

# **NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**

---

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

## **Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza**

KPZ - 41008 - 2005

Nr ewid. 10/2006/P/05/090/KPZ

W a r s z a w a   l u t y   2 0 0 6   r .

---

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

---

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

---

**Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza**

---

Dyrektor Departamentu  
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnus

Zatwierdzam:

Piotr Kownacki  
Wiceprezes  
Najwyższej Izby Kontroli

---

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
00-950 Warszawa  
tel./fax: 0-prefiks-22-825 44 81  
[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>1.</b>	<b>Wprowadzenie .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Podsumowanie wyników kontroli .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Ogólna ocena kontrolowanej działalności	3
2.2.	Synteza wyników kontroli	3
2.3.	Uwagi końcowe i wnioski	8
<b>3.</b>	<b>Ważniejsze wyniki kontroli .....</b>	<b>11</b>
3.1.	Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	11
3.2.	Istotne ustalenia kontroli	17
3.2.1.	Przestrzeganie limitów przyjęć w uczelniach medycznych	17
3.2.2.	Przebieg procesu rekrutacyjnego	19
3.2.3.	Realizacja programu studiów	21
3.2.4.	Realizacja obowiązków służbowych przez nauczycieli akademickich	25
3.2.5.	Podział dotacji dla uczelni medycznych i nadzór nad ich wykorzystaniem	27
3.2.6.	Finansowanie zajęć klinicznych w ramach szkolenia studentów	28
3.2.7.	Dystrybucja środków ze scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych	30
3.2.8.	Oganizacja i przebieg Państwowego Egzaminu Lekarskiego	31
3.2.9.	Emigracja lekarzy	33
<b>4.</b>	<b>Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....</b>	<b>34</b>
4.1.	Przygotowanie kontroli	34
4.2.	Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	35
<b>5.</b>	<b>Załączniki.....</b>	<b>37</b>

## 1. Wprowadzenie

Tematem kontroli numer P/05/090 było „Funkcjonowanie systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza”.

Kontrola miała na celu ocenę organizacji działalności dydaktycznej uczelni medycznych w zakresie kształcenia lekarzy oraz nadzoru nad wykorzystaniem przeznaczonych na nią środków dotacji budżetowych. Skontrolowano również przygotowanie i przebieg Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Najwyższa Izba Kontroli, prowadząc od lat kontrole ochrony zdrowia, nie badała kompleksowo funkcjonowania systemu kształcenia studentów w uczelniach medycznych. Dotychczasowe kontrole dotyczyły jedynie wybranych zagadnień, związanych z działalnością tych uczelni.<sup>1</sup> Dostrzegając jednak istotne znaczenie właściwego przygotowania zawodowego lekarzy oraz z uwagi na znaczne środki publiczne przeznaczone na ten cel, Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy, podjęła kontrolę w tym zakresie.<sup>2</sup>

Tematyka kontroli, obejmująca lata 2002 - 2005 (I półrocze), dotyczyła m.in.:

- ustalania przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym,
- realizacji działalności dydaktycznej na tych kierunkach studiów,
- planowania i podziału środków na finansowanie działalności dydaktycznej uczelni medycznych,
- organizacji Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Postępowanie kontrolne przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, w okresie od 14 kwietnia do 25 października

---

<sup>1</sup> W 2001 r. w trakcie kontroli „Funkcjonowanie szpitali klinicznych w warunkach reformy systemu ochrony zdrowia” zbadano procedurę udostępniania akademiom medycznym przez szpitale kliniczne pomieszczeń na działalność dydaktyczną oraz nadzór nad pracownikami dydaktycznymi akademii zatrudnionymi jednocześnie w szpitalach klinicznych.

W 1996 r. w trakcie kontroli „Organizacja i finansowanie działalności dydaktycznej państwowych szkół wyższych” zbadano działalność dydaktyczną 4 akademii medycznych.

<sup>2</sup> W tematyce kontroli uwzględniono również propozycję Marszałka Senatu RP, który zwrócił się do NIK o skontrolowanie Centrum Egzaminów Medycznych.

2005 r. Uczestniczyło w nim 8 delegatur NIK<sup>3</sup> oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Kontrolą objęto: Ministerstwo Zdrowia, 11 szkół wyższych, w których prowadzono studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym<sup>4</sup> oraz Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi.

---

<sup>3</sup> Delegatury NIK w Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie.

<sup>4</sup> Spośród zbadanych uczelni jedynie Akademia Medyczna w Bydgoszczy nie prowadziła kierunku lekarsko – dentystycznego.

## **2. Podsumowanie wyników kontroli**

### **2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności**

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia funkcjonowanie systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza, mimo stwierdzonych nieprawidłowości. Uczelnie medyczne, nadzorowane przez Ministra Zdrowia, realizowały statutowe zadania związane z procesem kształcenia studentów, a wprowadzenie Lekarskiego Egzaminu Państwowego umożliwiło weryfikację przygotowania absolwentów do samodzielnego wykonywania zawodu.

Kontrola ujawniła jednocześnie szereg nieprawidłowości w funkcjonowaniu wyższych szkół medycznych, które mogą prowadzić do obniżenia jakości kształcenia i skutkować pogorszeniem przygotowania zawodowego lekarzy. Dotyczyły one przebiegu rekrutacji na płatne studia wieczorowe, będące w swej istocie płatnymi studiami dziennymi, nierealizowania założonego pensum, ograniczenia praktycznych ćwiczeń klinicznych i kontaktu z pacjentem, nadmiernego zatrudniania pracowników w ramach godzin ponadwymiarowych i dodatkowych zleceń, oraz wieloletniego przedłużania zatrudnienia na stanowisku adiunkta osób nie posiadających habilitacji.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia finansowanie zakupów inwestycyjnych uczelni środkami pochodzącymi ze scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych, zarówno w zakresie przyjętych regulacji prawnych, jak i efektywności tej formy finansowania.

Negatywnie ocenia również funkcjonowanie audytu wewnętrznego oraz przypadki braku procedur kontroli finansowej, do wprowadzenia których zobowiązywały przepisy ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych<sup>5</sup>.

### **2.2. Synteza wyników kontroli**

**2.2.1** Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia przebieg rekrutacji na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym w ramach studiów dziennych. Kryterium decydującym

---

<sup>5</sup> (j.t. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

o przyjęciu na studia było uzyskanie określonej liczby punktów na egzaminie wstępnym w ramach ustalonych limitów. Przypadki ich przekroczenia występowały sporadycznie i miały ograniczoną skalę.<sup>6</sup>

Negatywnie ocenia natomiast nabór na studia wieczorowe. Uczelnie medyczne nie dostosowały bowiem rekrutacji na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym do limitów ustalonych przez Ministra Zdrowia.<sup>7</sup> Odstępstwa uzasadniano m.in. własną interpretacją przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne, która odbiegała od wersji przyjętej przez Ministerstwo Zdrowia. Należy jednak podkreślić, iż w przypadku 4 uczelni (36,4 % kontrolowanych) komisje rekrutacyjne naruszyły także zasady i kryteria przyjęć określone w uchwałach senatów tych jednostek<sup>8</sup>. Istotne było również późne ogłaszanie przez Ministra limitów przyjęć obowiązujących w danym roku akademickim.

Limity przyjęć na studia wieczorowe, w latach akademickich 2003/2004 oraz 2004/2005, zostały przekroczone odpowiednio o 47,4 % i 64,2 %. Na studia te przyjmowano osoby, które uzyskały słabe wyniki podczas egzaminu, niekiedy nawet 25 % poprawnych odpowiedzi, wobec ponad dwukrotnie wyższego progu obowiązującego na studiach dziennych, Kryteria naboru były także obniżane podczas postępowania rekrutacyjnego. W trakcie rekrutacji, w niektórych uczelniach, naruszano również regulacje prawne zawarte w ustawie z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym oraz stosowano uznaniowe, pozamerytoryczne kryteria oceny kandydatów w toku procedury odwoławczej, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

Ponadto w 4 uczelniach (36,4 %) wysokość czesnego na studiach wieczorowych ustalano w sposób niezgodny z postanowieniami § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni<sup>9</sup> zgodnie z którym podstawą ustalania odpłatności powinien być planowany koszt zajęć dydaktycznych.

---

<sup>6</sup> Minister Zdrowia, na podstawie delegacji zawartej w art. 4 ust. 3 a znowelizowanej ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65 poz. 385 ze zm.), ustalał w drodze rozporządzenia limity przyjęć na pierwszy rok studiów w uczelniach medycznych poczynając od roku akademickiego 2003/2004 (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne – Dz.U. Nr 99, poz. 917 ze zm.).

<sup>7</sup> Zjawisko nieprzestrzegania limitów wystąpiło mimo zwiększenia przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach 2003 – 2005 zarówno w odniesieniu do studiów dziennych, jak i wieczorowych.

<sup>8</sup> Zgodnie z art. 141 ustawy o szkolnictwie wyższym senaty poszczególnych uczelni określały w stosownych uchwałach warunki i tryb przyjęć na studia w danym roku akademickim.

<sup>9</sup> (Dz. U. Nr 84, poz. 380 ze zm).

Stwierdzono również przypadki niedokonywania kalkulacji planowanych kosztów rekrutacji i pobierania opłat rekrutacyjnych na dany rok akademicki w maksymalnej wysokości<sup>10</sup>. (str. 17-20)

Limitowanie dostępu wprowadzono także na innych kierunkach studiów medycznych, także tam, gdzie absolwentów nie obowiązywał staż podyplomowy i dalsze szkolenie specjalizacyjne. W ocenie NIK regulowanie przez Ministra Zdrowia dostępu do studiów było zasadne w odniesieniu do kierunku lekarskiego i lekarsko – dentystycznego, z uwagi na konieczność zapewnienia absolwentom tych kierunków odpowiedniej liczby miejsc stażowych i dalszej możliwości specjalizacji. Wielkości te są określone możliwościami budżetu państwa. Wprowadzenie limitów było także wskazane ze względu na jakość prowadzonego kształcenia (odpowiednia liczebność grup studenckich w trakcie ćwiczeń praktycznych z chorymi, ograniczona wielkość bazy kliniczno-dydaktycznej).

W wyjaśnieniach składanych w toku kontroli Ministerstwo Zdrowia nie wskazało racjonalnych przesłanek, które uzasadniałyby limitowanie przyjęć na wszystkie kierunki studiów medycznych (np. biotechnologia, kosmetologia).

**2.2.2.** We wszystkich skontrolowanych uczelniach podjęto działania w celu dostosowania programu studiów do standardów określonych przez Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w rozporządzeniu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych studiów i poziomów kształcenia<sup>11</sup>. (str. 21- 23)

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia natomiast niewystarczający udział zajęć praktycznych i kontaktu z chorym w toku studiów medycznych. Problem ten był również sygnalizowany zarówno przez Państwową Komisję Akredytacyjną, jak i samych studentów. Dalsze przekraczanie limitów dotyczących rekrutacji może spowodować pogłębienie tych niekorzystnych tendencji, z uwagi na fakt, iż ćwiczenia praktyczne, aby były efektywne, nie mogą się odbywać w zbyt licznych grupach. (str. 22-24)

**2.2.3.** Uczelnie wprowadziły na kierunku lekarskim tryb płatnych studiów w języku angielskim dla cudzoziemców, czego nie przewidywała ustawa z dnia 12 września

---

<sup>10</sup> Zgodnie z art. 141 ust. 6 ustawy o szkolnictwie wyższym osoby ubiegające się o przyjęcie na studia wnoszą opłatę ustaloną przez rektora uczelni. Wysokość opłaty nie może przewyższać planowanych kosztów związanych z przeprowadzeniem postępowania rekrutacyjnego. Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego określał w drodze rozporządzenia, na podstawie delegacji zawartej w ust. 7 wspomnianego artykułu, maksymalną wysokość tej opłaty.

<sup>11</sup> (Dz.U. nr 116, poz. 1004 ze zm.).

1990 r. o szkolnictwie wyższym<sup>12</sup> oraz wydane na jej podstawie przepisy wykonawcze. Pełne uregulowanie tej formy kształcenia nastąpiło w ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.<sup>13</sup> W ocenie NIK prowadzenie płatnych studiów w języku angielskim przynosiło uczelniom korzyści finansowe. Stwierdzono jednak przypadki opóźnień w egzekwowaniu należnych opłat, świadczące o niegospodarności. (str. 23-25)

**2.2.4.** W 6 uczelniach (54,5%) stwierdzono przypadki zatrudniania nauczycieli akademickich w godzinach ponadwymiarowych z przekroczeniem limitów określonych w art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym. W przypadku 4 spośród nich (36,4%) zjawisko to przybrało znaczne rozmiary. Prowadzenie zajęć w godzinach ponadwymiarowych, które powinny mieć miejsce w szczególnych przypadkach, uzasadnionych koniecznością realizacji programu nauczania, w niektórych jednostkach organizacyjnych uczelni stało się obowiązującą regułą - dochodziło nawet do 20-krotnego przekroczenia ustawowego limitu. Stwierdzono również przypadki wieloletniego przedłużania zatrudnienia na stanowisku adiunkta osób, które nie posiadały habilitacji. (str.25 -28)

**2.2.5.** Ministerstwo Zdrowia wprowadziło algorytm służący zobiektywizowaniu sposobu podziału dotacji dydaktycznych, przekazywanych państwowym uczelniom medycznym, w którym uwzględniono m.in. liczbę studentów poszczególnych kierunków studiów.

Kontrola wykazała przypadki rozbieżności między algorytmem zaakceptowanym przez Ministra Zdrowia, a wartościami uwzględnionymi w wyliczeniach kwot dotacji dla poszczególnych uczelni, sporządzonych przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa. W części przypadków odstępstwa te wynikały z niedoskonałości rozwiązań przyjętych w algorytmie, w innych zaś były efektem błędnego wyliczenia kwot dotacji, co oceniono jako działanie nierzetelne. W 8 uczelniach (72,7%) wystąpiły nieprawidłowości w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową dotyczące przede wszystkim nieustalenia procedur kontroli finansowej i nieprawidłowej realizacji zadań w zakresie audytu wewnętrznego (str. 27-29)

**2.2.6.** Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia ponad dwuletnie opóźnienie w wydaniu przez Radę Ministrów rozporządzenia określającego sposób i tryb podziału dotacji

---

<sup>12</sup> Ust. 1a ustawy o szkolnictwie wyższym dodany do art. 4 i przewidujący możliwość prowadzenia zajęć dydaktycznych w uczelni w języku obcym wszedł w życie dopiero 24 lutego 2005 r.

na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach szkolenia studentów,<sup>14</sup> które odbywało się w zakładach opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych z poszczególnymi uczelniami. Zwraca również uwagę, iż rektorzy niektórych uczelni medycznych, będących organami założycielskimi niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie podjęli działań dostosowawczych<sup>15</sup> w celu zmiany ich formy organizacyjnej określonych w art. 5 ustawy z dnia 19 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.<sup>16</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej nie przewiduje obecnie możliwości funkcjonowania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których organem założycielskim byłyby państwowe uczelnie medyczne. (str. 28 - 31)

**2.2.7.** Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia finansowanie zakupów inwestycyjnych uczelni środkami pochodzącymi ze scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych.<sup>17</sup> Instytucja „centralizowanych odpisów amortyzacyjnych” nie jest dostosowana, w ocenie NIK, do regulacji prawnych zawartych w ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych<sup>18</sup>, które nie przewidują gromadzenia i wydatkowania przez dysponentów budżetu państwa tego rodzaju środków. Ta forma finansowania nie ma również istotnego znaczenia dla poszczególnych uczelni. (str. 30-32)

**2.2.8.** Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia natomiast wprowadzenie Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Czteroletnie przesunięcie terminu wprowadzenia egzaminu skutkowało jednak nie tylko brakiem istotnego narzędzia weryfikującego jakość kształcenia, ale również miało skutki finansowe, związane z nakładami ponoszonymi na prace przygotowawcze, które nie zostały sfinalizowane. Kontrola postępowań

---

<sup>13</sup> Zgodnie z art. 99 ust. 1 pkt 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym uczelnia publiczna może pobierać opłaty za świadczone usługi edukacyjne związane z prowadzeniem studiów w języku obcym. Artykuł ten wejdzie w życie z dniem 1 października 2006 r.

<sup>14</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie sposobu i trybu podziału dotacji dla państwowych uczelni medycznych i państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach szkolenia studentów (Dz. U. Nr 47, poz. 445).

<sup>15</sup> Zmiany te miały zostać wprowadzone do dnia 21 kwietnia 2002 r. i miały polegać na dostosowaniu statutu i innych wewnętrznych aktów normatywnych do zmian wprowadzanych niniejszą ustawą, dokonania odpowiednich zmian w rejestrach, powołania rady społecznej zakładu.

<sup>16</sup> (dz. U. Nr 111, poz. 1193)

<sup>17</sup> Zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie gospodarki finansowej uczelni (Dz.U. Nr 84, poz. 380 ze zm.), odpisy amortyzacyjne, z wyjątkiem odpisów od środków trwałych zakładowej działalności socjalnej oraz użytkowanych w ramach wydzielonej działalności gospodarczej, podlegają centralizacji na rachunku właściwego Ministra

<sup>18</sup> (j.t. Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

egzaminacyjnych ujawniła uchybienia formalne. Jednocześnie NIK zwraca uwagę, iż w przyjętych regulacjach prawnych brak jest możliwości odwołania się od wyników egzaminu.(str. 31-34)

**2.2.9.** Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia podjęcie w Ministerstwie Zdrowia prac badawczych dotyczących zjawiska emigracji personelu medycznego, czego efektem było rozpatrzenie i przyjęcie informacji dotyczącej tego problemu przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 18 października 2005 r. (str. 33)

**2.2.10.** Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości finansowe stanowiły ogółem kwotę 10.236.670 zł,

w tym:

- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa 4.198.512 zł,
- kwoty uzyskane z naruszeniem prawa 3.284.900 zł,
- kwoty wydatkowane niegospodarnie, niecelowo, nierzetelnie 42.936 zł,
- kwoty odpowiadające nierzetelnym danym w ewidencji finansowo- księgowej lub sprawozdawczości 2.398.756 zł,
- pożytki finansowe w postaci należnych środków publicznych lub innych składników aktywów 311.566 zł.

## **2.3. Uwagi końcowe i wnioski**

Oprócz wniosków mających na celu usunięcie nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli i przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek, ustalenia kontroli uzasadniają również przedstawienie wniosków, mających charakter systemowy. Najwyższa Izba Kontroli kieruje je do Ministra Zdrowia (wnioski nr 1-3), Ministra Edukacji i Nauki (wniosek nr 4) oraz rektorów i senatów uczelni medycznych (wniosek nr 5).

**1. Rozważenie zainicjowania zmian w obowiązujących regulacjach prawnych zmierzających do ograniczenia liczby kierunków studiów, na których rekrutacja jest limitowana przez ministra.**

Najwyższa Izba Kontroli uznaje za celowe limitowanie przyjęć na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Brak jest natomiast racjonalnych przesłanek

do limitowania przez Ministra Zdrowia rekrutacji na wszystkie kierunki studiów medycznych (np. kosmetologia, biotechnologia).

**2. Usprawnienie systemu ustalania limitów przyjęć na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez:**

- nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2005 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne<sup>19</sup>, tak aby jego zapisy jednoznacznie określały wysokość limitu dla poszczególnych kierunków studiów,
- ogłaszanie limitów przyjęć na dany rok akademicki z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby były powszechnie znane w okresie poprzedzającym rekrutację,
- zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem przyjętych limitów.

**3. Dokonywanie okresowej oceny zjawiska emigracji personelu medycznego z Polski, zarówno w ramach poszczególnych specjalizacji, jak i poszczególnych regionów kraju. Wykorzystanie wniosków wynikających z tych analiz przy ustalaniu limitów przyjęć w uczelniach medycznych oraz przyznawaniu etatów specjalizacyjnych finansowanych z budżetu państwa.**

Dane liczbowe, dotyczące liczby zaświadczeń wydanych lekarzom na potrzeby uznawania kwalifikacji w zawodzie lekarza, wskazują, iż obecny odpływ specjalistów medycznych nie ma cech procesu masowego i nie jest na tyle istotny, aby mógł w krótkim czasie spowodować zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia.

Istnieją jednak specjalizacje medyczne, w przypadku których emigracja posiadających je lekarzy jest znacząca, co w ocenie NIK, może mieć negatywny wpływ na dostęp do niektórych świadczeń medycznych.

**4. Uporządkowanie kwestii związanych z odpisami amortyzacyjnymi od majątku trwałego uczelni poprzez podjęcie przez Ministra Edukacji i Nauki działań**

---

<sup>19</sup> (Dz. U. Nr 119, poz. 1014) – rozporządzenie to zastąpiło obowiązujące w okresie objętym kontrolą rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne.

**zmierzających do odstąpienia od centralizacji części tych odpisów na rachunkach właściwych ministerstw.<sup>20</sup>**

**5. Ustalenia kontroli uzasadniają także podjęcie przez rektorów i senaty uczelni medycznych działań zmierzających do zwiększenia udziału praktycznych zajęć klinicznych w toku kształcenia studentów oraz pełnego wdrożenia standardów przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych studiów i poziomów kształcenia.**

---

<sup>20</sup> Wniosek w tym zakresie Najwyższa Izba Kontroli formułowała już w 1997 r. po kontroli „Organizacja i finansowanie działalności dydaktycznej państwowych szkół wyższych.”

## **3. Ważniejsze wyniki kontroli**

### **3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych**

#### **3.1.1 Stan prawny**

Podstawowym aktem prawnym normującym funkcjonowanie i organizację wyższych uczelni medycznych, gdzie odbywa się kształcenie lekarzy, i lekarzy stomatologów, była w okresie objętym kontrolą ustawa z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym.<sup>21</sup> Została ona zastąpiona nowym aktem prawnym – ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.<sup>22</sup>

W nowelizacji ustawy o szkolnictwie wyższym, wprowadzonej ustawą z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw,<sup>23</sup> wprowadzono delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do ustalenia limitu przyjęć na studia w poszczególnych uczelniach medycznych lub uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kierunków i trybów kształcenia. Zgodnie z art. 4 ust. 3a ustawy o szkolnictwie wyższym, który wszedł w życie z dniem 1 lutego 2002 r., ustalenie limitów powinno nastąpić w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego, po zasięgnięciu opinii właściwych naczelnych organów samorządów zawodów medycznych, z uwzględnieniem możliwości dydaktycznych uczelni oraz zapotrzebowania na absolwentów tych uczelni.

Limity przyjęć na studia medyczne na rok akademicki 2003/2004 oraz 2004/2005 zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne.<sup>24</sup> Limity dotyczące studiów dziennych zostały zwymiarowane, natomiast w przypadku studiów wieczorowych podano, iż limity przyjęć na wszystkie kierunki wynoszą 20 % limitu przyjęć na studia magisterskie i licencjackie (w roku akademickim 2004/2005 dodano „nie mniej niż 15 osób”).

---

<sup>21</sup> (Dz. U. Nr 65, poz. 385 ze zm.), zwana również dalej „ustawą o szkolnictwie wyższym.”

<sup>22</sup> (Dz. U. Nr 164, poz. 1365), zwana dalej również „Prawem o szkolnictwie wyższym.”

<sup>23</sup> (Dz.U. Nr 126, poz.1383).

<sup>24</sup> (Dz. U. Nr 99, poz. 917 ze zm.). W pierwotnej wersji rozporządzenie to określało limity na rok akademicki 2003/2004. Minister Zdrowia nowelizując rozporządzenie w dniu 2 lipca 2004 r. ustalił limity na rok 2004/2005.

Zgodnie z art. 4a ust. 1 ustawy o szkolnictwie wyższym nauczanie w uczelni odbywało się w ramach kierunków studiów zgodnie z ustalonymi standardami. Rozporządzeniem z dnia 18 kwietnia 2002 r., wydanym na podstawie art. 4a ust. 2 pkt 3 powołanej ustawy, Minister Edukacji Narodowej i Sportu określił standardy nauczania dla studiów na kierunku lekarskim i stomatologicznym.<sup>25</sup> W przypadku kierunku lekarsko-dentystycznego weszły one w życie z dniem 26 grudnia 2003 r.<sup>26</sup>, a dla kierunku lekarskiego z dniem 21 września 2004 r.<sup>27</sup>.

Czas pracy nauczyciela akademickiego był określony zakresem jego obowiązków dydaktycznych, naukowych i organizacyjnych (art. 101 ust. 1 ustawy o szkolnictwie wyższym). Rodzaje zajęć dydaktycznych rozliczanych w ramach pensum i wymiar pensum w granicach określonych w ust. 3 i 4 ustalał senat uczelni<sup>28</sup>. Podobny wymiar pensum przewiduje również art. 130 Prawa o szkolnictwie wyższym.

W szczególnych przypadkach, uzasadnionych koniecznością realizacji programu nauczania, nauczyciel akademicki mógł być zobowiązany do prowadzenia zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych. Liczba tych godzin nie mogła przekraczać dla pracowników naukowo-dydaktycznych 1/4, a dla pracowników dydaktycznych 1/2 pensum (art. 102 ust. 1).

W Prawie o szkolnictwie wyższym, w art. 131<sup>29</sup> ustalono podobny limit godzin ponadwymiarowych, z tą jednak różnicą, iż w ust. 2 przewidziano, że nauczycielowi akademickiemu, za jego zgodą, może być powierzone prowadzenie zajęć dydaktycznych w wymiarze przekraczającym liczbę godzin ponadwymiarowych, określoną przez wspomniane limity. Nadal jednak prowadzenia zajęć dydaktycznych w godzinach

---

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów nauczania (Dz. U. Nr 116, poz. 1004 ze zm.).

<sup>26</sup> Załącznik nr 54a do rozporządzenia z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów nauczania (Dz. U. Nr 116 poz. 1004 ze zm.), dodany mocą rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 3 listopada 2003 r. (Dz. U. Nr 210 poz. 2040).

<sup>27</sup> Załącznik nr 32a do rozporządzenia z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów nauczania (Dz. U. Nr 116 poz. 1004 ze zm.), dodany mocą rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 194 poz. 1985).

<sup>28</sup> Zgodnie z art. 101 ust. 3 i 4 ustawy o szkolnictwie wyższym dla pracowników naukowo-dydaktycznych minimalny wymiar pensum wynosił 120 godzin obliczeniowych rocznie, a maksymalny - 210 godzin obliczeniowych rocznie; dla starszych wykładowców i wykładowców oraz osób zatrudnionych na stanowiskach równorzędnych minimalny wymiar pensum wynosił 240 godzin obliczeniowych rocznie, a maksymalny - 360 godzin obliczeniowych rocznie; dla lektorów i instruktorów oraz osób zatrudnionych na stanowiskach równorzędnych minimalny i maksymalny wymiar pensum wynosi odpowiednio 300 i 540 godzin obliczeniowych rocznie.

ponadwymiarowych powinno być ograniczone do szczególnych przypadków, uzasadnionych koniecznością realizacji programu nauczania.

Zasady odbywania studiów w Polsce przez cudzoziemców zostały określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 24 kwietnia 2002 r. w sprawie podejmowania i odbywania studiów przez cudzoziemców oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i szkoleniach<sup>30</sup>. Zgodnie z § 3 wspomnianego rozporządzenia na jednolite studia magisterskie lub studia wyższe zawodowe mogą być przyjmowani cudzoziemcy, z pominięciem zasad rekrutacji obowiązujących obywateli polskich, którzy m.in. ukończą kurs przygotowawczy do podjęcia nauki w języku polskim w jednostkach wyznaczonych przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego albo uzyskają potwierdzenie uczelni przyjmującej, że ich przygotowanie oraz stopień znajomości języka polskiego pozwalają na podjęcie studiów.

W art. 4 ust. 1a ustawy o szkolnictwie wyższym przewidziano, iż zajęcia dydaktyczne w uczelni oraz sprawdziany wiedzy lub umiejętności, a także egzaminy dyplomowe, mogą być prowadzone w języku obcym w zakresie i na warunkach określonych w regulaminie studiów. Przepis ten został jednak dodany do art. 4 dopiero w 2005 r. ustawą z dnia 7 stycznia 2005 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym, ustawę o wyższych szkołach zawodowych oraz ustawę o pożyczkach i kredytach studenckich<sup>31</sup> i wszedł w życie z dniem 24 lutego 2005 r. W ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym (art. 99 ust. 1 pkt 3) przewidziano, iż uczelnia publiczna może pobierać opłaty za świadczone usługi edukacyjne związane z prowadzeniem studiów w języku obcym.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o szkolnictwie wyższym uczelnia medyczna mogła uzyskiwać środki finansowe z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego lub ich związków, darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego. Uczelnia mogła uzyskiwać środki finansowe także z innych źródeł, przykładowo wymienionych w ust. 2 wspomnianego artykułu, w tym opłat za zajęcia dydaktyczne, z wyłączeniem zajęć dydaktycznych na studiach dziennych w uczelniach państwowych, chyba, że są powtarzane z powodu niezadowolających wyników w nauce.

---

<sup>29</sup> Art. 130 i 131 Prawa o szkolnictwie wyższym wejdzie w życie z dniem 1 września 2006 r., a odpowiednie przepisy tj. art. 101 i 102 ustawy o szkolnictwie wyższym zachowują moc do dnia 31 sierpnia 2006 r.

<sup>30</sup> (Dz. U. Nr 69, poz. 634).

<sup>31</sup> (Dz. U. Nr 23, poz. 187).

Szczegółowe kwestie dotyczące tej gospodarki oraz zasady i tryb uzyskiwania przez uczelnie państwowe wpływów z opłat za zajęcia dydaktyczne regulowały przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni.<sup>32</sup>

W myśl § 8 wspomnianego rozporządzenia opłaty za zajęcia dydaktyczne mogły być pobierane za: zajęcia na studiach dziennych w przypadku ich powtarzania, spowodowanego niezadowalającymi wynikami w nauce, studia zaoczne, wieczorowe, eksternistyczne, studia podyplomowe i inne formy kształcenia. W myśl § 9 podstawę ustalania odpłatności stanowił planowany koszt zajęć dydaktycznych, a rodzaje zajęć, za które są pobierane opłaty, oraz ich wysokość ustalał rektor.

Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni środki trwałe uczelni oraz wartości niematerialne i prawne, z wyjątkiem budynków i budowli oraz związanych z nimi wartości niematerialnych i prawnych, zakładowych domów mieszkalnych, a także związanych z nimi wartości niematerialnych i prawnych - podlegały amortyzacji i umorzeniu na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Odpisy amortyzacyjne, z wyjątkiem odpisów od środków trwałych zakładowej działalności socjalnej oraz użytkowanych w ramach wydzielonej działalności prowadzonej zgodnie z § 14 ust. 2 i 3, podlegały centralizacji na scentralizowanym rachunku właściwego ministerstwa, według następujących zasad:

- 1) procent centralizowanych odpisów określał właściwy minister, z tym, że nie mógł on przekroczyć 25% ich wielkości,
- 2) środki zgromadzone na scentralizowanym rachunku ministerstwa były przeznaczone na dofinansowanie zakupów inwestycyjnych uczelni, których środki własne na ten cel okazały się niewystarczające,
- 3) centralizowane odpisy amortyzacyjne były odprowadzane na rachunek właściwego ministerstwa w terminie do 15 dnia miesiąca kończącego kwartał.

Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>33</sup> świadczenia zdrowotne, wykonywane w ramach szkolenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej albo w uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w ramach szkolenia studentów w tej uczelni pod bezpośrednim nadzorem lekarzy, lekarzy stomatologów posiadających

---

<sup>32</sup> (Dz. U. Nr 84, poz. 380 ze zm.).

prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, będących pracownikami tej uczelni, były finansowane z budżetu państwa w formie dotacji dla uczelni.

Rozporządzeniem z dnia 24 lutego 2004 r. Rada Ministrów ustaliła sposób i tryb podziału dotacji dla państwowych uczelni medycznych i państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach szkolenia studentów.<sup>34</sup>

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych<sup>35</sup> – uczelnie medyczne, podobnie jak i inne państwowe szkoły wyższe, należą do sektora finansów publicznych. W myśl art. 35a tej ustawy kierownik jednostki sektora finansów publicznych ustala - w formie pisemnej - procedury kontroli finansowej, dotyczące procesów związanych z gromadzeniem i rozdysponowaniem środków publicznych oraz gospodarowaniem mieniem.

W myśl art. 35 c ust. 1 ustawy o finansach publicznych audytem wewnętrznym jest ogół działań, przez które kierownik jednostki uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę funkcjonowania jednostki w zakresie gospodarki finansowej pod względem legalności, gospodarności, celowości, rzetelności, a także przejrzystości i jawności.

W dniu 31 lipca 2001 r.<sup>36</sup> Minister powołał Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi jako jednostkę budżetową, do której zadań należy m.in. przeprowadzenie egzaminu państwowego, kończącego staż podyplomowy. Zgodnie z § 2 Statutu Centrum, stanowiącego załącznik do powyższego zarządzenia, do zadań Centrum należy: opracowanie regulaminu przeprowadzenia egzaminu, opracowanie banku pytań testowych, przygotowanie testu na egzamin w danej sesji egzaminacyjnej, ustalenie kryteriów złożenia egzaminu w danej sesji egzaminacyjnej, powołanie komisji egzaminacyjnej na potrzeby danej sesji, wnioskowanie do Ministra Zdrowia o ustalenie terminu i miejsca egzaminu, organizowanie egzaminu, dokonywanie oceny testów i ustalanie wyników egzaminu, zawiadamianie Ministra Zdrowia i właściwej okręgowej rady lekarskiej o wynikach

---

<sup>33</sup> (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.).

<sup>34</sup> (Dz. U. Nr 47, poz. 445).

<sup>35</sup> (j.t. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

<sup>36</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2001 r. w sprawie utworzenia Centrum Egzaminów Medycznych (Dz. Urz. MZ Nr 8, poz. 51).

egzaminu, dokonywanie w imieniu Ministra Zdrowia okresowej oceny przebiegu i wyników egzaminów, wydawanie świadectwa złożenia egzaminu, prowadzenie rejestru wydawanych świadectw złożenia egzaminu. Egzamin ten jest składany w formie pisemnego testu jednolitego w całym kraju, ustalanego na każdą sesję egzaminacyjną, odrębnie dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Zgodnie z art.1 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej (zoz) może być utworzony i utrzymywany w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Takie zakłady są tworzone przez państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (art. 8 ust. 1 pkt 3 a ustawy) i są publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy).

W myśl art. 8 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej są zakłady utworzone przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną z zastrzeżeniem ust. 1a<sup>37</sup> oraz spółkę nie mającą osobowości prawnej.

W nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, z dniem 30 grudnia 1998 r.<sup>38</sup>, wprowadzono ust. 3a, zgodnie z którym państwowa uczelnia medyczna, prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, mogła utworzyć szpital kliniczny będący niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. Szpital taki nie mógł być utworzony z wykorzystaniem środków publicznych. Przepis ten obowiązywał do dnia 21 października 2001 r.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 19 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o szkolnictwie wyższym<sup>39</sup> zobowiązano uczelnie medyczne, w terminie do 21 kwietnia 2002 r., do dokonania odpowiednich zmian związanych z przekształceniem zakładu niepublicznego w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dostosowanie statutu, zmiany w rejestrze, powołanie rady społecznej).

---

<sup>37</sup> Zakładu opieki zdrowotnej nie może utworzyć samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

<sup>38</sup> Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 162, poz. 1115).

<sup>39</sup> (Dz. U. Nr 111, poz. 1193 ).

### **3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne**

Kształcenie studentów na kierunku lekarskim było prowadzone w 11, a na lekarsko-dentystycznym w 10 szkołach wyższych. Szkoły te funkcjonowały jako odrębne uczelnie, z wyjątkiem Collegium Medicum<sup>40</sup> oraz Akademii Medycznej w Bydgoszczy, która w kontrolowanym okresie została włączona w struktury Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.<sup>41</sup>

Nadzór nad uczelniami medycznymi sprawował Minister Zdrowia. Rektorzy uczelni medycznych pełnili natomiast funkcję organów założycielskich dla szpitali klinicznych, które stanowią bazę dydaktyczną i naukowo-badawczą uczelni medycznych.

Dotacje dla uczelni medycznych były udzielane z części budżetu państwa, której dysponentem był minister właściwy do spraw zdrowia.

## **3.2. Istotne ustalenia kontroli**

### **3.2.1. Przestrzeganie limitów przyjęć w uczelniach medycznych**

W roku akademickim 2003/2004 limity przyjęć, na jednym lub obu badanych kierunkach,<sup>42</sup> przekroczyły wszystkie uczelnie medyczne. W kolejnym natomiast 10 uczelni spośród 11 funkcjonujących w kraju.

W roku akademickim 2003/2004 przyjęto 394 osoby więcej, co w stosunku do limitu wynoszącego 3326<sup>43</sup> osób (wliczając studia dzienne i wieczorowe) oznaczało jego przekroczenie o 11,8 %. W kolejnym roku, mimo zwiększonego do 3493 osób limitu przyjęć, również nie został on zachowany. Różnica wyniosła 401 osób, tj. 11,4 %.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Collegium Medicum w Krakowie stanowi część Uniwersytetu Jagiellońskiego – por. ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o włączeniu Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie do Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Dz. U. Nr 44, poz. 200 ze zm.).

<sup>41</sup> Por. ustawa z dnia 8 października 2004 r. o włączeniu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy do Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (Dz. U. Nr 241, poz. 2414).

<sup>42</sup> Kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny.

<sup>43</sup> Bez kierunku wojskowo-lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

<sup>44</sup> Na podstawie danych z protokołów kontroli uczelni medycznych. Należy jednak podkreślić, iż niektóre osoby przyjęte na studia wieczorowe przerywały je w toku nauki.

Przekroczenia limitów dotyczyły przede wszystkim studiów wieczorowych, wynosząc odpowiednio o 47,4 % i 64,2 %. Na studiach dziennych zjawisko to występowało sporadycznie i było najczęściej konsekwencją przyjmowania wszystkich zdających, którzy uzyskali na egzaminie taką samą liczbę punktów co ostatnia osoba na liście wypełniającej limit przyjęć.

*W roku akademickim 2004/2005 dla Akademii Medycznej w Białymstoku limit przyjęć na kierunku lekarskim na studiach dziennych wynosił 140 osób, a na wieczorowych 28 osób. Faktycznie naukę rozpoczęło na studiach dziennych 147 osób (przekroczenie limitu o 5 %), a na wieczorowych 71 (153,6 % ponad limit).*

*Na kierunku lekarsko-dentystycznym, przy limitach wynoszących dla studiów dziennych i wieczorowych 70 i 15 osób, naukę podjęło odpowiednio 74 (105,7 %) i 30 osób (200 % limitu).*

Uczelnie medyczne różnie uzasadniały przekroczenie limitów przyjęć na studia wieczorowe. Zwracano uwagę, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia jest mało precyzyjne i można je interpretować rozszerzająco, tak, iż limit 20% nie odnosi się do poszczególnych kierunków studiów, a jedynie ogólnie określa pulę studentów wieczorowych w stosunku do ogólnego limitu przyjęć na studia dzienne. W ten sposób kosztem kierunków mniej popularnych można byłoby zwiększać limit na kierunkach cieszących się większym zainteresowaniem, np. na kierunku lekarskim.<sup>45</sup>

Wskazywano również, iż wśród zdających na studia dzienne były osoby, które w trybie wieczorowym zaliczyły już pierwszy rok studiów i w przypadku pozytywnego zdania egzaminu wstępnego mogły zostać przeniesione na wyższy rok studiów dziennych (zgodnie z uzyskanymi wcześniej zaliczeniami).

Przypadki przekroczenia limitów wynikały także z błędów popełnionych w trakcie postępowania rekrutacyjnego.

*Akademia Medyczna w Gdańsku przekroczyła ustalone przez Ministra Zdrowia limity o 12 osób, tj. 30%. Szczegółowa kontrola procesu rekrutacji w roku akademickim 2004/2005 wykazała, iż nastąpiło to m.in. w wyniku niedopełnienia obowiązków przez Wydziałową Komisję Rekrutacyjną, która uruchomiła listę rezerwową zbyt wcześnie i bez należytego sprawdzenia od ilu studentów wpłynęły*

---

<sup>45</sup> Ministerstwo Zdrowia nie podzieliło jednak tej argumentacji wskazując, iż limit 20 % dotyczy poszczególnych kierunków studiów.

*do Akademii wpłaty. Na studia przyjęto następnie wszystkie osoby, które wniosły opłaty za studia, zarówno z listy podstawowej, jak i rezerwowej.*

Działania Ministerstwa Zdrowia przypominające o konieczności przestrzegania limitów, w trakcie corocznych posiedzeń konferencji rektorów uczelni medycznych, a także kierowane pisma do poszczególnych uczelni w tej sprawie, okazały się nieskuteczne. W ocenie NIK, przestrzeganiu obowiązującego prawa nie sprzyjało jednak późne ogłaszanie przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć obowiązujących w danym roku akademickim.

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne weszło w życie 19 czerwca 2003 r. Natomiast nowelizacja rozporządzenia określająca limity przyjęć na rok akademicki 2004/2005 dopiero 5 lipca 2004 r., a więc już w trakcie trwania procesu rekrutacyjnego.*

### **3.2.2. Przebieg procesu rekrutacyjnego**

Senaty poszczególnych uczelni określały w stosownych uchwałach, podjętych zgodnie z art. 141 ustawy o szkolnictwie wyższym, warunki i tryb przyjęć na studia w danym roku akademickim. W trakcie rekrutacji na studia wieczorowe niektóre uczelnie tak obniżały przyjęte kryteria aby przyjąć większą liczbę kandydatów.

*Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwalił w dniu 17 grudnia 2003 r., że kandydaci na poszczególne kierunki studiów wieczorowych nie będą kwalifikowani jeśli nie otrzymają 50% pozytywnych odpowiedzi z egzaminu testowego, tj. 60 punktów na 120 możliwych. Zarazem upoważnił rektora do podjęcia decyzji o przyjęciu kandydatów z niższą punktacją, w sytuacji gdyby limity miejsc nie zostały wyczerpane z powodu braku kandydatów, którzy uzyskali ww. minimum punktów.*

*Do wiadomości publicznej w ogłoszeniu prasowym podano również, że kandydaci na studia wieczorowe nie będą kwalifikowani, jeżeli z egzaminu testowego nie otrzymają minimum 50% pozytywnych odpowiedzi (60 pkt). Kryteria te ogłoszono również w dniach od 6 do 14 lipca 2004 r. na terenie Akademii. Następnie rektor uczelni w dniu 15 lipca 2004 r. wprowadził dodatkowy nabór na studia wieczorowe, już bez konieczności uzyskania przez kandydatów minimum 50% pozytywnych odpowiedzi.*

*Przyjęto wówczas także kandydatów, którzy uzyskali niewiele ponad 30% poprawnych odpowiedzi na egzaminie wstępnym i w efekcie przekroczone limity przyjęć na studia wieczorowe*

*Wydziałowe Komisje Rekrutacyjne Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie wbrew zasadom i kryteriom przyjmowania na studia wieczorowe, określonym w uchwałach Senatu z dnia 18 i 30 grudnia 2003r., pozytywnie rozpatrzyły podania osób, które nie osiągnęły wymaganego minimum punktowego. W 2004 r. Wydziałowe Komisje Rekrutacyjne zakwalifikowały na studia płatne wszystkich ubiegających się kandydatów, przy czym wymaganej liczby punktów nie osiągnęło: 36 kandydatów na Wydział Lekarski oraz 15 na Wydział Stomatologiczny.*

Osoby nieprzyjęte na studia wieczorowe odwoływały się od decyzji wydziałowych komisji rekrutacyjnych. Odwołania te w 3 uczelniach (27,3 %) były rozpatrywane przez rektora, bez udziału uczelnianej komisji rekrutacyjnej, co stanowiło naruszenie art. 141 ust. 5 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym. Brakowało jednocześnie jasnych i przejrzystych kryteriów podejmowania tych decyzji.

*W 2004 r Akademia Medyczna w Katowicach – w przeciwieństwie do lat poprzednich, kiedy przyjmowano wszystkich, którzy złożyli odwołania – przyjęła tylko 21 spośród 28 odwołujących się na kierunku lekarskim oraz 19 z 23 odwołujących się na kierunku stomatologicznym, kierując się nieostrymi i niewymiernymi kryteriami, innymi niż określił Senat (liczba zdobytych punktów na egzaminie) oraz nie podanymi do publicznej wiadomości. W ten sposób przyjęto osoby, które na egzaminie uzyskały 30-32 pkt. na kierunku lekarskim i 33-35 pkt. na stomatologicznym (tj. 25 % punktów możliwych do uzyskania lub niewiele więcej).*

*W Akademii Medycznej w Poznaniu kandydaci nieprzyjęci na studia płatne składali odwołania, w skróconym terminie 7 dni od daty doręczenia zawiadomienia o nieprzyjęciu, bezpośrednio do Rektora Akademii, który decyzję o utrzymaniu lub uchynieniu decyzji Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej podejmował z pominięciem Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej, co było niezgodne z art. 141 ust. 5 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym. Brak było również przejrzystych kryteriów podejmowania takich decyzji.*

W ocenie NIK przyjęcie osób o bardzo niskiej punktacji - uzyskanej z przedmiotów, które stanowią podstawę dla dalszego kształcenia w uczelni medycznej - może stanowić zagrożenie dla prawidłowego przebiegu procesu dydaktycznego.

W niektórych uczelniach stwierdzono także brak należytej staranności w trakcie prowadzonego procesu rekrutacji i nierzetelne dokumentowanie jej przebiegu.

*W Akademii Medycznej w Białymstoku decyzje Wydziałowych Komisji Rekrutacyjnych Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii o nie przyjęciu na studia dzienne, w latach 2002-2004, zawierały nieprawdziwe informacje o*

*minimalnej liczbie punktów uzyskanych na egzaminie, która stanowiła podstawę przyjęcia na pierwszy rok studiów. Podobny błąd wystąpił w postępowaniach odwoławczych od tych decyzji, prowadzonych przez Komisje Rekrutacyjne (Wydziałową i Uczelnianą) oraz Rektora.*

W 4 uczelniach, ustalając wysokość czesnego na studiach wieczorowych, nie przestrzegano postanowień § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni. Brak było rzetelnie sporządzonej kalkulacji dotyczącej ustalania wysokości tych opłat lub też przy ich ustalaniu przyjmowano inną podstawę niż planowany koszt zajęć dydaktycznych.

*W Akademii Medycznej w Białymstoku wysokość czesnego na płatnych studiach wieczorowych, w latach objętych kontrolą, ustalana była uchwałami Senatu: 13 tys. zł na kierunku lekarskim i 14 tys. zł na kierunku stomatologicznym. Akademia nie dysponowała jednak dokumentacją opisującą zasady i tryb ustalania tej odpłatności, jak również kalkulacją planowanych kosztów zajęć dydaktycznych.*

Stwierdzono również przypadki niedokonywania rzetelnej kalkulacji planowanych kosztów rekrutacji i pobierania opłat rekrutacyjnych na dany rok akademicki w maksymalnej wysokości, określonej przez Ministra na podstawie art. 141 ust. 7 ustawy o szkolnictwie wyższym.

*W latach 2003-2004 Rektor Akademii Medycznej w Katowicach ustalał wysokość tej opłaty na maksymalnym poziomie jeszcze przed sporządzeniem preliminarzy kosztów i przychodów z rekrutacji oraz niezależnie od kosztów poniesionych w roku poprzednim ( przy porównywalnej liczbie kandydatów). Zgodnie z art. 141 ust. 6 ustawy o szkolnictwie wysokość opłaty nie mogła przewyższać planowanych kosztów związanych z przeprowadzeniem postępowania rekrutacyjnego. Koszty rekrutacji oszacowano odpowiednio na 270 i 340 tys. zł (tj. 75 zł na kandydata), podczas gdy faktycznie koszty te wyniosły 214,6 oraz 220,6 tys. zł, tj. 79,5 % oraz 64,9 % wysokości kosztów zaplanowanych (ok. 48,1 zł i 46,7 zł na kandydata).*

### **3.2.3. Realizacja programu studiów**

Wszystkie uczelnie podjęły działania w celu dostosowania programu studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym do wymagań określonych przez Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w rozporządzeniu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych studiów i poziomów kształcenia.

Polegały one na dostosowaniu zakresu nauczania do ustalonych wymogów. Z uwagi na stopniowe wprowadzanie standardów, w roku akademickim 2004/2005, występowały odstępstwa w tym zakresie w przypadku 8 uczelni (72,7 %).

*Na kierunku lekarsko-dentystycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi różnice w ilości godzin dotyczyły 14 przedmiotów, dla których łączne obciążenie według standardów powinno było wynieść 1710 godzin, a według programu wyniosło 1338 godzin.*

*Na analogicznym kierunku Akademii Medycznej w Gdańsku liczba godzin dla 27 (tj. 47,4%) przedmiotów ujętych w planie studiów, nie spełniała wymogów ww. rozporządzenia, bowiem ustalona w Akademii liczba godzin była mniejsza od wymaganych w rozporządzeniu o 716 godzin wykładowych, tj. o 15,8% i 240 godzin praktycznych, tj. 15,3%.*

Programy oraz plany studiów dziennych i wieczorowych dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, z wyjątkiem Akademii Medycznej w Warszawie, nie różniły się od siebie. Studenci studiów wieczorowych uczestniczyli w zajęciach w ramach tych samych grup co studenci studiów dziennych.

Student studiów wieczorowych mógł w trakcie nauki ubiegać się o przyjęcie na studia dzienne po zdaniu egzaminu wstępnego na studia dzienne. Zaliczano mu wówczas okres nauki odbyty na studiach płatnych i kontynuował naukę na odpowiednim roku studiów dziennych. Ponadto w większości uczelni istniała możliwość przechodzenia studentów ze studiów wieczorowych na ostatni rok studiów dziennych, bez dodatkowych warunków, przez co byli zwolnieni z opłat.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż dalsze zwiększanie rekrutacji ponad ustalone limity może prowadzić do ograniczenia udziału klinicznych zajęć praktycznych w procesie kształcenia lekarzy. Należy podkreślić, iż już obecnie w zakresie dydaktyki klinicznej, prowadzonej przez niektóre uczelnie, zauważalne staje się ograniczenie udziału ćwiczeń i bezpośredniego kontaktu z chorym.

*Senat Akademii Medycznej w Katowicach określił na lata 2003/2004 i 2004/2005 nowy stosunek pomiędzy poszczególnymi rodzajami zajęć dydaktycznych w wysokości: 25% wykładów, 25% seminariów i 50% ćwiczeń, podczas gdy w latach poprzednich stosunek ten na wydziałach lekarskich wynosił: 14-19% wykładów, 4-13% seminariów i 68-76% ćwiczeń.*

*Zespół powołany przez Państwową Komisję Akredytacyjną, oceniając jakość kształcenia na kierunku lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w*

*Szczecinie wskazał, iż pożądane byłoby przeznaczanie ok. 60 % godzin zajęć dydaktycznych na kliniczne zajęcia z chorymi. Udział ten wynosił tymczasem jedynie 50,8 %.*

Brak wystarczającego kontaktu z pacjentem podkreślali też sami studenci.

*Studenci Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w ankietach przeprowadzonych przez samą uczelnię, oceniając ćwiczenia kliniczne wskazywali m.in., iż: „...Zajęcia z neurochirurgii i neurotraumatologii odbywały się w grupach 20-osobowych i trudno było o kontakt z pacjentem.”*

*„Za duża grupa studentów w grupie ćwiczeniowej, jak i całego bloku. Razem z lekarskim ćwiczyły pielęgniarki, a miejsca mało...”*

*W raporcie oceniającym Państwowej Komisji Akredytacyjnej, dotyczącym kierunku lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku, w części odnoszącej się do spotkania ze studentami podano m.in., iż: „...Studenci odczuwają niedosyt zajęć klinicznych z chorymi, przewidzianych w planie nauczania na praktyczną naukę zawodu; zbyt liczne grupy ćwiczeniowe na zajęciach z kierunkowych przedmiotów klinicznych mają niekorzystny wpływ na jakość kształcenia...”*

W 10 skontrolowanych uczelniach prowadzone były studia na kierunku lekarskim w języku angielskim. Studiujący cudzoziemcy nie spełniali warunku określonego w § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 24 kwietnia 2002 r. w sprawie podejmowania i odbywania studiów przez cudzoziemców oraz ich uczestnictwa w badaniach naukowych i szkoleniach.<sup>46</sup>(znajomość języka polskiego pozwalająca na studiowanie). Ust. 1a ustawy o szkolnictwie wyższym, dodany do art. 4 i przewidujący możliwość prowadzenia zajęć dydaktycznych w uczelni w języku obcym wszedł w życie dopiero 24 lutego 2005 r.<sup>47</sup>Pełne uregulowanie tej formy kształcenia nastąpiło w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym.

Prowadzenie płatnych studiów w języku angielskim przynosiło uczelniom korzyści finansowe. W Akademii Medycznej w Gdańsku stwierdzono jednak, iż uczelnia ta nierzetelnie i z naruszeniem obowiązujących przepisów ewidencjonowała należne wpłaty i

---

<sup>46</sup> (Dz. U. Nr 69, poz. 634).

<sup>47</sup> Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz. U. Nr 90, poz. 999 ze zm.) - język polski był w okresie objętym kontrolą językiem nauczania oraz językiem egzaminów i prac dyplomowych w szkołach publicznych i niepublicznych wszystkich typów, w państwowych i niepaństwowych szkołach wyższych oraz w placówkach oświatowych i innych instytucjach edukacyjnych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

nie podejmowała efektywnych działań windykacyjnych w celu wyegzekwowania należności.

*Szczegółowe uregulowania dotyczące naboru i odpłatności za studia English Division dla studentów ze Skandynawii zostały ujęte w umowie z dnia 3 stycznia 2002 r. zawartej pomiędzy Akademią a Agencją ze Szwecji.*

*Agencja prowadziła jedynie działania marketingowe, poprzedzające nabór na studia English Division oraz wstępną weryfikację kandydatów, a rekrutację właściwą (egzamininy, rozmowy kwalifikacyjne) przedstawiciele Akademii. W ww. umowie nie została ustalona wysokość wynagrodzenia dla Agencji za wykonywanie powyższych czynności.*

*W roku akademickim 2002/2003, na podstawie ww. umowy, Akademia otrzymywała od Agencji opłaty za studia studentów I roku ze Skandynawii w wysokości o połowę niższej od ustalonej w zarządzeniach Rektora, tj. 6 tys. USD zamiast 12 tys. USD. W latach 2003/2004 i 2004/2005 6 tys. EURO zamiast 12 tys. EURO. Były rektor i kwestor Akademii podali, że nieotrzymywane przez Akademię ww. kwoty stanowiły wynagrodzenie Agencji za prowadzenie przez nią „działalności na terenie Skandynawii, mającej na celu pozyskanie kandydatów na studia anglojęzyczne” prowadzone w Akademii. Wynagrodzenie Agencji z tego tytułu wyniosło ogółem 93 tys. USD i 534 tys. Euro.*

*Wynagrodzenie Agencji nie stanowiło kosztów Akademii, ponieważ nie było ujęte w jej księgach rachunkowych. Było to niezgodne z przepisami art. 4 ust. 2 oraz art.6 ust.1 ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości<sup>48</sup> (Dz.U. z 2002r. Nr 76, poz. 694 ze zm.). W ewidencji księgowej Akademii nie ujmowano również należności z tytułu opłat za studia English Division. Akademia ewidencjonowała jedynie wpłaty wpływające do niej z tego tytułu.*

*Agencja nie wywiązywała się z warunków umowy w zakresie terminów wpłat. W roku akademickim 2004/2005 Akademia natomiast nie wyegzekwowała (do dnia zakończenia kontroli) należnej od Agencji, z tytułu opłat za studia English Division, kwoty 79.152,04 EURO. Niedochodzenie przez Akademię własnych należności było, zdaniem NIK, działaniem niegospodarnym.*

---

<sup>48</sup> Zgodnie z powołanymi przepisami „zdarzenia, w tym operacje gospodarcze, ujmuje się w księgach rachunkowych i wykazuje w sprawozdaniu finansowym zgodnie z ich treścią ekonomiczną” oraz „w księgach rachunkowych jednostki należy ująć wszystkie osiągnięte, przypadające na jej rzecz przychody i obciążające ją koszty związane z tymi przychodami dotyczące danego roku obrotowego, niezależnie od terminu ich zapłaty.

### **3.2.4. Realizacja obowiązków służbowych przez nauczycieli akademickich**

Wymiar pensum dla pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych był zgodny z postanowieniami art. 101 ustawy o szkolnictwie wyższym. Nie wszystkie jednak jednostki organizacyjne kontrolowanych uczelni realizowały zajęcia dydaktyczne w planowanym wymiarze godzin.

*W Akademii Medycznej we Wrocławiu, obok katedr i klinik, których pracownicy w całości wykonali pensum, istniały jednostki organizacyjne, w których w znacznym stopniu nie realizowano przyjętych założeń.*

*W katedrze i klinice okulistyki w roku akademickim 2004/2005 wykonano pensum w wymiarze 60,8 % , a w klinice neurochirurgii tylko w wymiarze 55,7 %.*

W 10 uczelniach medycznych pracownicy byli zatrudniani w godzinach ponadwymiarowych. Jedynie w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, Senat Uczelni zobowiązał kierowników jednostek organizacyjnych do planowania zajęć dydaktycznych w wymiarze nie przekraczającym pensum dydaktycznego.

W 4 uczelniach medycznych stwierdzono przypadki znacznego, przewyższającego 100%, przekroczenia limitu godzin ponadwymiarowych przez pracowników niektórych jednostek organizacyjnych.

*W Akademii Medycznej w Bydgoszczy badaniu poddano realizację pensum przez 95 pracowników dydaktycznych i dydaktyczno-naukowych (34,9% spośród 272 zatrudnionych na Wydziale Lekarskim). Z ustaleń kontroli wynikało, że:*

- 73 osoby (76,8%) pracowały w godzinach ponadwymiarowych;
- 62 osoby (65,3% ogółem badanych; 84,9% pracujących w godzinach ponadwymiarowych) przekroczyło ustawowy limit;
- 42 osoby (44,2%) przekroczyły ten limit o ponad 100%.

*Kontrola wykazała też, że w niektórych przypadkach wykonanie limitu godzin ponadwymiarowych sięgało 2000%.*

Przesłankami do naruszania limitu było m.in. niedopasowanie liczby etatów akademickich do zmieniającego się programu nauczania i liczby godzin przeznaczonych na nauczanie poszczególnych przedmiotów, zwolnienia lekarskie lub urlopy oraz brak odpowiednich kandydatów do pracy.

W konsekwencji praca w godzinach ponadwymiarowych, która zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym powinna być realizowana „w szczególnych przypadkach uzasadnionych koniecznością realizacji programu nauczania” (a więc w sytuacjach wyjątkowych), stawała się w niekiedy powszechną normą.

*W Akademii Medycznej w Katowicach łączna liczba godzin ponadwymiarowych w latach 2002-2004 wynosiła corocznie ok. 100 tys., tj. ok. 30% liczby godzin zadań realizowanych w ramach pensum (na poszczególnych wydziałach 16-88%, a na wydziałach lekarskich – 16-35%), a w niektórych jednostkach organizacyjnych wydziałów lekarskich sięgała nawet 3 tys. godzin, tj. 155% wymiaru pensum dla tych jednostek.*

Kontrola wykazała także, iż w jednostkach organizacyjnych uczelni, które nie wykonywały założonego pensum występowały przypadki realizacji zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych.

*W Akademii Medycznej w Poznaniu w latach akademickich 2002/2003 i 2003/2004 odpowiednio 14 i 15 jednostek organizacyjnych (katedry, kliniki, zakłady, pracownie) Wydziału Lekarskiego I nie wykonało odpowiednio 17,6% i 11,7% pensum. Jednocześnie w tych jednostkach zdarzały się przypadki realizacji przez pracowników zajęć dydaktycznych w ramach godzin ponadwymiarowych, co według wyjaśnień Rektora Uczelni było spowodowane przeoczeniem przy ich zatwierdzaniu.*

Brak nadzoru prowadził do zlecenia realizacji zadań dydaktycznych, za dodatkowym wynagrodzeniem, pracownikom, którzy nie wykonali pensum i nie wykorzystali limitu godzin ponadwymiarowych.

*Akademia Medyczna w Poznaniu zawierała z pracownikami dydaktycznymi, umowy -zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych na Wydziałach Lekarskich I i II. Badanie kontrolne 100 umów wykazało, że w 20 przypadkach Akademia zawarła umowy z nauczycielami akademickimi, którzy jednocześnie nie wykonali pensum bądź limitu godzin ponadwymiarowych. W ocenie NIK było to działanie nierzetelne i niegospodarne. Tylko bowiem w tych 20 przypadkach, gdyby pracownicy ci wykonali w pierwszej kolejności pensum, w drugiej zajęcia w ramach godzin ponadwymiarowych, a dopiero w trzeciej najwyżej opłacane umowy-zlecenia, oszczędności z tego tytułu wyniosłyby 42.936 zł.*

Ustawa z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym, wyznaczając 9-letni okres zatrudnienia na stanowisku adiunkta osób, które nie uzyskały stopnia doktora

habilitowanego przewidywała, w art. 88 ust. 2, możliwość jego wydłużenia. Z możliwości tej skorzystały wszystkie skontrolowane uczelnie. W większości ich statutów wprowadzono postanowienia o 3-letnim okresie prolongaty (12 lat na uzyskanie habilitacji), w skrajnych przypadkach okres zatrudnienia wydłużono do 20, a nawet 30 lat.

W ocenie NIK było to niekorzystne dla jakości dydaktyki oraz rozwoju kadry naukowej uczelni. Należy również podkreślić, iż w przypadku 5 uczelni (45,5%) stwierdzono przypadki zatrudniania na stanowisku adiunkta osób, które nie uzyskały stopnia doktora habilitowanego nawet w wydłużonym terminie określonym przez statut uczelni.

*Mimo iż Akademia Medyczna w Lublinie w znacznym stopniu wydłużyła ustawowy okres na zrobienie habilitacji, uczelnia zatrudniała pracowników, którzy nie wykonali tego obowiązku.*

*Według stanu na dzień 31 maja 2005 r., 152 nauczycieli akademickich nie uzyskało stopnia doktora habilitowanego w ciągu 9 lat od objęcia stanowiska adiunkta, a 47 nauczycieli akademickich nawet w ciągu 20 lat.*

*W stosunku do ogółu pracowników uczelni, posiadających doktorat, stanowiło to odpowiednio 18,3 % oraz 5,6 %.*

### **3.2.5. Podział dotacji dla uczelni medycznych i nadzór nad ich wykorzystaniem**

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wprowadzenie w Ministerstwie Zdrowia algorytmu służącego zobiektywizowaniu sposobu podziału dotacji dydaktycznych przekazywanych państwowym uczelniom medycznym, w którym uwzględniono m.in. liczbę studentów poszczególnych kierunków studiów.

*Dotacje przekazane uczelniom medycznym, w ramach działu działalność dydaktyczna, wyniosły w latach 2002 – 2005 (I połowa), odpowiednio 696.046,2 tys. zł, 766.999 tys. zł, 904.477,9 tys. zł oraz 564.279,8 tys. zł.<sup>49</sup> Na pomoc materialną dla studentów przekazano natomiast w tym okresie ogółem kwotę 273.179,1 tys. zł.*

Stwierdzone zostały przypadki rozbieżności między założeniami algorytmu, zaakceptowanymi przez Ministra Zdrowia, a wartościami uwzględnionymi w wyliczeniach

---

<sup>49</sup> Wliczając dotacje przekazane Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

kwot dotacji dla poszczególnych uczelni w 2004 r., sporządzonych przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa.

*W założeniach przyjęto, iż w wyliczeniach będzie uwzględniana wielkość limitu przyjęć na pierwszy rok studiów – dla pierwszego roku studiów oraz 95% limitu przyjęć – dla lat wyższych. Odstępstwo polegało na uwzględnieniu przy podziale dotacji rzeczywistej liczby studentów na niektórych kierunkach studiów medycznych.*

Zastosowano również nieprawidłowy współczynnik kosztochłonności dla kierunków studiów fizjoterapia i zdrowie publiczne.

W 4 uczelniach (36,4%) nie ustalono procedur kontroli finansowej, dotyczących procesów gromadzenia i rozdysponowania środków publicznych oraz gospodarowania mieniem, o których mowa w art. 35 a ustawy o finansach publicznych. W 6 uczelniach (54,5%) stwierdzono wadliwe funkcjonowanie audytu wewnętrznego, polegające na opóźnieniach realizacji zadań audytowych, bądź też w ogóle odstąpieniu od ich wykonania.

*W Akademii Medycznej w Szczecinie brak było procedur kontroli finansowej. Dopiero w czasie kontroli NIK podjęto nad nimi prace*

*Audytor wewnętrzny Akademii Medycznej w Poznaniu, powołany zarządzeniem nr 6/03 dyrektora administracyjnego Akademii z dnia 3 listopada 2003 r., mimo sporządzenia planu audytu na lata 2004-2005 nie zakończył żadnego zadania audytowego do czasu zakończenia kontroli NIK.*

### **3.2.6. Finansowanie zajęć klinicznych w ramach szkolenia studentów**

Realizując program dydaktyki klinicznej uczelnie medyczne zawierały z zakładami opieki zdrowotnej, przede wszystkim szpitalami klinicznymi, umowy dotyczące pokrywania kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach szkolenia studentów. Środki na dydaktykę kliniczną<sup>50</sup> były przekazywane mimo braku rozporządzenia Rady Ministrów, określającego zasady i tryb ich przekazywania.

*Rozporządzenie powyższe zostało wydane na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), który obowiązuje od dnia 21 października 2001 r. Prace nad wspomnianym*

---

<sup>50</sup> Wysokość dotacji na ten cel w 2002 r. została ustalona, w części 46 – Zdrowie, w ramach środków planowanych na działalność dydaktyczną, w wysokości 30.000 tys. zł. W latach 2003 – 2005 kwota ta wynosiła 26.000 tys. zł rocznie.

*aktem prawnym zostały ukończone dopiero w 2004 r., a rozporządzenie zostało opublikowane w Dzienniku Ustaw Nr 47 z dnia 23 marca 2004 r. pod pozycją 445 i weszło w życie z dniem 7 kwietnia 2004 r.*

Ministerstwo Zdrowia nie egzekwowało postanowień § 4 ust. 1 powołanego rozporządzenia, nakazującego uczelniom medycznym przesyłanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 grudnia, ilościowego wykazu studentów kierunku lekarskiego i stomatologicznego, biorących udział w szkoleniu, sporządzonego zgodnie ze sprawozdaniami statystycznymi.

*W ocenie Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa wszystkie dane wymagane przez rozporządzenie można było uzyskać ze „Sprawozdania o studiach dziennych, wieczorowych, zaocznych i eksternistycznych według stanu na koniec listopada danego roku”, tzw. druku S-10. przygotowywanego dla Głównego Urzędu Statystycznego.*

Ustalenia kontroli skazują jednak, iż Ministerstwo nie zapewniło w pełni rzetelnego przetwarzania danych zawartych w nadesłanych sprawozdaniach S-10. W przypadku dwóch uczelni - Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz Akademii Medycznej w Warszawie, w wyliczeniach podano nieprawidłową liczbę studentów kierunku stomatologicznego.

Umowy dotyczące dydaktyki klinicznej były zawierane przede wszystkim z publicznymi szpitalami klinicznymi. W procesie tym uczestniczyły jednak także inne jednostki, w tym również niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzone przez niektóre uczelnie medyczne. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 19 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zobowiązano organy założycielskie zakładów niepublicznych, utworzonych przez państwowe uczelnie medyczne, do przeprowadzenia działań dostosowawczych, w terminie 6 miesięcy od dnia jej wejścia w życie, tj. do 21 kwietnia 2002 r. Celem tych zmian miało być ich przystosowanie do funkcjonowania jako podmiotów publicznych. Z ustaleń kontroli wynika, iż działania w tym zakresie podejmowano z opóźnieniem lub w ogóle ich zaniechano.

*Akademia Medyczna w Bydgoszczy była organem założycielskim Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uzdrawiskowego Szpitala Klinicznego Akademii z siedzibą w Ciechocinku (NZOZ). Z obowiązku określonego w art. 5 ustawy Akademia jednak się nie wywiązała, gdyż NZOZ działał do dnia 31 grudnia 2004 r., natomiast wykreślenie NZOZ z rejestru zakładów opieki zdrowotnej nastąpiło z dniem 15 lutego 2005 r.*

*W 1999 r. Rektor Akademii w Białymstoku utworzył dwa niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej: Niepubliczny Zakład Patomorfologii Klinicznej AMB (zlikwidowany w 2003 r.) oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczną Lecznicę Stomatologiczną AMB. Rektor uczelni podjął działania zmierzające do włączenia tego podmiotu w struktury publicznego szpitala klinicznego. Do czasu zakończenia kontroli proces ten nie został jednak zakończony.*

### **3.2.7. Dystrybucja środków ze scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych**

W okresie od początku 2002 r. do końca maja 2005 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało uczelniom medycznym ogółem 2.165 tys. zł, które pochodziły z części odpisów amortyzacyjnych uczelni odprowadzanych na rachunek Ministerstwa. Niski wpływ środków na rachunek scentralizowanych odpisów był konsekwencją ustalenia przez Ministra Zdrowia, w zarządzeniu z dnia 23 kwietnia 1996 r., wysokości wpłat na poziomie 1 % wielkości odpisu. Ponadto niektóre uczelnie nie wywiązywały się z tego obowiązku, bądź też czyniły to nieregularnie.<sup>51</sup>

Istota prawna centralizowanych odpisów amortyzacyjnych nie została sprecyzowana ani w ustawie o szkolnictwie wyższym, ani w wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 30 ustawy – rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni. Instytucja „centralizowanych odpisów amortyzacyjnych” nie jest również dostosowana, w ocenie NIK, do regulacji prawnych zawartych w ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych<sup>52</sup>, które nie przewidują gromadzenia i wydatkowania przez dysponentów budżetu państwa tego rodzaju środków.

Regulacje zawarte w powołanym rozporządzeniu, tworzące podstawę prawną dla gromadzenia odpisów, mają więc charakter wyjątkowy i niezsynchronizowany z przepisami rangi ustawowej.

W ocenie NIK Ministerstwo kierowało się w dużym stopniu uznaniowymi kryteriami, dokonując dystrybucji tych środków. Przyjęto, iż z podziału wyklucza się te

---

<sup>51</sup> Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie gospodarki finansowej uczelni centralizowane odpisy amortyzacyjne odprowadzane są na rachunek właściwego ministerstwa w terminie do 15 dnia miesiąca kończącego kwartał.

<sup>52</sup> (j.t. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

uczelnie, które nie dokonywały systematycznych wpłat, a podział środków następuje w miarę napływu zgłoszeń, w granicach sum zgromadzonych na rachunku.

W badanym okresie ze scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych skorzystało ogółem 6 uczelni medycznych, w największym stopniu Akademia Medyczna w Warszawie.

*W latach 2002 – I półrocze 2005 r. uczelnia ta otrzymała 630 tys. zł, druga z kolei Akademia Medyczna w Lublinie 325 tys. zł.*

*Środki w wysokości 300 tys. zł przyznano Akademii Medycznej w Gdańsku, która nie dokonywała systematycznych wpłat co kwartał, zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni, a wpłacała je tylko raz w roku.*

Należy podkreślić, iż na podstawie otrzymywanej sprawozdawczości Minister Zdrowia nie miał możliwości ustalenia wysokości kwoty należnej wpłaty. Ustalenie rzetelności obliczeń było zatem możliwe tylko poprzez zbadanie tego zagadnienia w uczelni. Jednak w kontrolach prowadzonych w uczelniach medycznych przez Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa nie badano nigdy prawidłowości naliczania i przekazywania przez uczelnie medyczne środków na rachunek scentralizowanych odpisów amortyzacyjnych Ministerstwa Zdrowia.

### **3.2.8. Organizacja i przebieg Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego**

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na czteroletnie opóźnienie we wprowadzeniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego, na które jednak nie miało wpływu Ministerstwo Zdrowia.

*Na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyści<sup>53</sup> można było przeprowadzić ten egzamin już w 2000 r. Kolejne nowelizacje, na skutek inicjatyw poselskich, zmieniały jednak ten termin. Ostatecznie egzamin został przeprowadzony w dniu 12 listopada 2004 r.*

Przesunięcie terminu skutkowało nie tylko brakiem istotnego narzędzia weryfikującego jakość kształcenia, ale również miało skutki finansowe, związane z nakładami ponoszonymi na prace przygotowawcze, które nie zostały sfinalizowane.

---

<sup>53</sup> (j.t. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.).

*W 2000 r. szacowano, iż w związku z podjętymi działaniami przygotowawczymi poniesiono koszty w wysokości ok. 400 tys. zł.*

Zasady organizowania wspomnianego egzaminu zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa<sup>54</sup>. Przygotowanie pytań egzaminacyjnych, sprawdzenie testów oraz ogłoszenie wyników należało do obowiązków Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, które zgodnie z § 16 ust. 2 rozporządzenia, organizuje egzaminy we współpracy z właściwym wojewodą.

W przyjętych regulacjach prawnych brak jest procedury odwoławczej od wyników egzaminu państwowego. Możliwość zgłaszania zastrzeżeń do pytań testowych istnieje jedynie w trakcie egzaminu i bezpośrednio po jego zakończeniu, a Komisja Egzaminacyjna rozpatruje je przed obliczaniem wyników.<sup>55</sup> Dotyczy to ponadto jedynie tych przypadków, w których stwierdzono w książeczce testowej błędy edycyjne lub zgłoszono uwagi merytoryczne do zadań testowych.

Stwierdzono, iż 11 lekarzy, którzy przystąpili do pierwszego egzaminu w listopadzie 2004 r., skierowało do podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia prośbę o weryfikację wyników, motywując to faktem, iż odpowiedź prawidłowa na jedno z pytań egzaminacyjnych, wg. stanu na dzień przeprowadzenia egzaminu, była oceniana jako błędna i nie przyznawano za nią punktu.

*Wspomniane pytanie było związane z kalendarzem szczepień ochronnych, a więc dotyczyło zagadnienia, które często jest aktualizowane.*

Brak było jednak możliwości korekty wyniku, pomyłka została bowiem ujawniona po ustaleniu wyników egzaminu i dotyczyła nie samej poprawności merytorycznej pytania, ale sposobu oceny odpowiedzi.

W ocenie NIK procedura przeprowadzenia Lekarskiego Egzaminu Państwowego powinna umożliwiać nie tylko sprawny jego przebieg i szybkie ogłoszenie wyników, ale także zapewniać możliwość w pełni rzetelnej i obiektywnej oceny przygotowania zawodowego osób zdających.

Kontrola postępowań egzaminacyjnych<sup>56</sup> ujawniła następujące uchybienia:

---

<sup>54</sup>(Dz. U. Nr 57, poz.553).

<sup>55</sup> Por. Regulamin porządkowy ustalony przez dyrektora CEM i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

<sup>56</sup> Kontrolą objęto następujące egzaminy: LEP z 12.11.2004 r., LEP z 09.04.2005 r., LDEP z 12.03.2005 r.

a) W żadnym przypadku nie rozpoczęto egzaminu o tej samej porze, mimo iż zgodnie z § 7 ust. 2 Regulaminu Porządkowego LEP i LDEP egzamin ten jest przeprowadzany dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w skali kraju jednocześnie i rozpoczyna się o tej samej godzinie...”

b) Z przebiegu egzaminu w dniu 9 kwietnia 2005 r., w zespole egzaminacyjnym w Warszawie, nie został sporządzony protokół zbiorczy, co stanowiło naruszenie § 24 ust. 2 Regulaminu.

c) Podczas egzaminu w dniu 9 kwietnia 2005 r. do prac zespołu egzaminacyjnego w Warszawie dopuszczono osobę nie powołaną przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w skład Komisji, co naruszało postanowienia § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa, zgodnie z którym prawo powoływania członków komisji przysługuje jedynie Dyrektorowi Centrum.

d) Podczas egzaminu w dniu 9 kwietnia 2005 r. w 3 zespołach egzaminacyjnych brak było przedstawicieli okręgowej rady lekarskiej, a w 2 zespołach wyższej uczelni medycznej, w sytuacji gdy stosownie do postanowień § 18 ust. 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia pośród członków zespołów egzaminacyjnych muszą być przedstawiciele uczelni medycznej i okręgowej rady lekarskiej.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wszystkie ww. uchybienia nie miały jednak wpływu na przebieg egzaminu i jego wyniki.

### **3.2.9. Emigracja lekarzy**

Istotny wpływ na przebieg kariery zawodowej lekarzy będzie miało w nadchodzących latach członkostwo Polski w Unii Europejskiej. Konsekwencją swobodnego przepływu pracowników będzie niewątpliwie migracja personelu medycznego.

Dane liczbowe dotyczące liczby zaświadczeń wydanych lekarzom na potrzeby uznawania kwalifikacji w zawodzie lekarza wskazują, iż obecny odpływ specjalistów medycznych nie ma cech procesu masowego i nie jest na tyle istotny, aby mógł spowodować w krótkim czasie zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Dane zebrane przez izby lekarskie udostępnione NIK w trakcie kontroli prowadzonej w Ministerstwie Zdrowia.

Istnieją jednak specjalizacje medyczne, w których migracja lekarzy jest znacząca, co w ocenie NIK może mieć negatywny wpływ na dostęp do niektórych usług medycznych. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim anestezjologii.

Liczba zaświadczeń wydanych anestezjologom przez Izbę Lekarską na potrzeby uznania kwalifikacji w zawodzie lekarza w innych państwach członkowskich UE, w okresie od 1 maja 2004 r. do 30 czerwca 2005 r., wyniosła 436. W stosunku do liczby lekarzy aktywnych zawodowo w tej specjalizacji (3723) stanowi to 11,71 %.

Jednocześnie, w latach 2001-2004, systematycznie obniżała się liczba rozpoczętych specjalizacji realizowanych w ramach rezydentur<sup>58</sup> w zakresie anestezjologii (w poszczególnych latach uruchomiono ich odpowiednio 79,45,44 i 26). Etaty rezydenckie, z uwagi na to, iż są finansowane z budżet państwa, dają Ministrowi Zdrowia możliwość kształtowania polityki kadrowej odnośnie przyszłych specjalistów.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia podjęcie w Ministerstwie Zdrowia prac badawczych dotyczących zjawiska migracji personelu medycznego, czego efektem było rozpatrzenie i przyjęcie informacji dotyczącej tego problemu przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 18 października 2005 r.

## **4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli**

### **4.1. Przygotowanie kontroli**

Najwyższa Izba Kontroli nie przeprowadzała dotychczas kompleksowej kontroli funkcjonowania systemu kształcenia studentów uczelni medycznych i gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na ten cel. Prowadzono jedynie kontrole wybranych zagadnień, związanych z działalnością uczelni medycznych.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Zgodnie z § 14 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779) lekarz może odbywać specjalizację na podstawie umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację na czas określony, w celu doskonalenia zawodowego, obejmującej realizację programu specjalizacji zwaną rezydenturą.

<sup>59</sup> W 2001 r. w trakcie kontroli „Funkcjonowanie szpitali klinicznych w warunkach reformy systemu ochrony zdrowia” zbadano procedurę udostępniania akademiom medycznym przez szpitale kliniczne pomieszczeń na działalność dydaktyczną oraz nadzór nad pracownikami dydaktycznymi akademii zatrudnionymi jednocześnie w szpitalach klinicznych.

W 1996 r. w trakcie kontroli „Organizacja i finansowanie działalności dydaktycznej państwowych szkół wyższych” zbadano działalność dydaktyczną 4 akademii medycznych.

W 2002 r. zrealizowano kontrolę „Organizacji i finansowania staży podyplomowych oraz specjalizacji fachowych pracowników ochrony zdrowia”<sup>60</sup>, która dotyczyła dalszego kształcenia specjalizacyjnego absolwentów szkół medycznych.

W trakcie dotychczasowych kontroli, przeprowadzonych w uczelniach medycznych, nie analizowano sposobu funkcjonowania kontroli wewnętrznej. Brak było wiedzy, czy stosowane procedury zapewniają rzetelne wykorzystanie dotacji przeznaczonej na działalność uczelni.

W związku z powyższym zdecydowano się na szeroki zakres tematyczny badań kontrolnych i jej wzbogacenie o zagadnienia związane z nadzorem nad wykorzystaniem środków przeznaczonych na działalność dydaktyczną.

Kontrolą objęto wszystkie szkoły wyższe, które prowadzą zajęcia dydaktyczne na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W toku kontroli poszczególnych zagadnień stosowano zarówno dobór celowy, jak i losowy prosty.

## **4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli**

Z wyjątkiem Ministerstwa Zdrowia wszystkie protokoły sporządzone w wyniku postępowania kontrolnego zostały podpisane przez kierowników kontrolowanych jednostek bez zastrzeżeń. Poza jednostkami objętymi kontrolą w 10 innych zasięgnięto dodatkowych informacji.<sup>61</sup>

Wyniki kontroli zostały przedstawione wraz z ocenami, uwagami i wnioskami w 13 wystąpieniach pokontrolnych. Z ogółem 72 wniosków pokontrolnych zrealizowano 36, a 25 znajdowało się w fazie realizacji.<sup>62</sup>

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia wnioskowano m.in. podjęcie działań zmierzających do skutecznego egzekwowania limitów przyjęć na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, ujęcie i opisanie, w zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia, procedurze podziału środków na działalność dydaktyczną tych przypadków, w których następuje odstępstwo od generalnych zasad w odniesieniu do liczby

---

<sup>60</sup> Por. „Informacja o wynikach kontroli organizacji i finansowania staży podyplomowych oraz specjalizacji fachowych pracowników ochrony zdrowia” (Nr ewid. 169/2003/P/02/174/KPZ).

<sup>61</sup>Na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

studentów uwzględnianych w algorytmie, egzekwowanie postanowień § 4 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie sposobu i trybu podziału dotacji dla państwowych uczelni medycznych i państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach szkolenia studentów lub podjęcie działań w celu znowelizowania przepisów rozporządzenia i odstąpienie od tego wymogu, ujęcie w planowanych kontrolach uczelni medycznych problematyki dotyczącej funkcjonowania procedur kontroli finansowej.

W wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do rektorów uczelni medycznych postulowano m.in. dokonanie analizy zatrudnienia nauczycieli akademickich i wykorzystania pensum oraz obciążeń dydaktycznych jednostek organizacyjnych w celu optymalnego ich rozłożenia, rozpatrywanie odwołań od decyzji wydziałowej komisji rekrutacyjnej na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, wyeliminowanie przypadków zawierania umów-zleceń lub umów o dzieło na realizację zadań dydaktycznych z nauczycielami akademickimi, którzy nie mają wykonanego rocznego wymiaru zajęć dydaktycznych oraz limitu godzin ponadwymiarowych, ustalenie i wdrożenie procedur kontroli finansowej, zwiększenie nadzoru w zakresie terminowej realizacji planowanych zadań audytu wewnętrznego.

W stosunku do Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi wnioski pokontrolne NIK wskazywały na konieczność podjęcia działań dyscyplinujących w stosunku do osób uczestniczących w procesie egzaminacyjnym, w celu wyeliminowania uchybień proceduralnych w przebiegu egzaminów państwowych.

W związku ze stwierdzoną niegospodarnością, wystosowano 1 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury rejonowej.

---

<sup>62</sup> Do czasu przygotowania niniejszej Informacji.

## 5. Załączniki

Załącznik nr 1	Wykaz skontrolowanych jednostek i delegatur NIK biorących udział w kontroli.
Załącznik nr 2	Wykaz osób zajmujących stanowisko Ministra Zdrowia i kierujących Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.
Załącznik nr 3	Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki.
Załącznik nr 4	Wielkość rekrutacji na kierunek lekarski w stosunku do ustalonych limitów.
Załącznik nr 5	Wielkość rekrutacji na kierunek lekarsko-dentystyczny w stosunku do ustalonych limitów.
Załącznik nr 6	Oplaty za studia wieczorowe na kierunku lekarskim i lekarsko dentystycznym w roku akademickim 2004/2005.
Załącznik nr 7	Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom na potrzeby uznania kwalifikacji w zawodzie lekarza w innych państwach członkowskich UE.
Załącznik nr 8	Wykaz organów którym przekazano informację o wynikach kontroli.

**Załącznik nr 1****Wykaz skontrolowanych jednostek i delegatur NIK biorących udział w kontroli**

L.p.	Nazwa jednostki organizacyjnej NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej
1.	Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi Akademia Medyczna w Lublinie Akademia Medyczna we Wrocławiu Akademia Medyczna w Białymstoku
2.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Akademia Medyczna w Bydgoszczy
3.	Delegatura NIK w Gdańsku	Akademia Medyczna w Gdańsku
4.	Delegatura NIK w Katowicach	Akademia Medyczna w Katowicach
5.	Delegatura NIK w Krakowie	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Collegium Medicum
6.	Delegatura NIK w Łodzi	Uniwersytet Medyczny w Łodzi
7.	Delegatura NIK w Poznaniu	Akademia Medyczna w Poznaniu
8.	Delegatura NIK w Szczecinie	Akademia Medyczna w Szczecinie
9.	Delegatura NIK w Warszawie	Akademia Medyczna w Warszawie

## Załącznik nr 2

W okresie objętym kontrolą stanowisko Ministra Zdrowia zajmowali:

Mariusz Łapiński	19.10.2001 r. - 17.01.2003 r.
Marek Balicki	17.01.2003 r. - 02.04.2003 r.
Leszek Sikorski	02.04.2003 r. - 02.05.2004 r.
Wojciech Rudnicki	02.05.2004 r. - 11.06.2004 r.
Marian Czakański	11.06.2004 r. - 15.07.2004 r.
Marek Balicki	15.07.2004 r. - do końca okresu objętego kontrolą

Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, do którego zadań należało m.in. prowadzenie spraw związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i reorganizacją uczelni medycznych, w tym wydziałów anglojęzycznych, z uwzględnieniem ustalania limitów przyjęć do uczelni medycznych a także prowadzenie spraw dotyczących wyższego szkolnictwa medycznego, kierowali:

Przemysław Biliński	11.12.2001 r. - 02.04.2002 r.
Roman Danielewicz	03.04.2002 r. - do końca okresu objętego kontrolą

### Załącznik nr 3

#### Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki

- Ustawa z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (j.t. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 28 marca 2002 r. w sprawie warunków, jakie powinna spełniać uczelnia, aby utworzyć i prowadzić kierunek studiów, oraz nazw kierunków studiów (Dz. U. Nr 55, poz. 480 ze zm.).
- Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz. U. Nr 99, poz. 917 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków i poziomów kształcenia (Dz. U. Nr 116, poz. 1004 ze zm.).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni (Dz. U. Nr 84, poz. 380 ze zm.).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie sposobu i trybu podziału dotacji dla państwowych uczelni medycznych i państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach szkolenia studentów (Dz. U. Nr 47, poz. 445).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U. Nr 57 poz. 553 ze zm.).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2001 r. w sprawie utworzenia Centrum Egzaminów Medycznych (Dz. Urz. MZ Nr 8, poz. 51).

**Załącznik nr 4 – Wielkość rekrutacji na I rok studiów na kierunek lekarski w stosunku do obowiązujących limitów\*: a) studia dzienne b) studia wieczorowe**

Nazwa uczelni	Limit na rok akademicki 2003/2004 ustalony przez Ministra Zdrowia	Liczba osób przyjętych (w relacji do ustalonego limitu)	Limit na rok akademicki 2004/2005 ustalony przez Ministra Zdrowia	Liczba osób przyjętych (w relacji do ustalonego limitu)
Akademia Medyczna w Białymstoku	a) 125 b) 25	a) 134 ( <b>107,2 %</b> ) b) 53 ( <b>212 %</b> )	a) 140 b) 28	a) 147 ( <b>105 %</b> ) b) 71 ( <b>253,6 %</b> )
Akademia Medyczna w Bydgoszczy	a) 110 b) 22	a) 111 ( <b>100,9 %</b> ) b) 35 ( <b>159 %</b> )	a) 125 b) 25	a) 112 ( <b>89,6 %</b> ) b) 25 ( <b>100 %</b> )
Akademia Medyczna w Gdańsku	a) 200 b) 40	a) 207 ( <b>103,5 %</b> ) b) 52 ( <b>130 %</b> )	a) 200 b) 40	a) 204 ( <b>102 %</b> ) b) 52 ( <b>130 %</b> )
Akademia Medyczna w Katowicach	a) 290 b) 58	a) 291 ( <b>100,3 %</b> ) b) 60 ( <b>103,4 %</b> )	a) 330 b) 66	a) 336 ( <b>101,8 %</b> ) b) 79 ( <b>119,7 %</b> )
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	a) 200 b) 40	a) 210 ( <b>105 %</b> ) b) 62 ( <b>155 %</b> )	a) 200 b) 40	a) 206 ( <b>103%</b> ) b) 62 ( <b>155 %</b> )
Akademia Medyczna w Lublinie	a) 165 b) 33	a) 166 ( <b>100,6 %</b> ) b) 41 ( <b>124,2 %</b> )	a) 180 b) 36	a) 172 ( <b>95,6%</b> ) b) 60 ( <b>166,7 %</b> )
Uniwersytet Medyczny w Łodzi (bez kierunku wojskowo – lekarskiego)	a) 180 b) 36	a) 202 ( <b>112,2 %</b> ) b) 73 ( <b>202,8 %</b> )	a) 180 b) 36	a) 187 ( <b>103,9 %</b> ) b) 85 ( <b>236,1 %</b> )
Akademia Medyczna w Poznaniu**	a) 180 b) 36	a) 184 ( <b>102,2 %</b> ) b) 50 ( <b>138,9 %</b> )	a) 180 b) 36	a) 180 ( <b>100 %</b> ) b) 53 ( <b>147,2%</b> )
Akademia Medyczna w Szczecinie	a) 120 b) 24	a) 129 ( <b>107,5 %</b> ) b) 33 ( <b>137,5 %</b> )	a) 125 b) 25	a) 131 ( <b>104,8 %</b> ) b) 59 ( <b>236 %</b> )
Akademia Medyczna w Warszawie	a) 290 b) 58	a) 294 ( <b>101,4 %</b> ) b) 56 ( <b>96,6 %</b> )	a) 300 b) 60	a) 291 ( <b>97 %</b> ) b) 59 ( <b>98,3 %</b> )
Akademia Medyczna we Wrocławiu	a) 200 b) 40	a) 220 ( <b>110 %</b> ) b) 56 ( <b>140 %</b> )	a) 220 b) 44	a) 220 ( <b>100 %</b> ) b) 51 ( <b>115,9%</b> )

\* W tabeli podano liczbę osób przyjętych na studia. Faktyczna liczba osób rozpoczynających studia była niekiedy niższa bowiem wśród osób zakwalifikowanych na I rok studiów znajdowały się osoby, które nie podejmowały studiów.

\*\* W przypadku Akademii Medycznej w Poznaniu w zestawieniu ujęto wolnych słuchaczy. Organizacja zajęć dydaktycznych dla tej grupy osób oparta była o elementy charakterystyczne dla studiów wieczorowych.

**Załącznik nr 5 – Wielkość rekrutacji na I rok studiów na kierunek lekarsko – dentystyczny w stosunku do obowiązujących limitów\*: a) studia dzienne, b) studia wieczorowe.**

Nazwa uczelni	Limit na rok akademicki 2003/2004 ustalony przez Ministra Zdrowia	Liczba osób przyjętych (w relacji do ustalonego limitu)	Limit na rok akademicki 2004/2005 ustalony przez Ministra Zdrowia	Liczba osób przyjętych (w relacji do ustalonego limitu)
Akademia Medyczna w Białymstoku	a) 70 b) 14	a) 75 ( <b>107,1 %</b> ) b) 23 ( <b>164,3 %</b> )	a) 70 b) 15	a) 74 ( <b>105,7%</b> ) b) 30 ( <b>200 %</b> )
Akademia Medyczna w Bydgoszczy	Nie prowadziła tego kierunku			
Akademia Medyczna w Gdańsku	a) 60 b) 12	a) 56 ( <b>93,3 %</b> ) b) 18 ( <b>150 %</b> )	a) 50 b) 15	a) 53 ( <b>106 %</b> ) b) 18 ( <b>120 %</b> )
Akademia Medyczna w Katowicach	a) 80 b) 16	a) 80 ( <b>100 %</b> ) b) 22 ( <b>137,5 %</b> )	a) 80 b) 16	a) 80 ( <b>100 %</b> ) b) 33 ( <b>206,3 %</b> )
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	a) 60 b) 12	a) 65 ( <b>108,3 %</b> ) b) 42 ( <b>350 %</b> )	a) 60 b) 15	a) 63 ( <b>105 %</b> ) b) 43 ( <b>286,7 %</b> )
Akademia Medyczna w Lublinie	a) 72 b) 14	a) 74 ( <b>102,8 %</b> ) b) 15 ( <b>107,1 %</b> )	a) 80 b) 16	a) 78 ( <b>97,5 %</b> ) b) 22 ( <b>137,5 %</b> )
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	a) 60 b) 12	a) 90 ( <b>150 %</b> ) b) 56 ( <b>466,7 %</b> )	a) 60 b) 15	a) 63 ( <b>105 %</b> ) b) 83 ( <b>553,3 %</b> )
Akademia Medyczna w Poznaniu**	a) 72 b) 14	a) 74 ( <b>102,8 %</b> ) b) 23 ( <b>164,3%</b> )	a) 72 b) 15	a) 72 ( <b>100 %</b> ) b) 23 ( <b>153,3 %</b> )
Akademia Medyczna w Szczecinie	a) 70 b) 14	a) 70 ( <b>100 %</b> ) b) 13 ( <b>92,9 %</b> )	a) 80 b) 16	a) 80 ( <b>100 %</b> ) b) 26 ( <b>162,5 %</b> )
Akademia Medyczna w Warszawie	a) 88 b) 18	a) 87 ( <b>98,9 %</b> ) b) 15 ( <b>83,3 %</b> )	a) 88 b) 18	a) 89 ( <b>101,1 %</b> ) b) 17 ( <b>94,4 %</b> )
Akademia Medyczna we Wrocławiu	a) 80 b) 16	a) 81 ( <b>101,3 %</b> ) b) 19 ( <b>118,8 %</b> )	a) 80 b) 16	a) 82 ( <b>102,5 %</b> ) b) 23 ( <b>143,8 %</b> )

\* W tabeli podano liczbę osób przyjętych na studia. Faktyczna liczba osób rozpoczynających studia była niekiedy niższa bowiem wśród osób zakwalifikowanych na I rok studiów znajdowały się osoby, które nie podejmowały studiów.

\*\* W przypadku Akademii Medycznej w Poznaniu w zestawieniu ujęto wolnych słuchaczy. Organizacja zajęć dydaktycznych dla tej grupy osób oparta była o elementy charakterystyczne dla studiów wieczorowych.

**Załącznik nr 6****Opłaty za studia wieczorowe (1 rok) na kierunku lekarskim i lekarsko dentystycznym w roku akademickim 2004/2005 w wybranych uczelniach medycznych**

<b>Nazwa uczelni</b>	<b>Wysokość opłat</b>
Akademia Medyczna w Bydgoszczy	Kierunek lekarski – 15.000 zł
Akademia Medyczna w Gdańsku	kierunek lekarski - 13.000 zł, lekarsko-dentystyczny – 14.000 zł
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie	kierunek lekarski - 12.000 zł, lekarsko-dentystyczny – 14.000 zł
Akademia Medyczna w Poznaniu (wolni słuchacze)	kierunek lekarski 13.400 zł – 18.500 zł w zależności od roku studiów, lekarsko-dentystyczny – 14.600 zł – 18.600 zł w zależności od roku studiów
Akademia Medyczna w Szczecinie	kierunek lekarski 17.000 zł – 18.537 zł w zależności od roku studiów, lekarsko-dentystyczny – 18.200 zł – 19.845 zł w zależności od roku studiów
Akademia Medyczna w Warszawie	kierunek lekarski 15.000 zł, lekarsko-dentystyczny – 15.000 zł

## Załącznik nr 7

**Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom na potrzeby uznania kwalifikacji w zawodzie lekarza w innych państwach członkowskich UE. Zestawienie zaświadczeń z podziałem na poszczególne specjalności.**

Specjalizacja	Liczba lekarzy aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	Wydane zaświadczenia do liczby lekarzy w %
Alergologia	927	17	1,83
Anestezjologia i intensywne terapie	3723	436	11,71
Chirurgia dziecięca	709	17	2,39
Chirurgia klatki piersiowej	213	19	8,92
Chirurgia naczyniowa	223	15	6,72
Chirurgia ogólna	5229	216	4,13
Chirurgia onkologiczna	427	3	0,70
Chirurgia plastyczna	140	13	9,28
Chirurgia stomatologiczna	25	2	8,00
Chirurgia szczękowo-twarzowa	76	2	2,63
Choroby płuc	2453	30	1,22
Choroby wewnętrzne	12227	306	2,50
Choroby zakaźne	944	5	0,52
Dermatologia i wenerologia	1459	21	1,43
Diabetologia	498	2	0,40
Diagnostyka laboratoryjna	211	1	0,47
Endokrynologia	800	13	1,62
Gastroenterologia	440	12	2,72
Geriatryka	156	1	0,64
Hematologia	220	11	5,00
Kardiologia	1894	37	1,95
Medycyna nuklearna	163	3	1,84
Medycyna paliatywna	86	1	1,16
Medycyna pracy	1744	13	0,74
Medycyna ratunkowa	413	26	6,29
Medycyna rodzinna	7920	48	0,60
Nefrologia	444	4	0,90
Neonatologia	1136	2	0,17
Neurochirurgia	390	10	2,56
Neurologia	2325	31	1,33
Neurologia dziecięca	352	1	0,28
Okulistyka	2639	43	1,62
Onkologia kliniczna	342	2	0,58
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	2150	105	4,88
Otolaryngologia	1959	26	1,32

Ważniejsze wyniki kontroli

Patomorfologia	478	16	3,34
Pediatrya	6002	88	1,46
Położnictwo i ginekologia	5502	131	2,38
Psychiatria	2050	58	2,82
Psychiatria dzieci i młodzieży	210	3	1,42
Radiologia i diagnostyka obrazowa	1799	108	6,00
Radioterapia onkologiczna	312	5	1,60
Rehabilitacja medyczna	1072	13	1,21
Reumatologia	1506	15	0,99
Urologia	1020	32	3,13
Zdrowie publiczne	1831	4	0,21
RAZEM	76839	1967	2,55

*Dane NIL za okres od 1.05. 2004 r. do 30. 06.2005 r.*

Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom dentystom na potrzeby uznania kwalifikacji w zawodzie w innych państwach członkowskich UE.

Liczba lekarzy dentystów aktywnych zawodowo	30283	100%
Liczba wydanych zaświadczeń stwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji	730	2,4%
Liczba zaświadczeń potwierdzających okres wykonywania zawodu (3 z 5) lat	378	1,2%
Razem wydanych zaświadczeń	1108	3,6%

*Dane NIL za okres od 1.05. 2004 r. do 30. 06.2005 r.*

## **Załącznik nr 8**

### **Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli:**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Zdrowia
8. Minister Edukacji i Nauki
9. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Odpowiedzialności Konstytucyjnej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
13. Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej
14. Rektorzy Akademii Medycznych