastu lat liczby te spadną o połowę. Podkreślony został również fakt, że istnieją specjalizacje lekarskie, w których bez odpowiedniej współpracy z innymi specjalistami, nie zostanie osiągnięty odpowiedni efekt terapeutyczny (jak np. w przypadku lekarzy onkologów i patomorfologów). Dlatego też nie wystarczy wspierać rozwoju pojedynczych specjalizacji, ale należy spojrzeć na ten problem w szerszym kontekście istniejących współzależności. Zwrócono także uwagę na kwestie migracji specjalistów – zarówno wyjeżdżających z kraju, jak i przyjeżdżających do Polski. W tym zakresie nie ma żadnych miarodajnych statystyk.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 9 czerwca 2015 r. do 16 listopada 2015 r. (data wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 15 kontrolowanych jednostek. Zastrzeżenia do wystąpień złożyli Minister Zdrowia oraz Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Komisja Rozstrzygająca NIK częściowo uwzględniła zastrzeżenia Rektora ŚUM.

Sformułowano 29 wniosków pokotrolnych (według stanu na dzień 20 stycznia 2016 r. dziewięć wniosków zrealizowano, siedem było w trakcie realizacji, 13 wniosków nie zrealizowano).

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski o:

- podjęcie skutecznych działań w celu wprowadzenia umiejętności, jako określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny;
- określenie wysokości opłat wnoszonych przez pielęgniarkę, położną za egzamin państwowy, do czego zobowiązywał art. 74 ust. 1 pkt 4) ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej;
- podjęcie skutecznych działań w celu określenia standardów stosowania psychoterapii przez psychologów wobec osób z chorobami i problemami zdrowotnymi określonymi w obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ogłaszanej przez Światową Organizację Zdrowia;
- sfinalizowanie prac nad określeniem standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna;
- sfinalizowanie prac nad wprowadzeniem instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów;
- wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko dentystyczny przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez uczelnie medyczne.

Do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego wnioskowano o

- sfinalizowanie prac nad wydaniem rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna,
- rozważenie zwiększenia zakresu kontroli uczelni nieobjętych nadzorem Ministra Zdrowia, kształcących na kierunkach medycznych, o realizację procesu dydaktycznego.

Wnioski sformułowane pod adresem uczelni medycznych koncentrowały się m.in. wokół następujących kwestii:

- zapewnienia równomiernego rozłożenia czasu zajęć studentów,
- korekty sprawozdań,
- podejmowania uchwał w sprawie warunków i trybu rekrutacji na nowe kierunki studiów przed przeprowadzeniem postępowań rekrutacyjnych na te kierunki,
- powierzenia nauczania przedmiotów z pielęgniarstwa i położnictwa nauczycielom akademickim posiadającym prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej,
- zapewnienia realizacji określonego wymiaru godzin dydaktycznych przez nauczycieli akademickich,
- uchwalenia programów i planów studiów.

Z wyjątkiem Wojewody Mazowieckiego, do żadnego z pozostałych wojewodów nie zostały skierowane wnioski pokontrolne. Do Wojewody Mazowieckiego NIK wnioskowała o podejmowanie skutecznych działań, w ramach sprawowanego nadzoru nad podmiotami leczniczymi, celem zapewnienia wymaganej jakości warunków odbywania stażu podyplomowego oraz o rozważenie poszerzenia zakresu i źródeł informacji analitycznych dotyczących zatrudnienia lekarzy specjalistów i zaspokojenia potrzeb w tym zakresie.

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Nazwa podmiotu objętego kontrolą	Jednostka Organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Delegatura w Białymstoku
2.	Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	Delegatura w Białymstoku
3.	Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku	Delegatura w Gdańsku
4.	Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku	Delegatura w Gdańsku
5.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Delegatura w Katowicach
6.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	Delegatura w Katowicach
7.	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Delegatura w Lublinie
8.	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Delegatura w Lublinie
9.	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu	Delegatura w Poznaniu
10.	Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	Delegatura w Poznaniu
11.	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Delegatura w Szczecinie
12.	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	Delegatura w Szczecinie
13.	Ministerstwo Zdrowia	Departament Zdrowia
14.	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego	
15.	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	

Charakterystyka stanu prawnego

Aktualne przepisy prawne nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego ani nie określają pełnego katalogu tych zawodów.

Przepis art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej definiuje osobę wykonującą zawód medyczny jako osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Definicja ta ma zastosowanie na użytek ww. ustawy, jednak w literaturze wyrażane są wątpliwości dotyczące możliwości jej stosowania także w sytuacjach nieobjętych przedmiotową ustawą, w celu oceny czy dany zawód jest zawodem medycznym.

Podstawę do zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzonych począwszy od roku akademickiego 2012/2013 dała ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Na mocy zmienionej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty praktyczne nauczanie w ww. zawodach uległo włączeniu do kształcenia przeddyplomowego. Zgodnie z nowymi przepisami nacisk na praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodów lekarza i lekarza-dentysty położony ma być na etapie studiów, w szczególności poprzez wprowadzenie do kształcenia przeddyplomowego praktycznego nauczania w dziedzinach klinicznych. Staż podyplomowy zostanie po raz ostatni zorganizowany dla zawodu lekarza z dniem 1 października 2017 r., a dla zawodu lekarza dentysty z dniem 1 października 2016 roku. Absolwenci studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, rozpoczętych w roku akademickim 2012/2013 lub w latach kolejnych, nie zostaną objęci obowiązkiem odbycia stażu podyplomowego. Kształcenie praktyczne odbywać się ma na dwóch ostatnich semestrach programu studiów. Natomiast osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej w ww. terminach, będą zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu.

Szczegółowe standardy kształcenia – czyli zbiór reguł kształcenia przygotowującego do wykonywania niektórych zawodów medycznych – określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa , a także rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania.

Kształcenie na studiach wyższych w innych zawodach medycznych jest prowadzone na podstawie przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, między innymi na kierunkach: dietetyka, elektroradiologia, fizjoterapia, higiena dentystyczna, logopedia z fonoaudiologią, ratownictwo medyczne, techniki dentystyczne, terapia zajęciowa, zdrowie publiczne.

Zasady, na podstawie których każde z państw członkowskich Unii Europejskiej, uzależniających dostęp do zawodu regulowanego lub jego wykonywanie na swoim terytorium od posiadania szczególnych kwalifikacji zawodowych uznaje, dla celów dostępu do tego zawodu i jego wykonywania, kwalifikacje zawodowe uzyskane w innym lub innych państwach członkowskich, które umożliwiają posiadaczowi ww. kwalifikacji wykonywanie w tych państwach tego samego zawodu, określone zostały w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Poza uczelniami medycznymi, kształcenie na kierunkach medycznych odbywa się również w innych uczelniach publicznych i niepublicznych.

Wykaz aktów prawnych

1. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.U.UE L 255 z 30 września 2005 r. s. 22), zwana „Dyrektywą w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych".
2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. Nr 164, poz. 1166 ze zm.), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki" (uchylone z dniem 1 października 2011 r.).
3. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 maja 2015 r. w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia w uczelni publicznej na rok akademicki 2015/2016 (Dz. U., poz. 712), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2015/2016".
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2014/2015 (Dz. U., poz. 672), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2014/2015".
5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 maja 2013 r. w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2013/2014 (Dz. U., poz. 579), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2013/2014".
6. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 marca 2015 r. w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych (Dz. U., poz. 463), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych".
7. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 maja 2012 r. w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2012/2013 (Dz. U., poz. 595), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie maksymalnej wysokości opłat za postępowanie związane z przyjęciem na studia na rok akademicki 2012/2013".
8. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 3 października 2014 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia (Dz. U., poz. 1370), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia".
9. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie wzorcowych efektów kształcenia (Dz. U. z 2013 r., poz. 1273), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie wzorcowych efektów kształcenia".

10. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U., poz. 631), zwane „rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa".
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 683), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych".
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U., poz. 26), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów".
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U., poz. 1489), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny".
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U., poz. 1498), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury".
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz. U., poz. 970), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych".
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r., poz. 474), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty".
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania (Dz. U., poz. 900), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania".
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 ze zm.), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia".
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2015 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz. U., poz. 1119), zwane „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny".
20. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 1198 ze zm.), zwana „ustawą o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw".
21. Ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej (Dz. U., poz. 1877), zwana „ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej."

22. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 1640), zwana „ustawą o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej".
23. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.), zwana „ustawą o działalności leczniczej".
24. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.), zwana „ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej".
25. Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 84, poz. 455 ze zm.), zwana „ustawą o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz zmianie niektórych innych ustaw".
26. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1384 ze zm.), zwana „ustawą o diagnostyce laboratoryjnej".
27. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.), zwana „ustawą – Prawo o szkolnictwie wyższym".
28. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.), zwana „ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia".
29. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658), zwana „ustawą o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty".
30. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.), zwana „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty".
31. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.), zwana „ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym".

ZAŁĄCZNIK NR 4

Opinie Polskiej Komisji Akredytacyjnej dotyczące nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim uczelniom niemedycznym.

W latach 2013–2015 Polska Komisja Akredytacyjna na podstawie art. 49 ust.1 pkt 1–3 i ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym przedłożyła opinie dotyczące nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich ośmiu uczelniom wyższym niemedycznym:

- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Uchwała Nr 20/7/2014 Prezydium PKA z dnia 4 września 2014 r. w sprawie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nadania Wydziałowi Nauk o Zdrowiu uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – pozytywna opinia Prezydium PKA[54]);
- Uniwersytet Rzeszowski (Uchwała 9/7/2014 Prezydium PKA z dnia 3 lipca 2014 r. w sprawie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nadania Wydziałowi Medycznemu uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – pozytywna opinia Prezydium PKA[55]);
- Uniwersytet Zielonogórski (Uchwała nr 790/2014 z dnia 20 listopada 2014 r. Prezydium PKA w sprawie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nadania Wydziałowi Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – pozytywna opinia Prezydium PKA[56]);
- Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie (Uchwała nr 91/2015 z dnia 19 lutego 2014 r. prezydium PKA w sprawie wniosku o nadanie Wydziałowi Zdrowia i Nauk Medycznych uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – pozytywna opinia Prezydium PKA);
- Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu (Uchwała nr 95/2015 z dnia 19 lutego 2015 r. prezydium PKA w sprawie wniosku o nadanie Wydziałowi Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – negatywna opinia Prezydium PKA, decyzją z 2 kwietnia 2015 r. Minister Nauki i Szkolnictwa wyższego umorzył postępowanie w tej sprawie[57]);
- Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach (Uchwała nr 519/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r. prezydium PKA w sprawie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nadania Wydziałowi Nauk Medycznych uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – brak uzasadnienia dla zmiany opinii negatywnej Prezydium PKA[58]);
- Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (Uchwała nr 526/2015 z dnia 25 czerwca 2015 r. Prezydium PKA w sprawie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich – opinia pozytywna Prezydium PKA[59]);
- Uczelnia Łazarskiego w Warszawie (Uchwała nr 548/2015 z dnia 2 lipca 2015 r. prezydium PKA w sprawie wniosku o nadanie Wydziałowi Medycznemu uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich).

54 Uprzednio uchwała nr 390/2014 Prezydium PKA z 26 czerwca 2014 r. – opinia negatywna.
55 Uprzednio uchwała nr 223/2014 Prezydium PKA z 8 maja 2014 r. – opinia negatywna.
56 Uprzednio uchwała nr 655/2014 Prezydium PKA z 18 września 2014 r. – opinia negatywna.
57 Znak: DSW.ZNU.6051.146.2014.6.PK
58 Uprzednio uchwała nr 285/2015 Prezydium PKA z 23 kwietnia 2015 r. – opinia negatywna.
59 Uprzednio uchwała nr 327/2015 Prezydium PKA z 7 maja 2015 r. – opinia negatywna.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Właściwi przewodniczący komisji senackich
11. Minister Finansów
12. Minister Zdrowia
13. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
14. Rzecznik Praw Pacjentów
15. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Minister Zdrowia

Warszawa, 2016 -03- 09

DNM.073.44.2015.14.KCZ

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie

W nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych"**, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Na wstępie należy podkreślić, że kierunek działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia związanych z kształceniem i przygotowaniem zawodowym kadr medycznych jest wypadkową realizowaną w oparciu o obowiązujące przepisy zarówno w Polsce, jak i Unii Europejskiej, możliwości finansowe budżetu państwa, a także w oparciu o ogólnie przyjęte zasady uwzględniające ścisłą współpracę wielu instytucji, urzędów, innych podmiotów, jak również współpracę towarzystw naukowych oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich powołanych w poszczególnych dziedzinach medycyny. Kształtowanie polityki kadr medycznych jest powiązane równocześnie z kwalifikowaniem przez Ministra Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) kwalifikacja ta uwzględnia szereg czynników m.in.: priorytety zdrowotne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126), wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo, stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

do ryzyka zdrowotnego, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych i inne. Kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych Minister Zdrowia dokonuje po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Świadczenia gwarantowane realizowane są przez określoną przepisami kadrę medyczną, w tym szczegółowo opisaną w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określających w szczególności warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń, w tym również zawierają np. normę dotyczącą liczby świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe nie oddziałuje jednak w pełni na równomierne rozmieszczenie terytorialne poszczególnych specjalistów, bowiem zarówno lokalizacja terytorialna podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, będąca bazą do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy i lekarzy dentystów, jak i rodzaj oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w tych podmiotach leczniczych, kształtowane były przez lata przez podmioty je tworzące i pozostawały w większości poza właściwością Ministra Zdrowia. Należy mieć jednocześnie na uwadze, że tworzenie długookresowej strategii uwzględniającej potrzeby zdrowotne, która uzasadniałaby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych wymagałoby więc ścisłego współdziałania, a nawet podporządkowania się w tym zakresie podmiotów tworzących podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym jednostek samorządu terytorialnego, by móc w pełni wykorzystać kadrę medyczną ukształtowaną w drodze długookresowej strategii.

W uzupełnieniu powyższego poniżej przedstawiam szczegółowe stanowisko do ustaleń zawartych w przedmiotowym dokumencie, w tym, informację o stanie realizacji wniosków pokontrolnych.

Punkt 2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności, akapit 1 od góry, strona 13:

Uprzejmie informuję, że kształcenie na kierunkach medycznych w uczelniach niemedycznych (z wyjątkiem Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie) w obecnym stanie prawnym jest finansowane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w formie przyznawanej corocznie dotacji na prowadzenie działalności dydaktycznej oraz środków na pomoc materialną. Tak

więc w chwili obecnej nie istnieje zagrożenie dzielenia puli dotacji dla uczelni wyższych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia z uwzględnieniem pozostałych uczelni niemedycznych, kształcących na kierunkach medycznych, gdyż środki dla nich pozostają w gestii Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Punkt 2.3. Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 1, strona 18:

Zgodnie z zapisami art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego określa corocznie, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w poszczególnych uczelniach, uwzględniając zasady określone w ust. 4, a także możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków. Należy podkreślić, że ww. resorty określając ostatecznie limit miejsc kierują się każdorazowo propozycjami zgłaszanymi przez wszystkie uczelnie mające uprawnienia do prowadzenia takiego kształcenia. Jednocześnie uczelnie uzasadniają zgłaszane zapotrzebowanie. Corocznie określane limity przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim są ściśle uzależnione od wysokości środków budżetowych przydzielonych na ten cel.

Niezależnie od powyższego, należy wskazać także, że umożliwienie przetwarzania danych dotyczących kształcenia w wybranych zawodach medycznych w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (dalej „SMK"), o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.) przyczyni się do skutecznego monitorowania kształcenia w ww. zakresie oraz określenia zapotrzebowania na specjalistów. Informuję, że ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991) została ogłoszona w Dzienniku Ustaw w dniu 27 listopada 2015 r. Wprowadziła ona zmiany do ustaw regulujących m.in. kwestie dotyczące kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych, mające na celu w szczególności dostosowanie dotychczas obowiązujących w tym zakresie przepisów do planowanego uruchomienia SMK. W związku z powyższym, zgodnie z ww. znowelizowaną ustawą, określone procedury stosowane w procesie przedmiotowego kształcenia będą mogły być realizowane za pomocą tego systemu dopiero od 1 maja 2016 r. Ponadto, w związku z potrzebą opracowania zapotrzebowania na kadrę medyczną, Ministerstwo Zdrowia zgłosiło swój

udział w projekcie: *Joint Action on Health Workforce Planning*, którego założeniem jest wsparcie organów właściwych w zakresie planowania kadr medycznych w Unii Europejskiej m.in. w odniesieniu do:

- ilościowych metod oceny zapotrzebowania kadr medycznych oraz opisu kapitału ludzkiego w sektorze zdrowia,
- zdefiniowania minimalnego zestawu danych dotyczących kadr medycznych niezbędnych w celu planowania i prognozowania zapotrzebowania na kadry medyczne,
- gromadzenia danych dotyczących kadr medycznych w związku z planowaniem i prognozowaniem zapotrzebowania na kadry medyczne.

Należy jednakże zaznaczyć, iż projekt ten nie został jeszcze zakończony. Ponadto Ministerstwo Zdrowia systematycznie występuje do konsultantów krajowych w ochronie zdrowia z prośbą o przedkładanie opinii dotyczących oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, będących podstawą do kreowania polityki zdrowotnej państwa w odniesieniu do kadry medycznej.

Punkt 2.3. Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 2, strona 18:

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474) staż podyplomowy lekarza trwa 13 miesięcy, natomiast staż podyplomowy lekarza dentysty 12 miesięcy.

Staż podyplomowy lekarza obejmuje w szczególności staż cząstkowy w dziedzinach: chorób wewnętrznych, pediatrii, w tym neonatologii, chirurgii ogólnej, w tym chirurgii urazowej, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz w dziedzinie medycyny rodzinnej w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej.

Staż podyplomowy lekarza dentysty obejmuje w szczególności staż cząstkowy w dziedzinie stomatologii, z uwzględnieniem stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, periodontologii, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, protetyki stomatologicznej oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Ponadto staż podyplomowy lekarza oraz staż podyplomowy lekarza dentysty obejmuje szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego.

Staż podyplomowy lekarza i lekarza dentysty odbywany jest w podmiotach wpisanych na listę prowadzoną przez marszałka województwa. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, w porozumieniu z marszałkiem województwa kieruje do odbycia stażu lekarzy i lekarzy dentystów, którym przyznała ograniczone prawo wykonywania zawodu. Program stażu realizowany jest na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony. Pragnę poinformować, że Minister Zdrowia podjął intensywne działania zmierzające do przywrócenia obowiązku odbycia stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. W chwili obecnej trwają prace legislacyjne nad projektem aktu prawnego zmieniającego ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464, z późn. zm.). Przedmiotowy projekt będący w uzgodnieniach publicznych ma na celu przywrócenie stażu podyplomowego jako niezbędnego etapu w rozwoju zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów umożliwiającego praktyczną naukę zawodu w ujednoliconych ramach prawnych.

Punkt 2.3. Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 3, strona 18:

Zgodnie z art. 19f ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1, które spełniają szereg warunków określonych w ust. 2 tego artykułu i uzyskały akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie. Jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 19 ust. 1 ww. ustawy, przedstawia Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dalej „CMKP"), w celu uzyskania opinii powołanego przez Dyrektora CMKP zespołu ekspertów o spełnieniu przez jednostkę warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2, informację zawierającą dane i opinię określone w art. 19f ust. 2 oraz dane o podmiotach, o których mowa w art. 19f ust. 3. Dyrektor CMKP na podstawie przedstawionej opinii zespołu ekspertów dokonuje wpisu jednostki organizacyjnej na prowadzoną przez siebie listę jednostek akredytowanych i określa maksymalną liczbę miejsc szkoleniowych w zakresie danej specjalizacji dla lekarzy mogących odbywać szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy w komórce organizacyjnej wchodzącej w jej skład. CMKP publikuje na swojej stronie internetowej aktualne listy jednostek akredytowanych.

Wobec powyższego, a także mając na uwadze samodzielne podejmowanie decyzji przez każdego kierownika jednostki organizacyjnej spełniającej wymagania ustawowe w odniesieniu do wzięcia udziału w prowadzeniu szkoleń specjalizacyjnych, Minister

Zdrowia zachęca we współpracy z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny ww. kierowników do zwiększania liczby miejsc i jednostek akredytowanych do prowadzenia szkoleń. Jednakże należy pamiętać, że każda jednostka organizacyjna chcąc prowadzić szkolenie, oprócz wyrażenia chęci przystąpienia do akredytacji, musi przede wszystkim posiadać potencjał zapewniający właściwą kadrę dydaktyczną o kwalifikacjach odpowiednich dla danego rodzaju kształcenia, a także odpowiednią do realizacji programu kształcenia bazę dydaktyczną (w tym dla szkolenia praktycznego) oraz musi zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres kształcenia.

Z danych przesyłanych przez CMKP do Ministerstwa Zdrowia wynika, iż w 2015 r. na terenie kraju w stosunku do 2008 r. przybyło 1265 jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz 4771 miejsc szkoleniowych. Ponadto, zgodnie z danymi z CMKP, w lutym 2015 r. liczba jednostek organizacyjnych wpisanych na listę jednostek akredytowanych wynosiła 5437, liczba miejsc – 37055, natomiast w lutym 2016 r. już odpowiednio 5822 i 37301, co oznacza znaczny wzrost jednostek i miejsc szkoleniowych.

Podobnie jak w przypadku przystępowania jednostek do akredytacji związanej z kształceniem kadr medycznych, Minister Zdrowia motywuje lekarzy do wyboru danej specjalizacji poprzez większe wynagrodzenie przydzielane rezydenturom realizowanym w dziedzinach priorytetowych, jednakże nie ma wpływu na indywidualne podejmowanie decyzji przez każdego lekarza i lekarza dentystę, co do wyboru docelowego kierunku specjalizacji, pomimo że poddając analizie długości list osób oczekujących w kolejkach do poszczególnych specjalistów oraz przygotowując pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych, zachęca do konkretnego wyboru specjalizacji.

Punkt 2.3. Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 4, strony 18-19:

Pragnę zaznaczyć, iż mając na względzie fakt, że obywatele Rzeczypospolitej Polskiej mają prawo do swobodnego przemieszczania się, osiedlania się i podejmowania pracy w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, Polska nie stosuje instrumentów ograniczających lub stymulujących wyjazdy zagraniczne obywateli polskich, stąd też przedmiotowy wniosek wydaje się niemożliwy do zrealizowania.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że z informacji zawartych na stronie 27 ww. dokumentu wynika, iż pogląd ten podzielał ówczesny Minister Pracy i Polityki Społecznej, czemu dał wyraz w piśmie do Najwyższej Izby Kontroli z dnia 14 sierpnia 2015 r. o znaku: BDG-V.0811.27.2015.AO.

Niezależnie od powyższego, uprzejmie informuję, iż w Polsce zjawisko migracji lekarzy jest monitorowane poprzez rejestrację liczby wydawanych przez samorząd lekarski zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. Liczba wydanych zaświadczeń nie jest tożsama z liczbą osób, które faktycznie wyjechały z kraju i podjęły pracę w innym państwie Unii Europejskiej. Liczbę tę należy traktować jako wskaźnik zainteresowania personelu medycznego podjęciem pracy za granicą, tym bardziej, że niektórzy lekarze i lekarze dentyści występują kilkakrotnie o te same dokumenty. Jednocześnie, należy mieć na uwadze fakt obowiązywania przepisów wspólnotowych Unii Europejskiej dających możliwość swobodnego przepływu pracowników, w tym lekarzy i lekarzy dentystów, a także fakt wykonywania tzw. wolnego zawodu przez lekarzy. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 19 października 1999 r. (sygn. akt SK 4/99), *„w odniesieniu do wolnych zawodów treścią wolności wykonywania zawodu jest stworzenie sytuacji prawnej, w której: po pierwsze, każdy mieć będzie swobodny dostęp do wykonywania zawodu, warunkowany tylko talentami i kwalifikacjami; po drugie, mieć będzie następnie rzeczywistą możliwość wykonywania swojego zawodu oraz – po trzecie, nie będzie przy wykonywaniu zawodu poddany rygorom podporządkowania, które charakteryzują świadczenie pracy. Jest jednak rzeczą oczywistą, że wolność wykonywania zawodu nie może mieć charakteru absolutnego i że musi być poddana reglamentacji prawnej, w szczególności gdy chodzi o uzyskanie prawa wykonywania określonego zawodu, wyznaczenie sposobów i metod (ram) wykonywania zawodu, a także określenie powinności wobec państwa czy samorządu zawodowego. Innymi słowy, konstytucyjna gwarancja „wolności wykonywania zawodu" nie tylko nie kłóci się z regulowaniem przez państwo szeregu kwestii związanych tak z samym wykonywaniem zawodu, jak i ze statusem osób zawód ten wykonujących, ale wręcz zakłada potrzebę istnienia tego typu regulacji, zwłaszcza, gdy chodzi o zawód zaufania publicznego"*. Jednakże nie dotyczy to sformalizowania nakazu pracy w określonym miejscu i czasie (z wyłączeniem nakazu określonego w odrębnych przepisach dla zdarzeń wyjątkowych). W związku z powyższym, mając na uwadze przytoczone okoliczności, Minister Zdrowia koncentruje się bardziej na działaniach związanych z tworzeniem warunków korzystnych dla pozostania kadry medycznej w Polsce, niż tworzeniem barier i podejmowaniem czynności przeciwdziałających zjawisku migracji stojących w sprzeczności z ogólnie przyjętymi zasadami.

Punkt 2.3. Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 5, strona 19:

W ramach prowadzonego nadzoru Minister Zdrowia w dniu 15 marca 2016 r. zaplanował spotkanie z dziekanami wydziałów prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, podczas którego omawiane będą kwestie m.in. jakości kształcenia przeddyplomowego. Jednocześnie należy podkreślić, że limity dla studentów niepolskojęzycznych nie powodują ograniczenia przyjęć liczby studentów polskojęzycznych.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Warczyński