



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Mieczysław Łuczak

KZD. 410.005.01.2015

P/15/060

WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/060 – Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Julita Łuczak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 97607 z dnia 19 sierpnia 2015 r. Agnieszka Kalita, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 95417 z dnia 09 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, działania Ministra Zdrowia na rzecz wykształcenia odpowiedniej liczby specjalistów, uwzględniającej zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa, były niewystarczające. Minister Zdrowia przygotował wprowadzić regulacje prawne w celu przyspieszenia i uelastycznienia systemu kształcenia kadr medycznych, ale niektóre z nich stwarzają zagrożenie dla jakości procesu przygotowania zawodowego i efektów kształcenia.

Nie stworzono instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów, co jest szczególnie istotne w perspektywie starzenia się społeczeństwa i znacznej emigracji personelu medycznego.

Ponadto, Minister nie wydał aktów wykonawczych, do czego zobowiązywały go przepisy ustaw, a regulujących istotne kwestie związane z jakością kształcenia.

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do podziału dotacji dla uczelni medycznych, który odbywał się na podstawie algorytmu, określonego w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 marca 2015 r. w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Nie funkcjonuje 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

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U., poz. 463.

zastosowanie w ochronie zdrowia, a także wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych. Dane w systemie, na podstawie art. 57 ust. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³, miały być przetwarzane od 1 sierpnia 2014 r.

Minister 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.

Likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania praktycznego do kształcenia przeddyplomowego nie zapewnia adekwatności takiego kształcenia w stosunku do modelu obowiązującego w poprzednim porządku prawnym. W ocenie NIK rozwiązania te, m.in. poprzez ograniczenie praktycznej nauki zawodu, stworzyły zagrożenie dla jakości procesu dydaktycznego i efektów kształcenia. Pozostawiono również lukę prawną pozwalającą na otrzymanie prawa wykonywania zawodu lekarza pewnej grupie absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, bez obowiązku odbycia jakiegokolwiek kształcenia praktycznego.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli brak mechanizmów pozwalających na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego utrudnia podejmowanie skutecznych działań ograniczających to zjawisko.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Proces zabezpieczenia odpowiedniej liczby specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia

Opis stanu
faktycznego

1. Na podstawie art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym⁴, Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w drodze rozporządzenia określał limit przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w poszczególnych uczelniach. Corocznie, na początkowym etapie prac nad projektem ww. rozporządzenia, Minister Zdrowia zwracał się do uczelni posiadających uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym o przedstawienie propozycji limitu przyjęć. Propozycje te opracowywane były na podstawie własnej oceny możliwości dydaktycznych uczelni.

W rozporządzeniu określającym limit przyjęć na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, wydawanym na podstawie art. 8 ust. 9 ww. ustawy uwzględniano zaproponowany przez uczelnię limit przyjęć⁵.

W celu przyznania limitu przyjęć na dany kierunek studiów niezbędne było złożenie następujących dokumentów:

1. oświadczenia o spełnianiu przez uczelnię warunków, o których mowa w § 9 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 3 października 2014 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia⁶,

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.

⁵ Różnice występowały w liczbie miejsc przyznanych dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, finansowanych przez Ministra Obrony Narodowej.

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 1370.

2. oceny zapotrzebowania na absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, wraz ze wskazaniem zastosowanej metodologii przedmiotowej oceny;

3. propozycji limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny na dany rok akademicki, w rozbiciu na:

- a) jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim, w tym miejsca dla cudzoziemców ubiegających się o podjęcie kształcenia na podstawie art. 43 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
- b) jednolite studia magisterskie prowadzone w formie niestacjonarnej w języku polskim,
- c) jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej w języku innym niż język polski.

W ramach uzgodnień zewnętrznych Minister Zdrowia przekazywał projekt rozporządzenia m.in. do opinii Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Zgodnie z art. 8 ust. 4 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, 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 następowało, na wniosek rektora, w drodze decyzji Ministra Zdrowia, podjętej w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego, uwzględniającej:

- 1) strukturę kierunków studiów w uczelni i liczbę studentów na poszczególnych kierunkach studiów, w tym kierunkach priorytetowych dla rozwoju kraju;
- 2) osiągnięcia uczelni w określonych dziedzinach nauki i związane z nimi zakres kształcenia;
- 3) oceny jakości kształcenia dokonane przez Polską Komisję Akredytacyjną;
- 4) zasadę dążenia do zapewnienia równomiernego dostępu do studiów nieodpłatnych na obszarze kraju;
- 5) zapotrzebowanie rynku pracy na absolwentów poszczególnych kierunków studiów;
- 6) liczbę studentów przyjętych na studia stacjonarne w poprzednim roku akademickim, w tym studentów, dla których jest to kolejny kierunek studiów stacjonarnych w uczelni publicznej.

W latach 2013 – 2015 Minister Zdrowia wydał zgody na zwiększenie liczby studentów, na podstawie ww. przepisów, jedenastu uczelniom. W jednym przypadku odmówiono wyrażenia zgody z uwagi na złożenie wniosku po terminie oraz na niemożność przywrócenia terminu do dokonania czynności urzędowej⁷.

W badanym okresie przyznany limit przyjęć na kierunek lekarski na studia stacjonarne i niestacjonarne prowadzone w języku polskim⁸ został określony: na 3.933 na rok akademicki 2013/2014, 3.998 na rok akademicki 2014/2015 i 4.577 na rok akademicki 2015/2016⁹. Przyrost przyznanych miejsc na studiach lekarskich polskojęzycznych wyniósł 16,4%, w tym na studiach stacjonarnych 13,6%, a na niestacjonarnych 26,9%. Limit przyjęć na kierunki lekarskie prowadzone w innym języku niż język polski wynosił w kolejnych latach odpowiednio: 1.361, 1.451 oraz 1.551 (w roku 2015/2016 wzrost o 14,0% w stosunku do 2013/2014).

⁷ Zgodnie z art. 58 §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 ze zm.), prośbę o przywrócenie terminu należy wnieść w ciągu siedmiu dni od dnia ustania przyczyny uchybienia terminu oraz uprawdopodobnienia, że uchybienie terminu nastąpiło bez winy uczelni.

⁸ Bez uwzględnienia liczby miejsc dla cudzoziemców na studiach stacjonarnych w języku polskim.

⁹ Wzrost limitu w roku akademickim 2015/2016 wynikał z uruchomienia kształcenia na tym kierunku na kolejnych dwóch uczelniach.

Udział przyznanych miejsc w języku obcym w stosunku do liczby miejsc ogółem wynosił odpowiednio 25,7% w roku akademickim 2013/2014, 26,6% w roku akademickim 2014/2015 oraz 25,3% w roku akademickim 2015/2016. Na poszczególnych uczelniach medycznych, na których prowadzone było kształcenie na kierunkach lekarskich w języku obcym, udział tych miejsc w liczbie przyznanych miejsc ogółem wahał się od 13,2% na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi do 50,0% na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

W odniesieniu do zwiększenia limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, prowadzone w języku innym niż polski, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że przyznawany limit miejsc na studia w języku obcym nie wpływa niekorzystnie na jakość kształcenia, jak również nie ogranicza liczby przyznanych miejsc na studia stacjonarne w języku polskim. Poza możliwościami kadrowymi i bazą dydaktyczną, uczelnie muszą brać pod uwagę wysokość środków finansowych, którymi dysponują na cele kształcenia. Corocznie w ustawie budżetowej jest określana wysokość całkowitej dotacji na działalność dydaktyczną związaną z kształceniem studentów studiów stacjonarnych, która jest później dzielona algorytmem pomiędzy poszczególne uczelnie.

(dowód: akta kontroli str. 696-697, 777-1405, 1409-1416, 1625-1636, 2305, 2322-2353, 2735-3194, 3594-3599, 3602-3603)

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.

W perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2007 – 2013 realizowany był Program Kierunków Zamawianych. W roku akademickim 2014/2015 rozpoczął się pilotaż Programu Wspierania Kompetencji. Kształcenie na kierunkach medycznych nie było przedmiotem dodatkowego wsparcia w ramach ww. programów.

(dowód: akta kontroli str. 781)

Zgodnie z „Dokumentem roboczym” nr 8494/04 z dnia 19 kwietnia 2004 r. Minister Zdrowia zobowiązał się do przekazywania Komisji Europejskiej corocznych raportów zawierających dane zebrane od uczelni dotyczące liczby kandydatów, liczby osób przyjętych oraz liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo na studiach pomostowych. W badanym okresie raporty te były przekazywane odpowiednio: 9 kwietnia 2015 r. - raport wg stanu na 30 września 2014 r., 27 stycznia 2014 r. – raport wg stanu na 30 września 2013 r., 13 grudnia 2012 r. – raport wg stanu na 30 września 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 26-40)

2. Marszałkowie województw przesyłali Ministrowi Zdrowia informacje o liczbie miejsc dla stażystów w poszczególnych podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu oraz o przewidywanej liczbie absolwentów mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze danego województwa w terminie do 31 marca danego roku. Opóźnienie od 7 do 10 dni dotyczyło trzech informacji wojewodów w 2015 r. i jednej w 2014 r.

W 2015 r. w dwóch województwach (lubuskim i podkarpackim) wystąpiły przypadki, gdy liczba miejsc szkoleniowych dla stażystów w danym województwie była mniejsza niż przewidywana liczba absolwentów¹⁰.

¹⁰ Zgodnie z pismem Marszałka Województwa Podkarpackiego z dnia 31 marca 2015 r. w województwie przewidziano 208 miejsc dla lekarzy, a przewidywana liczba absolwentów z obszaru województwa w 2015 r. to 225 lekarzy (pismo znak OZ-II-9051.4.2015.TR), a według informacji Marszałka Województwa Lubuskiego

Odnosząc się do wspomnianych sytuacji, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry¹¹ okręgowe izby lekarskie kierując lekarzy i lekarzy dentyistów do odbycia stażu uwzględniają w kolejności lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy mają stałe miejsce zamieszkania na obszarze działania okręgowej rady lekarskiej i ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną, a także bierze pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w danym podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu. W przypadku braku możliwości odbycia stażu przez lekarza, lekarza dentyistę na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem, okręgowa rada lekarska tej izby uzgadnia z inną okręgową radą lekarską możliwość odbycia przez lekarza lub lekarza dentyistę stażu na obszarze jej działania. W tym przypadku okręgowa rada lekarska, na obszarze działania której lekarz lub lekarz dentyista będzie odbywał staż, wpisuje tego lekarza lub lekarza dentyistę na listę członków i kieruje go do odbycia stażu.

Na podstawie § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty, okręgowe rady lekarskie przekazywały Ministrowi Zdrowia oceny stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz zbiorcze wyniki ww. ankiet. W latach objętych kontrolą do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło siedem zbiorczych ocen w 2015 r., dziewięć w 2014 r. oraz osiem w 2013 r., podczas gdy w Polsce funkcjonują 24 okręgowe izby lekarskie. Przesyłane opracowania wyników ankiet przedstawiały rezultaty w dużej szczegółowości – dane były prezentowane w rozbiciu na poszczególne pytania ankietowe, w podziale na jednostki prowadzące staże i ich komórki organizacyjne (staże częściowe) oraz koordynatorów stażu.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że z uwagi na autonomię samorządu lekarskiego Minister Zdrowia nie ma prawnych możliwości wyegzekwowania informacji w tym zakresie od izb lekarskich. Departament kilkakrotnie w trybie roboczym, w rozmowach telefonicznych lub drogą e-mailową, przypominał izmom lekarskim o tym obowiązku.

(dowód: akta kontroli str. 1408, 1423-1624, 2297-2299, 3611)

NIK zauważa iż, zobowiązanie okręgowych rad lekarskich do sporządzania oceny stażu, a następnie przekazywanie jej, wraz ze zbiorczymi wynikami ankiet, do marszałka województwa, wojewody oraz Ministra Zdrowia miało na celu poznanie opinii uczestników szkolenia na temat organizacji, jakości i efektywności prowadzonych staży w poszczególnych województwach. Zdaniem NIK jest to istotny materiał do analizy procesu realizacji stażu podyplomowego dla marszałków województw jako organizatorów szkolenia, dla wojewodów, a także dla Ministra Zdrowia.

3. Minister Zdrowia, zgodnie z art. 16e ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty¹², przed postępowaniem kwalifikacyjnym określał i ogłaszał na swojej stronie internetowej 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.

z 30 marca 2015 r. w województwie przewidziano 55 miejsc dla stażystów, podczas gdy przewidywana liczba absolwentów wyniesie 70 osób.

¹¹ Dz.U. z 2014 r. poz. 474.

¹² Dz. U. z 2015 r. poz. 464.

Konsultanci krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny, na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia¹³, przedstawiali opinie dotyczące oceny zasobów kadrowych dwa razy w roku – przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich, o którym mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W poszczególnych latach objętych kontrolą liczba absolwentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych kształtowała się następująco: kierunku lekarskiego 2.974 osób w 2013 r. i 2.970 osób w 2014 r., a kierunku lekarsko-dentystycznego odpowiednio 844 i 808 osób¹⁴.

Według danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) liczba lekarzy w trakcie specjalizacji wynosiła: 23.299 wg stanu na 1 stycznia 2013 r., 23.937 w I kwartale 2014 r. oraz 24.216 wg stanu na 30 czerwca 2015 r.

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. Rezydentury były przyznawane ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych dziedzin medycyny¹⁵ oraz wybranych grup dziedzin (m.in. geriatrycznych, onkologicznych, pediatrycznych, stomatologicznych), gdzie przyznawane były miejsca rezydenckie na poziomie 100% zapotrzebowania¹⁶.

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

¹³ Dz. U. z 2015 r., poz. 126.

¹⁴ Dane o liczbie absolwentów w roku 2015 (za rok akademicki 2014/15) uczelnie mają obowiązek przekazać do końca listopada 2015 r.

¹⁵ Na podstawie obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1489), za dziedziny priorytetowe zostało uznanych 16 specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

¹⁶ 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, geriatryka, 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.

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).

W celu uatrakcyjnienia dla lekarzy specjalizacji w dziedzinach deficytowych, Minister Zdrowia począwszy od 2003 r. określa wykaz specjalizacji priorytetowych. Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury¹⁷. 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.

W sprawie sposobu ustalenia wysokości wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w trybie rezydentury, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury¹⁸ zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury¹⁹ nie zmieniając wysokości wynagrodzenia zasadniczego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury.

Minister Zdrowia finansuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów, nie finansuje natomiast szkolenia specjalizacyjnego w innych zawodach medycznych.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że ze względów finansowych w MZ nie rozważano wprowadzenia przepisów, które umożliwiłyby sfinansowanie z budżetu państwa szkolenia specjalizacyjnego w innych zawodach medycznych.

Na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁰ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia

¹⁷ Dz. U. poz. 1498.

¹⁸ Dz. U. poz. 1498. Rozporządzenie wydane na podstawie art. 16 j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.).

¹⁹ Dz. U. Nr 66, poz. 560. Rozporządzenie wydane na podstawie art. 16 ust. 1hb ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.).

²⁰ Dz. U. Nr 113, poz. 658.

2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów²¹ został wprowadzony modułowy system odbywania specjalizacji. W systemie tym lekarze, którzy w ramach szkolenia specjalizacyjnego zrealizowali i zaliczyli jeden z modułów podstawowych, nie są zobowiązani do ponownego odbywania tego modułu w przypadku przystąpienia do kolejnej specjalizacji w innej dziedzinie medycyny, w której obowiązuje odbycie tego samego modułu. Dzięki przyjęciu takiego rozwiązania lekarz może uzyskać kolejny tytuł specjalisty w krótszym niż dotychczas czasie.

Wprowadzony system modułowy umożliwia ubieganie się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego również lekarzom, którzy specjalizację uzyskali przed wejściem w życie systemu modułowego. Mogą oni odbyć szkolenie specjalizacyjne według krótszej niż dla lekarzy nieposiadających specjalizacji, wersji programu szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto szkolenie specjalizacyjne w większości szczegółowych dziedzin mogą podejmować lekarze bezpośrednio po stażu podyplomowym, a po zlikwidowaniu stażu podyplomowego - bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu, co spowoduje skrócenie okresu wymaganego do uzyskania tytułu specjalisty o około 3 lata. Dotychczas podjęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach szczegółowych, np. w dziedzinie alergologii, endokrynologii, gastroenterologii czy geriatrici, wymagało wcześniejszego uzyskania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

Szkolenie specjalizacyjne w nowym systemie specjalizacji realizowane jest od postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31. października 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 777-778, 1409-1417, 1422, 2307-2313, 2319-2321, 2449-3414)

4. Zarówno na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów regulujących kwestie specjalizacji lekarskich, jak również zgodnie z obecnie obowiązującym rozporządzeniem w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, lekarze posiadający specjalizację I stopnia mieli, i w dalszym ciągu mają, możliwość dokończenia szkolenia specjalizacyjnego i uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, według przewidzianych dla tej grupy lekarzy programów specjalizacji, w krótszym czasie niż w przypadku lekarzy nie posiadających odpowiedniej specjalizacji I stopnia²².

Nowe przepisy umożliwiły lekarzom posiadającym specjalizację I stopnia przystępowanie do szkolenia specjalizacyjnego w wielu dziedzinach dotychczas dostępnych jedynie dla lekarzy ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty, tj. w dziedzinie alergologii, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, geriatrici, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny sportowej, nefrologii, neurologii dziecięcej, neuropatologii, onkologii i hematologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej, reumatologii i toksykologii klinicznej. Jednocześnie zastępca dyrektora wyjaśniła, że możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez lekarzy posiadających specjalizację I stopnia jest uzależniona od przepisów zawartych w rozporządzeniach tzw.

²¹ Dz. U. poz. 26.

²² Na przykład w przypadku specjalizacji w dziedzinie pediatrii, zgodnie z ww. rozporządzeniem, program specjalizacji dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie pediatrii jest przewidziany na 3 lata, natomiast dla lekarzy bez ww. specjalizacji - na 5 lat.

koszykowych²³, określających m.in. kwalifikacje personelu dopuszczonego do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 777-778, 1409-1417, 1422, 2307-2313, 2319-2321, 2449-3414)

Minister Zdrowia nie kwestionował zarządzeń Prezesa NFZ²⁴ dotyczących warunków udzielania świadczeń i określania kryteriów ocen, w zakresie zróżnicowania punktacji za zasoby kadrowe w odniesieniu do zatrudniania lekarzy specjalistów i lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. W praktyce może to utrudniać uzyskanie kontraktu podmiotom zatrudniającym lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji, a te w konsekwencji mogą rozwiązywać umowy z takimi lekarzami, chociaż mogą oni samodzielnie udzielać świadczeń²⁵.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego wyjaśniła, że Minister Zdrowia nie może podejmować działań nadzorczych w sytuacji, która nie została określona w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶, a więc gdy zarządzenie Prezesa NFZ prowadzi, w ocenie świadczeniodawców, do niewłaściwego zabezpieczenia ich interesu czy też osób u nich zatrudnionych.

Zgodnie z pismem p.o. dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia skierowanego do Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ²⁷, świadczeń w poradniach specjalistycznych udzielać mogą lekarze specjaliści, lekarze w trakcie specjalizacji, a w wybranych dziedzinach także lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji. NFZ przy kontraktowaniu świadczeń

²³ Są to rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z poszczególnych zakresów (rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz. U. poz. 1248 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Dz. U. poz. 1413 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – Dz. U. poz. 1520 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – Dz. U. poz. 1522, rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz. U. poz. 1386 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – Dz. U. poz. 1480 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego – Dz. U. poz. 1462 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego – Dz. U. poz. 931 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego – Dz. U. poz. 1176, rozporządzenie MZ z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz warunków ich realizacji – Dz. U. poz. 1347, rozporządzenie MZ z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wyspecjalizowanych – Dz. U. poz. 1445 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych – Dz. U. poz. 1505 ze zm., rozporządzenie MZ z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – Dz. U. poz. 1565).

²⁴ M.in. zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ poz. 3 ze zm.).

²⁵ Przykładowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413 ze zm.) – w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji” lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji, którzy samodzielnie mogą udzielać porad są wykazani m.in. w przypadku porad specjalistycznych: diabetologia dla dzieci, dermatologia i wenerologia, neurologia, leczenie bólu, gruźlica i choroby płuc, choroby zakaźne, choroby zakaźne u dzieci, leczenie osób z AIDS lub zakażonych HIV, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, otolaryngologia, otolaryngologia u dzieci.

²⁶ Art. 163 ustawy o świadczeniach zdrowotnych stanowi, że Minister Zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy: 1) narusza ona prawo lub 2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub 3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.).

²⁷ Pismo z dnia 14 lutego 2014 r., znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0118/W/04615/KW.

akceptuje wszystkie oferty spełniające określone warunki, także oferty złożone przez podmioty, w których świadczeń udzielają lekarze z I stopniem specjalizacji. Jednocześnie, zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w toku postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń NFZ porównuje oferty m.in. w zakresie kwalifikacji personelu. Ponieważ czas szkolenia, jego zakres oraz uzyskane kwalifikacje związane z uzyskaniem tytułu lekarza specjalisty istotnie różnią się od posiadanych przez lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji, w rankingu premiowani są ci świadczeniodawcy, u których czas pracy lekarzy specjalistów jest dłuższy. Ponadto w ocenie NFZ w poradniach specjalistycznych powinni udzielać świadczeń lekarze z jak najwyższymi kwalifikacjami, gdyż muszą oni samodzielnie podejmować decyzje terapeutyczno-diagnostyczne podczas gdy w szpitalu pracuje się w zespole. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 33/2013/DSOZ z dnia 31 maja 2013 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest pierwszym zarządzeniem, w którym przy kontraktowaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przyznawane są dodatkowe punkty za realizację świadczeń przez lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Podstawą podjęcia takiej decyzji były postulaty środowiska lekarskiego.²⁸

(dowód: akta kontroli str. 689-691, 2010-2017)

5. Zgodnie z art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej²⁹ specjalizacja jest dofinansowywana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarzy lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. 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 zł³⁰.

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła, że limit miejsc szkoleniowych oraz kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego od 2009 r. pozostaje na tym samym poziomie z uwagi na niezmienną kwotę, która może być przeznaczona na ten cel i jest zarezerwowana na to zadanie w budżecie państwa tj. ok. 8 mln. Zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych ponadto wyjaśniła, że „w dniu 24 lipca 2015 r. Sejm przyjął poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej oraz niektórych innych ustaw³¹ (druk nr 3589), który wprowadza m.in. zmiany do art. 70 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej, które pozwolą na zwiększenie limitów miejsc szkoleniowych w ramach zaplanowanych środków. Dotychczasowe uregulowania prawne dotyczące limitów miejsc szkoleniowych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego nie dają możliwości wykorzystania w pełni zaplanowanej w budżecie kwoty na to zadanie, gdyż bardzo często zdarza się, że ceny miejsc

²⁸ Wg. danych z umów dostępnych w Centrali NFZ, w 2012 r. w ramach umów na realizację świadczeń AOS wykazanych było 51.605 lekarzy specjalistów, 6.169 lekarzy z I stopniem specjalizacji, oraz 315 osób w trakcie specjalizacji lub bez specjalizacji.

²⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.

³⁰ Dz. Urz. Min. Zdr. 2014 poz. 79, Dz. Urz. Min. Zdr. 2013 poz. 51, Dz. Urz. Min. Zdr. 2012 poz. 94.

³¹ Prezydent ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej oraz niektórych innych ustaw podpisał w dniu 5 października 2015 r. Ustawa weszła w życie w dniu 3 listopada 2015 r. (Dz.U., poz. 1640).

szkoleniowych wskazane przez organizatorów szkoleń w ofertach złożonych w ramach zamówienia publicznego są niższe niż kwota dofinansowania. Dotychczasowe zapisy określające sztywno limit miejsc szkoleniowych, pomimo niewykorzystanych środków finansowych na to zadanie, nie pozwalały na przeprowadzenie kolejnej procedury przetargowej. Zmiana zapisów w tym zakresie pozwoli na dofinansowanie kolejnych miejsc szkoleniowych, wykorzystując maksymalną kwotę, którą corocznie można przeznaczyć na szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych.”

W badanym okresie wyboru organizatora kształcenia prowadzącego specjalizację dofinansowywaną ze środków publicznych, zgodnie z art. 70 ust. 3 ww. ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Minister Zdrowia dokonywał, stosując przepisy o zamówieniach publicznych³². W badanym okresie zostało przeprowadzonych łącznie 49 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, po jednym dla każdego województwa w 2015, 2014 i w I edycji 2013 r., a także jedno postępowanie dla województwa zachodniopomorskiego w II edycji w 2013 r.

Zgodnie z art. 99 ust.2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, do czasu ogłoszenia programów, o których mowa w art. 78, kształcenie podyplomowe jest realizowane na podstawie programów ramowych, obowiązujących przed dniem 23 sierpnia 2011 r. Oznacza to, że do dnia 24 sierpnia 2015 r. tj.: do czasu ogłoszenia nowych programów kształcenia organizatorzy szkoleń specjalizacyjnych obowiązani byli uzyskać zatwierdzenie programu w drodze decyzji administracyjnej. Program ten zatwierdza dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych po stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem kształcenia. Centrum opracowało szczegółowe kryteria oceny programu, na podstawie których dokonywana jest ocena programu, a następnie ustalany jest okres, na jaki ma być wydana decyzja.

(dowód: akta kontroli str. 6-25, 45-47, 53-684)

6. Zgodnie z art. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów³³ ustalono, że lekarz dopełnia obowiązku doskonalenia zawodowego, jeżeli w 4-letnim okresie rozliczeniowym uzyska co najmniej 200 punktów edukacyjnych.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że przepisy regulujące kwestię doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów były dwukrotnie modyfikowane, co miało na celu osiągnięcie optymalnego dostosowania wymogów określonych w ww. przepisach do potrzeb systemu ochrony zdrowia i jednocześnie zwiększenia możliwości uzyskiwania przez lekarzy punktów edukacyjnych. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2005 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów³⁴, formy doskonalenia zawodowego zostały rozszerzone o udział w kursie medycznym oraz programie edukacyjnym, realizowanych za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, bowiem tę formę szkolenia uznano za najbardziej dostępną dla lekarzy. Poprzez stosowną zmianę przepisu § 3 pkt 5 umożliwiono również Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu (PTL) oraz Polskiemu

³² Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.).

³³ Dz. U. Nr 231, poz. 2326, ze zm.

³⁴ Dz. U. Nr 142, poz. 1196.

Towarzystwu Stomatologicznemu (PTS) organizację rozmaitych form doskonalenia zawodowego lekarzy.

Zastępca dyrektora zaznaczyła również, że w nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia³⁵, wprowadzono zapis pozwalający na uzyskanie dodatkowych punktów edukacyjnych przez kierownika specjalizacji w przypadku kierowania specjalizacją lekarza lub lekarza dentysty, który po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego uzyska tytuł specjalisty. Dotychczasowe przepisy nie premiowały sytuacji, w których szkolenie specjalizacyjne kończy się uzyskaniem tytułu specjalisty. Zmiana ta miała na celu zwiększenie zainteresowania jednostek organizacyjnych spełniających określone warunki, uzyskiwaniem uprawnień do prowadzenia specjalizacji oraz zwiększaniem liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach posiadających ww. uprawnienia, a także zachęcenie lekarzy do podejmowania obowiązków kierowników specjalizacji, bez konieczności przeznaczania na te cele dodatkowych środków finansowych. Zmiana ta powinna się również przyczynić do poprawy poziomu i efektywności szkolenia specjalizacyjnego poprzez zwiększenie zainteresowania kierowników specjalizacji uzyskiwaniem przez ich podopiecznych tytułów specjalisty.

Odnosząc się do kwestii ewentualnych sankcji wobec lekarzy, którzy nie zdobędą wystarczającej liczby punktów edukacyjnych zastępca dyrektora zaznaczyła, że ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie określa wprost sankcji za niewypełnienie tego obowiązku, a także nie zawiera delegacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia tych sankcji w drodze rozporządzenia. W związku z powyższym, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w § 8 ust. 3 stanowi wyłącznie, iż niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego jest odnotowywane w okręgowym rejestrze lekarzy.

Zdaniem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego zamieszczenie stosownej adnotacji w okręgowym rejestrze lekarzy jest bardzo istotnym instrumentem sprawowania przez samorząd lekarski pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich³⁶. W przypadku, gdy okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, ma prawo powołać komisję, która na podstawie art. 11 ust. 1 ww. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wyda opinię o przygotowaniu zawodowym tego lekarza. Ponadto zgodnie z art. 31 ust. 1 ww. ustawy o izbach lekarskich, członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 2313-2316)

7. W załączniku V („Uznawanie na podstawie koordynacji minimalnych wymogów w zakresie kształcenia”) do Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych³⁷ jako dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji lekarza medycyny oraz lekarza dentysty wymieniono odpowiednio: dyplom ukończenia studiów wyższych na

³⁵ W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2008 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 235, poz. 1616).

³⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 651, ze zm.

³⁷ Dz. Urz. WE L 255 z 30 września 2005 r., str. 22 ze zm.

kierunku lekarskim z tytułem „lekarza” oraz „lekarza dentysty”, a także zaświadczenia o zdaniu odpowiednio Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP).

W związku z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego³⁸, zamiast ww. egzaminów wprowadzone zostały: Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) oraz Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK). Wynikła więc konieczność uaktualnienia treści załączników 5.1.1. oraz 5.3.2. ww. dyrektywy o informacje dotyczące nowych nazw egzaminów państwowych lekarzy i lekarzy dentystów, a także równolegle o umieszczenie informacji o organach wydających stosowne dokumenty. W załączniku zostały wymienione jedynie: akademie medyczne, uniwersytet medyczny oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, podczas gdy kilka innych wyższych uczelni niemedycznych uzyskało uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim.

Odnosnie do konieczności uwzględnienia ww. zmian w dyrektywie, Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że niezbędne informacje dotyczące notyfikacji nowych regulacji wraz z tekstem notyfikacji uzgodnionym z samorządem lekarskim (NRL) zostały przekazane w dniu 12 września 2012 r. do Krajowego Koordynatora ds. dyrektywy 2005/36/WE, jako organu właściwego do notyfikowania Komisji Europejskiej przedmiotowych zmian na podstawie art. 21 ust. 7 dyrektywy 2005/36/WE³⁹. W dniu 25 czerwca 2015 r. Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia zwrócił się do Krajowego Koordynatora do spraw ww. dyrektywy z prośbą o przedstawienie aktualnej sytuacji w sprawie procesu uaktualnienia treści załączników 5.1.1 oraz 5.3.2 dyrektywy 2005/36/WE. W odpowiedzi poinformowano, że uaktualnienie treści ww. załączników ma się znaleźć w pierwszym akcie delegowanym wydanym na podstawie przepisów znowelizowanej dyrektywy, jednakże termin wydania tego aktu nie jest znany.

(dowód: akta kontroli str. 3611-3660)

8. Na podstawie informacji Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, w Polsce wg stanu na dzień 31 sierpnia 2015 r.:

- prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca miały 53 osoby, prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony miały 174 osoby, a prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca z krajów Unii Europejskiej – 177 osób.
- prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty cudzoziemca miało 14 osób, prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty cudzoziemca na czas określony miało 37 osób, a prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca z krajów Unii Europejskiej – 95 osób.

(dowód: akta kontroli str. 3415)

Możliwości stworzenia w kraju warunków sprzyjających zatrudnianiu obcokrajowców, w celu zwiększenia dostępności do specjalistów w deficytowych specjalnościach w ochronie zdrowia, nie były w MZ przedmiotem analiz.

(dowód: akta kontroli str. 2018-2019)

³⁸ Dz. U. z 2012 r. poz. 903.

³⁹ Art. 21 ust. 7 został skreślony przez art. 1 pkt 15 lit. c) dyrektywy nr 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. (Dz. Urz. UE L 354 z 20.11.2013 r., s. 132) zmieniającej niniejszą dyrektywę z dnia 17 stycznia 2014 r.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Wykonywanie ustaw jest uzależnione od wydania, przez wskazany w ustawie organ państwa, aktu normatywnego o charakterze wykonawczym. Zgodnie z art. 92 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁴⁰, rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania.

Według § 127 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”⁴¹, rozporządzenie powinno wchodzić w życie w dniu wejścia w życie ustawy, na podstawie której jest ono wydawane.

1.1. Minister Zdrowia nie wydał aktów wykonawczych dotyczących rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, w których można uzyskać świadectwo, do których zobowiązywał go art. 17 ust. 13 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴².

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 12 marca 2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych⁴³ 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 dentystry dotyczącym uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry 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.

Ponadto zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że mając na uwadze zawieszenie prac nad uruchomieniem nowej formy szkolenia podyplomowego, jaką byłyby umiejętności, rozważana jest zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie usunięcia delegacji, zawartej w art. 17 ust. 13 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zobowiązującej Ministra Zdrowia do szczegółowego uregulowania przedmiotowej kwestii.

(dowód: akta kontroli str. 687-688, 702-703, 2305-2306, 3876-4104)

⁴⁰ Dz.U. Nr 78 poz. 483 ze zm.

⁴¹ Dz.U. Nr 100 poz. 908.

⁴² Przepis artykułu 17 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza obowiązywał od dnia 1 stycznia 2007 r.

⁴³ Przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem 26 lipca 2007 r., uchylone zostały z dniem 23 kwietnia 2008 r.

Wprowadzenie umiejętności jako określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych obejmujących część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będących umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego było uzasadniane koniecznością zapewnienia odpowiednio wykształconych kadr lekarskich w sytuacji braku wystarczającej liczby specjalistów.

1.2. Minister Zdrowia nie wydał również aktu wykonawczego, do którego zobowiązywał go art. 74 ust. 1 pkt 4) ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa stanowiący, że Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia: (...) wysokość opłaty za egzamin państwowy, o której mowa w art. 67 ust. 7.⁴⁴ Przepisy ustawy wprowadzającej powyższą delegację obowiązują od dnia 1 stycznia 2012 r.

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła, że zgodnie z art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2015 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa przepisy wykonawcze wydane m.in. na podstawie art. 10s ust. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa⁴⁵ zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie m.in. art. 74. W świetle powyższego aktualnie obowiązującym aktem prawnym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2003 r. w sprawie wysokości opłaty wnoszonej przez pielęgniarkę, położną za egzamin państwowy⁴⁶. Niezależnie od powyższego w chwili obecnej w Departamencie Pielęgniarek i Położnych trwają prace nad wydaniem nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, gdzie zgodnie z delegacją ustawową minister właściwy do spraw zdrowia określi m.in. wysokość opłaty za egzamin państwowy. Aktualnie projektowane rozporządzenie zostało przekazane do Departamentu Prawnego celem zaopiniowania i skierowania go pod obrady Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Następnie projekt zostanie poddany uzgodnieniom publicznym oraz międzyresortowym.

(dowód: akta kontroli str. 44-45)

1.3. Ponadto, Minister Zdrowia nie wydał aktu wykonawczego, do którego zobowiązywał go art. 4 ust. 4 ustawy z 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów⁴⁷, który stanowi, że „Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Psychologów, określi, w drodze rozporządzenia, standardy 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 (WHO).” Przepisy ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów weszły w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego wyjaśniła, że powyższy akt wykonawczy nie został wydany, gdyż w przepisie upoważniającym do jego wydania jako podmiot współuczestniczący w jego wydaniu poprzez wyrażenie opinii o projekcie rozporządzenia jest wskazana Krajowa Rada Psychologów, która nie funkcjonuje⁴⁸. Oznacza to brak możliwości zasięgnięcia opinii, co w świetle § 74 pkt

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 197, poz. 1923), wydane na podstawie art. 10 u ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa nie określa takich opłat.

⁴⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, ze zm.

⁴⁶ Dz. U. Nr. 189 poz. 1863.

⁴⁷ Dz. U. Nr 73, poz. 763 ze zm.

⁴⁸ Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów Krajową Radę Psychologów stanowią przewodniczący i członkowie wybrani przez Krajowy Zjazd Psychologów oraz członkowie wybrani bezpośrednio przez zjazdy regionalne, po jednym z każdej izby.

5 Zasad techniki prawodawczej, powoduje, że akt ten nie może dojść do skutku. W związku z powyższym prace nad tym projektem nie są prowadzone.

Zastępca dyrektora wyjaśniła ponadto, że w procedowanym w Ministerstwie Zdrowia projekcie ustawy o uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia proponuje się nowelizację ustawy, uwzględniającą uchylenie ww. upoważnienia z uwagi na jego niewykonalność.

(dowód: akta kontroli str. 2020-2022)

Wspomniane rozporządzenie miało dotyczyć postępowania w przypadku m.in. zaburzeń nerwicowych, zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi, zaburzeń osobowości, uzależnień, zaburzeń rozwoju, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń afektywnych oraz zaburzeń psychotycznych, chorób somatycznych. Brak standardów postępowania psychoterapeutycznego oznacza trudności w określeniu obowiązków zawodowych psychoterapeuty i obowiązujących go reguł ostrożności postępowania, a także niemożność obiektywnego przypisania skutku jego działaniom i zaniechaniom.

1.4. Delegacja do wydania rozporządzenia dotyczącego standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna obowiązuje od dnia 1 października 2014 r.⁴⁹ i w tym dniu ww. rozporządzenie powinno wejść w życie. Do czasu zakończenia kontroli rozporządzenie takie nie zostało wydane.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że pismem z 26 września 2014 r. projekt ww. standardów został przekazany przez Ministerstwo Zdrowia do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z prośbą o podjęcie prac nad przedmiotowym rozporządzeniem. Zastępca dyrektora podała ponadto, że w dniu 23 lipca 2015 r. do Ministerstwa Zdrowia została przekazana kopia uchwały Nr 41/2015 Prezydium Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lipca 2015 r. dotycząca projektu standardu kształcenia dla kierunku studiów analityka medyczna/ medycyna laboratoryjna, w której Prezydium zgłosiło zastrzeżenia do ww. standardu oraz że standard zostanie ponownie przeanalizowany pod kątem zgłoszonych uwag.

(dowód: akta kontroli str. 688-689, 704-707)

Zdaniem NIK powrót⁵⁰ do jednolitych standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna powinien sprzyjać 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.

⁴⁹ Przepis upoważniający do wydania przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego rozporządzenia określającego wspomniane standardy został dodany ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw, która obowiązuje od 1 października 2014 r. (art. 1 pkt 8 ww. ustawy).

⁵⁰ Jednolite standardy kształcenia zostały zniesione w 2011 r. w ramach reformy szkolnictwa wyższego. Przepisy rozporządzenia 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) – określające standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna, zostały uchylone przez art. 1 pkt 7 oraz art. 37 pkt 1 ustawy 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 o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 84, poz. 455).

2. Do dnia zakończenia kontroli nadal nie funkcjonował⁵¹ System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵². Do zadań SMK należeć miało:

- 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,
- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych,
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych.

Dane w systemie miały być przetwarzane od 1 sierpnia 2014 r.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że w dniu 15 września 2014 r. pomiędzy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia a Władzą Wdrażającą Programy Europejskie zostało podpisane 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. W dniu 31 października 2014 r. została podpisana umowa z firmą Hewlett-Packard Polska Sp. z o.o., w ramach której dostarczony zostanie SMK. Zastępca dyrektora podała ponadto, że rozpoczęcie wdrożenia produkcyjnego systemu zaplanowane jest od listopada 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 696-697)

3. Nie określono, dla poszczególnych grup zawodów medycznych, pożądanej liczby pracowników w przeliczeniu na populację ludności⁵³.

Ministerstwo Zdrowia zgłosiło swój udział w projekcie Joint Action on Health Workforce Planning⁵⁴, którego założeniem jest wsparcie organów właściwych w zakresie planowania kadr medycznych w UE w odniesieniu do: zdefiniowania minimalnego zestawu danych dotyczących kadr medycznych niezbędnych do planowania i prognozowania zapotrzebowania na kadry medyczne oraz gromadzenia danych dotyczących kadr medycznych w związku z planowaniem i prognozowaniem zapotrzebowania na kadry medyczne. Ww. projekt oficjalnie rozpoczął się 11 kwietnia 2013 r. w Brukseli i jest współfinansowany przez Komisję Europejską. Ministerstwo Zdrowia reprezentowane przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Departament Pielęgniarek i Położnych uczestniczy w ww. projekcie jako Associated Partner w ramach dwóch z siedmiu grup roboczych: WP4 (Work Package 4 - dane niezbędne do planowania kadr medycznych na poziomie krajowym oraz Unii Europejskiej) i WP5 (Work Package 5 - opracowanie modelu planowania kadr medycznych na podstawie wymiany praktyk państw członkowskich w tym zakresie). Prace w ramach projektu mają się zakończyć w I połowie 2016 r.⁵⁵

⁵¹ Brak Systemu stwierdzono w trakcie kontroli P/14/062 Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Wśród przyczyn opóźnienia rozpoczęcia funkcjonowania Systemu były: jego złożoność, konieczność zaangażowania dużej liczby interesariuszy, dostosowanie funkcjonalności do wymagań użytkowników systemu.

⁵² Dz. U. z 2015 r. poz. 636 ze zm.

⁵³ 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.

⁵⁴ Projekt rozpoczęto 11 kwietnia 2013 r. i trwać będzie 3 lata.

⁵⁵ Wyniki będą dostępne na stronie internetowej projektu (<http://euhwforce.weebly.com>) - obecnie dostępne są jedynie informacje o tym, co będzie zawarte w treści przygotowywanych dokumentów: raport na temat analizy

Zdaniem NIK warunkiem podstawowym dla zabezpieczenia odpowiedniej liczby specjalistów jest rzetelne określenie istniejących w tym zakresie potrzeb.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵⁶ 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:

Dziedzina	Czas trwania praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów kierunku lekarskiego i na V roku studiów kierunku lekarsko-dentystycznego ⁵⁷	Czas trwania częściowego stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty ⁵⁸
KIERUNEK LEKARSKI I LEKARZE		
Choroby wewnętrzne	8 tygodni	11 tygodni
Pediatrica	4 tygodnie	8 tygodni
Chirurgia	4 tygodnie	8 tygodni
Ginekologia i położnictwo	2 tygodnie	7 tygodni
Psychiatria	2 tygodnie	4 tygodnie
Medycyna ratunkowa	2 tygodnie	3 tygodnie
Medycyna rodzinna	2 tygodnie	6 tygodni
KIERUNEK LEKARSKO-DENTYSTYCZNY I LEKARZE DENTYŚCI		
Stomatologia zachowawcza	145 godzin (4,8 tygodnia)	10 tygodni
Protetyka	145 godzin (4,8 tygodnia)	8 tygodni
Chirurgia stomatologiczna	115 godzin (3,8 tygodnia)	8 tygodni
Stomatologia dziecięca	90 godzin (3 tygodnie)	10 tygodni
Choroby przyzębia i błony śluzowej	95 godzin (3,2 tygodnia)	-

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 kwalifikacyjnych metodach stosowanych przy planowaniu zapotrzebowania na kadrę medyczną; poradnik dotyczący metodologii planowania zapotrzebowania na kadrę medyczną.

⁵⁶ Dz. U. Nr 113, poz. 658.

⁵⁷ 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).

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474).

Chirurgia szczękowo-twarzowa	60 godzin (2 tygodnie)	-
Ortodoncja	95 godzin (3,2 tygodnia)	5 tygodni
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

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że zgodnie z nowymi przepisami nacisk na praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodów lekarza i lekarza-dentysty położony zostanie już 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., natomiast dla zawodu lekarza dentysty z dniem 1 października 2016 r. Absolwenci studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, rozpoczętych w roku akademickim 2012/2013 lub w latach kolejnych nie będą objęci obowiązkiem odbycia stażu podyplomowego, gdyż zrealizują praktyczne nauczanie już w ramach studiów.

Składająca wyjaśnienia dodała, że 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 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 miało skutkować zwiększoną dostępnością do świadczeń lekarskich i lekarsko-dentystycznych na poziomie danego regionu.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego dodała również, że celem praktycznego nauczania jest poszerzenie wiedzy i nabycie umiejętności i kompetencji zawartych w standardach kształcenia. W ramach praktycznego nauczania studenci powinni osiągnąć efekty kształcenia obejmujące umiejętności, które student wykonuje w pełni samodzielnie oraz umiejętności, przy których potrafi asystować, których szczegółowy wykaz znajduje się w załączniku Nr 1 i Nr 2 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa⁵⁹. Nowe standardy kształcenia oraz ramowy program zajęć praktycznych, określone przepisami ww. rozporządzeń, napisane zostały językiem efektów kształcenia, wypełniając tym samym wymóg rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego⁶⁰.

(dowód: akta kontroli str. 691-695, 711-736, 3600-3602, 3661-3875, 4105-4217)

⁵⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 631.

⁶⁰ Dz. U. Nr 253, poz. 1520.

NIK zauważa, że w toku uzgodnień społecznych projekt ustawy dotyczący likwidacji stażu podyplomowego, został negatywnie oceniony m.in. przez: Naczelną Radę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie - Federację Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Zawodowy Anestezjologów, część konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, rektorów, prorektorów lub senaty Gdańskiego, Łódzkiego, Śląskiego i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz przedstawicieli innych uczelni, przedstawicieli instytutów badawczych, Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich, Parlament Studentów RP, Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych, część przedstawicieli wojewódzkich centrów zdrowia publicznego lub wojewodów, jak również niektórych towarzystw medycznych.

NIK zwraca również uwagę, że odbywający staż lekarz posiadał ograniczone prawo wykonywania zawodu, student takiego prawa nie posiada.

Odnosnie do sytuacji prawnej studentów szóstego roku kierunku lekarskiego (i piątego kierunku lekarsko-dentystycznego), zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że zgodnie z art. 5 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁶¹ praktyczne nauczanie jest odbywane w podmiotach leczniczych, które zawarły w tym zakresie umowy z uczelniami medycznymi. Umowa ta określa także zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez udostępniającego. Ponadto na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶² 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 na kierunkach medycznych, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia.

NIK nie może w pełni podzielić tej argumentacji, gdyż nieposiadanie przez studentów ograniczonego prawa do wykonywania zawodu oznacza, że studenci ci, w ramach odbywanych praktyk zawodowych, nie będą mogli samodzielnie stosować metod diagnostycznych i leczniczych⁶³. Ponadto, sytuacja gdy w jednym szpitalu klinicznym odbywać będzie praktykę jednocześnie znaczna liczba studentów może wpływać na jakość przygotowania do samodzielnego udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 691-695, 711-736, 3600-3602, 3661-3875, 4105-4217)

2. Zgodnie z obowiązującymi przepisami absolwenci uczelni medycznych, którzy rozpoczęli kształcenie przed rokiem akademickim 2012/2013, a którzy nie rozpoczęli stażu podyplomowego najpóźniej: lekarze z dniem 1 października 2017 r. i lekarze dentyści z dniem 1 października 2016 r., będą zwolnieni z obowiązku jego odbycia na podstawie wyłączenia zawartego w art. 4 ust. 2 pkt. 2 zd. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁶⁴ 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

⁶¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 464.

⁶² Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁶³ Tak jak to się obecnie dzieje na stażu na zlecenie opiekuna.

⁶⁴ Dz. U. z 2011 r., Nr. 113 poz. 658.

albo 9 ww. ustawy, tj. decyzji uznającej staż podyplomowy odbyty za granicą lub w innym państwie Unii Europejskiej.

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że intencją wprowadzenia takiej regulacji 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. 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.

Ponadto dyrektor wyjaśniła, że w trakcie prac nad przygotowaniem projektu założeń do projektu ustawy, a następnie projektu ustawy były przeprowadzane konsultacje, w czasie których nie zgłoszono zastrzeżeń w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 694-695, 3613)

Zdaniem NIK możliwość dopuszczenia do wykonywania zawodu lekarza osób bez żadnego przygotowania praktycznego stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, którzy trafią pod opiekę takiego lekarza.

3. Na podstawie art. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej⁶⁵, 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.

NIK zwraca uwagę, że wprowadzone przepisy dotyczące możliwości zmiany dziedziny specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury objęły również lekarzy będących w trakcie specjalizacji, ponieważ nie przewidziano okresu przejściowego dla powyższych przepisów. Nie prowadzono również konsultacji z zainteresowanymi środowiskami, poza zebraniem informacji od wojewodów.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że 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, jednakże 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. Zdaniem zastępcy dyrektora, zmiana ustawy

⁶⁵ Dz.U. poz. 1877 (wygaśnięcie z dniem 31 grudnia 2015 r.)

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.

Zdaniem kierownictwa Departamentu zmiana brzmienia przepisów miała na celu ograniczenie nadużyć, ograniczenie strat finansowych z tym związanych oraz umożliwienie efektywniejszego wydatkowania środków z budżetu państwa.

Z analizy danych nadesłanych przez wojewodów na prośbę Ministra Zdrowia wynika, że spośród osób skierowanych do odbycia specjalizacji po naborach przeprowadzonych w okresie marzec 2011 – marzec 2014 z rezydentury w czasie jej trwania zrezygnowało około 5,2% osób⁶⁶, w tym 47,6% w ciągu pierwszego półrocza, 22,8% w ciągu II półrocza trwania rezydentury i 22,8% w ciągu kolejnych lat trwania rezydentury.

(dowód: akta kontroli str. 695-696, 737-739, 2321, 2463-2734, 3411)

NIK nie kwestionuje potrzeby zmian w ww. zakresie. Zastrzeżenia budzi natomiast tryb wprowadzenia zmian w życie oraz objęcie nimi osób, które decyzję o dziedzinie odbywanej specjalizacji podjęły w okresie obowiązywania innych regulacji prawnych.

4. 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.

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że przepisy prawa nie dookreślają terminu wejścia w życie rozporządzenia w sprawie limitów przyjęć. Prace nad przedmiotowym aktem prawnym podejmowane są bez zbędnej zwłoki. 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. W związku z powyższym miały miejsce sytuacje, w których przedmiotowy akt prawny wszedł w życie w trakcie procesu rekrutacji ale przed rozpoczęciem roku akademickiego.

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 powszechnie znane w okresie poprzedzającym rekrutację⁶⁷.

(dowód: akta kontroli str. 784)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia⁶⁸, że działania Ministra Zdrowia w zbadanym zakresie były niewystarczające. Nie stworzono instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów. Ponadto, Minister Zdrowia nie wydał aktów wykonawczych istotnych z punktu widzenia jakości kształcenia kadr medycznych.

⁶⁶ Dane z wyjątkiem województw: łódzkiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego.

⁶⁷ Por. „Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza”. Warszawa, luty 2006 r.

⁶⁸ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny częściowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

2. Działania podejmowane w celu zahamowania emigracji wykształconych w kraju fachowych kadr medycznych

Opis stanu faktycznego

1. 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.).⁶⁹ 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 zawartych na stronie internetowej NIL wynika, że takich zaświadczeń wydano ogółem: 10.056 lekarzom (stan na dzień 1 czerwca 2015 r.) oraz 2.826 lekarzom dentystom (stan na dzień 6 maja 2015 r.). Z uwagi na fakt, iż takie zaświadczenie jest ważne tylko trzy miesiące, niektórzy lekarze występują o nie kilkakrotnie.

Odnosząc się do działań Ministra podejmowanych w celu zmniejszenia migracji personelu medycznego, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzi się na bieżąco analizę skali migracji lekarzy i lekarzy dentystów, jak również podejmowane są działania mające na celu zapobieżenie rozszerzania się skali migracji wykwalifikowanej kadry medycznej. Jednym z działań podejmowanych w Ministerstwie Zdrowia w tym zakresie są zmiany w systemie kształcenia.

Zdaniem 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 (SMK), spowodować ma m.in. uszczelnienie tego systemu poprzez zwiększenie przejrzystości stosowanych procedur, przepływu informacji oraz obrotu dokumentacji.

Minister Zdrowia uważa, że wśród innych działań, które mają wpłynąć pozytywnie na zachęcenie kadr medycznych do pozostania w Polsce, można wymienić starania Ministerstwa Zdrowia o pozyskanie środków z funduszy unijnych, które wspomagają kształcenie podyplomowe kadr medycznych. Do takich działań można zaliczyć fakt zgłoszenia przez Ministerstwo Zdrowia zapotrzebowania na wsparcie kształcenia

⁶⁹ Według danych CEM w ww. okresie Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarski Egzamin Końcowy zdawało 48.097 lekarzy stażystów.

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 z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry 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.

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.

(dowód: akta kontroli str. 1409-1417, 1637-1639, 2008-2009)

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

2. Również Minister Pracy i Polityki Społecznej stoi na stanowisku⁷⁰, 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. Decyzje migracyjne podejmowane są na poziomie indywidualnym i uwzględniają czynniki takie jak m.in. sytuacja na rynku pracy, sytuacja rodzinna, poziom wynagrodzeń czy perspektywy rozwoju kariery zawodowej. Podstawowe znaczenie dla zmniejszenia odpływu za granicę mają w związku z tym ogólne działania wspierające rozwój społeczno-ekonomiczny, w tym nakierowane na poprawę sytuacji na rynku pracy.

Członkostwo w UE zobowiązuje nas do pełnego respektowania zasad swobody przepływu osób (pracowników), co przejawia się w pełnej transparentności ofert pracy obsługiwanych przez Publiczne Służby Zatrudnienia i zakazie jakiegokolwiek

⁷⁰ 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.

dyskryminacji. Jakiegokolwiek aktywne rekrutacje w sektorze medycznym poprzedzone są analizą rejestru bezrobotnych. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z zasadą swobody przepływu pracowników wszystkie oferty pracy dostępne w UE, także z sektora medycznego, publikowane są na ogólnodostępnej stronie internetowej EURES Komisji Europejskiej.

(dowód: akta kontroli str. 2008-2009)

3. W kwietniu 2015 r. Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego zwrócił się do wszystkich nadzorowanych uczelni medycznych z wnioskiem o przekazanie danych o wysokości średnich rocznych kosztów kształcenia w przeliczeniu na jednego studenta na wszystkich kierunkach studiów prowadzonych przez te uczelnie w trybie stacjonarnym. W wyniku analizy zgromadzonych danych ze wszystkich dwunastu nadzorowanych uczelni medycznych ustalono, że roczna średnia ważona kosztów kształcenia m.in. na kierunku lekarskim wynosi 35.948 zł, zaś na kierunku lekarsko-dentystycznym 43.323 zł. Na kierunku farmacja średnia ważona rocznych kosztów kształcenia w przeliczeniu na jednego studenta wynosi 25.564 zł, na kierunku pielęgniarstwo (studia 3-letnie) 18.471 zł, a na położnictwie (studia 3-letnie) 20.202 zł.

(dowód: akta kontroli str.1417)

4. Zjawisko emigracji pielęgniarek i położnych może zostać oszacowane na podstawie danych takich jak liczba zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe wydanych przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych lub liczba decyzji w sprawie uznania kwalifikacji pielęgniarek i położnych sprawozdawana przez właściwe organy państw członkowskich Unii Europejskiej. Jednakże należy zaznaczyć, że dane te nie obrazują stanu faktycznego, czyli liczby osób, które w rzeczywistości podjęły pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Liczba wydanych zaświadczeń wskazuje jedynie ile pielęgniarek i położnych miało zamiar wystąpić o uznanie kwalifikacji za granicą. Zdarza się, że jedna osoba występuje o takie zaświadczenie kilka razy, ponieważ zaświadczenia te są ważne jedynie przez trzy miesiące od daty ich wydania. W okresie od maja 2004 roku do 31 grudnia 2014 r. ogółem wydano 18.024 zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w UE dla pielęgniarek i położnych, co stanowi 8,21% zatrudnionych (w tym 7,52% pielęgniarek i 5,91% położnych).

W perspektywie finansowej 2014-2020 w Ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego Ministerstwo Zdrowia zaplanowało realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych, w tym m.in. realizację dwóch typów programów rozwojowych dla uczelni uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Pierwszy typ programów rozwojowych ukierunkowany jest na zwiększenie liczby absolwentów w celu zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Będzie on służył m.in. poprawie programów praktyk i staży oraz wzmocnieniu współpracy pomiędzy uczelniami kształcącymi na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo a podmiotami leczniczymi oraz wzmocnieniu atrakcyjności kierunków pielęgniarstwo i położnictwo m.in. poprzez rozwój systemu stypendialnego. Drugi typ programów rozwojowych przewidzianych do realizacji to programy rozwojowe dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia pielęgniarek i położnych, obejmujące tworzenie centrów symulacji medycznej oraz rozwój systemu praktycznego nauczania klinicznego i egzaminowania studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo.

Powyższe działania będą wspierane finansowo ze środków unijnych i realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój. Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia będzie realizowało projekt analityczny, komplementarny do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, w ramach którego wypracowane zostaną rozwiązania mające na celu poprawę warunków zatrudnienia kadry pielęgniarskiej w polskim systemie ochrony zdrowia oraz mechanizmy mające na celu zapewnienie zatrudnienia absolwentom kierunków pielęgniarstwo i położnictwo m.in. poprzez:

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc pracy i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych oraz poprawy sposobu stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych,
- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji i zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie na poziomie poszczególnych województw i krajowym oraz coroczną ocenę wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych na podstawie danych krajowych i UE,
- wsparcie pielęgniarek i położnych w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej - Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa,
- analizowanie sytuacji na rynku usług pielęgniarskich i położniczych - ex ante oraz na zakończenie realizacji projektu - ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form prawnych zatrudnienia oraz migracji i mobilności pielęgniarek i położnych.

W Ministerstwie Zdrowia nie były rozważane żadne formy ograniczenia możliwości wyjazdu z Polski pielęgniarek i położnych. Zdaniem Ministra, ewentualnym sposobem na zatrzymanie kadr pielęgniarskich i położniczych w Polsce może być m.in. poprawa warunków pracy, w tym wynagrodzeń, uatrakcyjnienie, poprawa wizerunku i podniesienie prestiżu ww. zawodów. Swoboda przepływu osób, czyli jedna z fundamentalnych swobód Unii Europejskiej, zapewnia obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej podejmowanie zatrudnienia w dowolnym państwie na terytorium UE.

(dowód: akta kontroli str. 48-52)

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 Pracy⁷¹, 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”⁷².

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK, brak mechanizmów pozwalających na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego utrudnia podejmowanie skutecznych działań ograniczających to zjawisko.

⁷¹ W roku 2015 rezydentura jest finansowana przez Ministra Zdrowia ze środków budżetu państwa oraz ze środków Funduszu Pracy.

⁷² Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej”, Warszawa, sierpień 2015 r.

3. Finansowanie kształcenia kadr medycznych oraz nadzór nad uczelniami medycznymi i kształceniem

Opis stanu faktycznego

1. W badanym okresie Minister Zdrowia przekazał dotacje dla uczelni:
 - 1) publicznych na zadania związane z kształceniem studentów studiów stacjonarnych, kształceniem uczestników 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.,
 - 2) 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.,
 - 3) 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.,
 - 4) 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. zł⁷³.

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:

- 1) 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),
- 2) 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.,
- 3) 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),
- 4) 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).

(dowód: akta kontroli str. 2085-2093, 3609-3611)

2. Część uczelni medycznych w Polsce posiada pracownie symulacyjne, jednak o bardzo zróżnicowanym stopniu zaawansowania stosowanych symulacji medycznych (od prostych trenażerów do ćwiczenia określonych czynności manualnych po wysokozaawansowane technologiczne symulatory pacjenta). Istniejące pracownie zostały przygotowane, wyremontowane i/lub wyposażone najczęściej ze środków własnych uczelni lub ze środków pochodzących z EFRR

⁷³ Dotacja przekazywana jest w jednej kwocie i rozliczana po zakończeniu roku.

(Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego), rozdysponowanych w ubiegłej perspektywie finansowej 2007-2013.

W latach 2012 i 2013 uczelnie medyczne składały do Ministerstwa Zdrowia wnioski 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):

- 1) opracowanie projektu budowlanego budynku dydaktycznego Centrum Symulacji Medycznych wraz z załącznikami 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),
- 2) opracowanie dokumentacji projektowej na realizację zadania pn. Budowa Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zlokalizowanego w Zabrze-Rokitnicy przy ul. Jordana 38, w wysokości 348,0 tys. zł, z tego 90,6 tys. zł w 2013 r. (wartość kosztorysowa inwestycji 355,5 tys. zł),
- 3) Zintegrowane Interdyscyplinarne Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w wysokości 701,3 tys. zł (wartość kosztorysowa inwestycji 1.029,0 tys. zł),
- 4) Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wysokości 232,0 tys. zł (wartość kosztorysowa inwestycji 404,0 tys. zł),
- 5) 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),
- 6) 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),
- 7) 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).

Stan wyposażenia wszystkich uczelni w zakresie symulacji medycznych został oceniony w raporcie wykonanym w 2015 r. na zlecenie Departamentu Funduszy Europejskich pt. Audyt oceniający Centra Symulacji Medycznych. Autorzy raportu ocenili potrzeby uczelni w zakresie wartości wyposażenia dydaktycznego na 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 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 będzie przebiegał dwuetapowo: w etapie pierwszym uczelnie złożyły fiszki projektowe - w terminie od 1 do 8 września 2015 r. wpłynęły fiszki od 12 uczelni, 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.

(dowód: akta kontroli str. 1417-1418, 2094-2296, 3416-3589, 4214)

3. Na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym uprawnienia ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego w zakresie nadzoru nad uczelniami medycznymi sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.⁷⁴ W ramach nadzoru Minister Zdrowia może m.in. przeprowadzać kontrole działalności uczelni. Przedmiotem tych kontroli może być również badanie warunków realizacji procesu dydaktycznego.

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 uchwały⁷⁵.

(dowód: akta kontroli str. 1418-1420, 1977-2002, 3599-3600)

⁷⁴ Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego sprawuje nadzór nad zgodnością działań uczelni z przepisami prawa i statutem oraz z treścią udzielonego pozwolenia na utworzenie uczelni niepublicznej, a także nad prawidłowością wydatkowania środków publicznych w odniesieniu do uczelni niemedycznych (prywatnych i publicznych), w których strukturze organizacyjnej funkcjonują wydziały kształcące na kierunkach lekarskim i/lub lekarsko-dentystycznym, zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym

⁷⁵ Uwagi Ministra Zdrowia dotyczyły m.in.: doprecyzowania sformułowań, zgodnie z brzmieniem obowiązujących przepisów, w uchwałach dotyczących wprowadzenia regulaminu studiów (dotychczasowe regulaminy studiów tracą moc z końcem roku akademickiego 2014/2015), braku poszczególnych elementów, o których mowa w § 1 pkt 1, 4, 6, 8-14, 17-18, 21 oraz § 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 r. w sprawie warunków jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach (Dz. U. poz. 1302), ograniczenia możliwości przystąpienia do rekrutacji na studia II stopnia na kierunku logopedia ogólna i kliniczna jedynie do absolwentów studiów I stopnia na kierunku logopedia ogólna i kliniczna oraz kierunku audyofonologia z protetyką słuchu oraz audyofonologia z dwóch uczelni, braku w statucie uczelni informacji, że Senat uczelni ustala w drodze uchwały warunki, tryb oraz termin rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji, w tym prowadzonej w drodze elektronicznej dla poszczególnych kierunków studiów, zgodnie z art. 169 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, braku w statucie informacji, że wymierzenie przez Rektora studentowi kary upomnienia za przewinienia mniejszej wagi, z pominięciem komisji dyscyplinarnej bądź sądu koleżeńskiego może nastąpić po uprzednim wysłuchaniu obwinionego lub jego obrońcy, zgodnie z art. 214 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, w uchwale w sprawie warunków i trybu rekrutacji na stacjonarne studia doktoranckie braku wskazania, że kandydatem na studia doktoranckie może być osoba będąca beneficjentem programu „Diamantowy Grant”, zgodnie z art. 196 ust 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym.

Sprawozdania z działalności uczelni medycznych były składane terminowo, zgodnie z art. 34a ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym⁷⁶, za określony rok akademicki w ramach prowadzonego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Zintegrowanego Systemu Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym „POL-on”.

Sprawozdania rzeczowo-finansowe uczelni medycznych za lata budżetowe 2012 - 2014 były przedstawiane terminowo przez uczelnie medyczne w formie dokumentów elektronicznych w ramach bazy POL-on.

(dowód: akta kontroli str. 1418-1419, 1640-1976)

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

(dowód: akta kontroli str. 1420)

Minister Zdrowia nie wnioskował do Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA) o przeprowadzenie kontroli w uczelniach medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 2319)

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

- 1) 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 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),
- 2) 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 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),
- 3) 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 niezakończony).

(dowód: akta kontroli str. 2023-2084, 2442-2448)

4. Szkolenie specjalizacyjne lekarzy jest prowadzone pod kierunkiem kierowników specjalizacji oraz nadzorowane przez Ministra Zdrowia, zgodnie z art. 19h-j ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁷⁷. Nadzorowi podlega w szczególności: zgodność realizacji zajęć z programem specjalizacji, prawidłowość

⁷⁶ Dz. U. z 2012 r. poz. 572, ze zm.

⁷⁷ Dz. U. z 2015 poz. 464.

prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego, zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia specjalizacyjnego. W ramach ww. nadzoru dyrektor CMKP przeprowadza kontrolę i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego.

Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego przez Ministra Zdrowia, był realizowany w następujący sposób:

- w przypadkach, w których do Ministerstwa Zdrowia została przekazana informacja (również anonimowa) o wystąpieniu nieprawidłowości w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego w danej jednostce organizacyjnej, Minister Zdrowia zlecał dyrektorowi Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) przeprowadzenie kontroli realizacji szkolenia specjalizacyjnego w tej jednostce,
- kontrola realizacji szkolenia specjalizacyjnego była prowadzona przez zespół kontrolny powoływany przez dyrektora CMKP, a z czynności kontrolnych był sporządzany protokół,
- dyrektor CMKP przekazywał kierownikowi jednostki szkolącej zalecenia pokontrolne dotyczące nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli i zobowiązywał go do usunięcia tych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 2319-2321, 2449-2462)

5. W latach 2013 – 2015 Polska Komisja Akredytacyjna na podstawie art. 49 ust.1 pkt 1-3 i ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym⁷⁸ przedłożyła opinie dotyczące nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim na poziomie jednolitych studiów magisterskich ośmiu uczelniom wyższym niemedycznym:

1. 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 PKA⁷⁹),
2. 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 PKA⁸⁰),
3. 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 PKA⁸¹),
4. 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),
5. 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

⁷⁸ Dz. U. z 2012 r. poz. 572, ze zm.

⁷⁹ Uprzednio uchwała nr 390/2014 Prezydium PKA z 26 czerwca 2014 r. – opinia negatywna.

⁸⁰ Uprzednio uchwała nr 223/2014 Prezydium PKA z 8 maja 2014 r. – opinia negatywna.

⁸¹ Uprzednio uchwała nr 655/2014 Prezydium PKA z 18 września 2014 r. – opinia negatywna.

2015 r. Minister Nauki i Szkolnictwa wyższego umorzył postępowanie w tej sprawie⁸²),

6. 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 PKA⁸³),
7. 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 PKA⁸⁴),
8. 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).

Z wyżej wymienionych uczelni wyższych niemedycznych, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nadał trzem uczelniom uprawnienia do prowadzenia jednolitych studiów magisterskich o profilu praktycznym na kierunku lekarskim, zgodnie z opisem efektów kształcenia dla tego kierunku studiów, poziomu i profilu kształcenia, określonym w standardach kształcenia dla kierunku lekarskiego i przyjętych przez senaty odpowiednich uczelni:

- decyzja z 10 lipca 2014 r. znak DKN.ZNU.6051.117.2013.5.AL dotycząca Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego,
- decyzja z 30 września 2014 r. znak DSW.ZNU.6051.16.2014.6.AL dotycząca Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach,
- decyzja z 19 maja 2015 r. znak DSW.ZNU.6051.120.2014.12.AL dotycząca Wydziału Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Podstawą ubiegania się o uzyskanie uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim przez Uniwersytet Rzeszowski i Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach był art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym⁸⁵ zgodnie, z którym podstawowa jednostka organizacyjna uczelni nieposiadająca uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego, spełniająca warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 1 i art. 9b lub art. 9c, może uzyskać uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku, o którym mowa w art. 9b, na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego, wydanej po zasięgnięciu opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i ministra nadzorującego uczelnię. Ministrem nadzorującym Uniwersytet Rzeszowski i Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach jest Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego. 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 określa art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu, wprowadzonym na mocy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw⁸⁶. Zgodnie z powyższą regulacją podstawowa jednostka organizacyjna

⁸² Znak: DSW.ZNU.6051.146.2014.6.PK

⁸³ Uprzednio uchwała nr 285/2015 Prezydium PKA z 23 kwietnia 2015 r. – opinia negatywna.

⁸⁴ Uprzednio uchwała nr 327/2015 Prezydium PKA z 7 maja 2015 r. – opinia negatywna.

⁸⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 572, ze zm.

⁸⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 1198.

uczelni nieposiadająca uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego w obszarze kształcenia w dziedzinie, do których jest przyporządkowany kierunek studiów, spełniająca warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 1 i 2 oraz art. 9b ww. ustawy, może uzyskać uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunku, o którym mowa w art. 9b ww. ustawy⁸⁷, na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego, wydanej po zasięgnięciu opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i właściwego ministra nadzorującego uczelnię, o którym mowa w art. 33 ust. 2 ustawy, oraz ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim, kierunku lekarsko-dentystycznym i kierunku farmacja.

Na podstawie znowelizowanych z dniem 1 października 2014 przepisów 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 dalszym ciągu podlegają procedowaniu.

(dowód: akta kontroli str. 2316-2319, 2354-2421, 3599-3600, 3604-3606)

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.”

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 punkt 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).

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że obowiązujące przepisy nie zawierają regulacji wykluczającej prowadzenie kształcenia na kierunku lekarskim przez uczelnię inną niż medyczna.

(dowód: akta kontroli str. 3590-3600)

⁸⁷ Tj. lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmacji, pielęgniarstwie i położnictwie.

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).

(dowód: akta kontroli str. 43, 47-48)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do podziału dotacji, który odbywał się na podstawie algorytmu, określonego w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 marca 2015 r. w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa dla uczelni publicznych i niepublicznych.

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁸⁸, wnosi o:

Wnioski pokontrolne

1. podjęcie skutecznych działań w celu wprowadzenia umiejętności, jako określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny,
2. 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,
3. 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,
4. sfinalizowanie prac nad określeniem standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna,
5. sfinalizowanie prac nad wprowadzeniem instrumentów umożliwiających skuteczne monitorowanie systemu kształcenia i określanie zapotrzebowania na specjalistów,
6. wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko dentystyczny przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez uczelnie medyczne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

⁸⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 16 listopada 2015 r.

Dyrektor

DYREKTOR
Departamentu Zdrowia
z up.

Jan Piotrkowski
Wicedyrektor