

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Edukacji,
Nauki
i Młodzieży**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW NAUKI
I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO
(NR 5)
z dnia 23 maja 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży

– podkomisji stałej do spraw nauki i szkolnictwa wyższego (nr 5)

23 maja 2024 r.

Podkomisja stała do spraw nauki i szkolnictwa wyższego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Doroty Olko (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- informacja ministra nauki na temat wyników audytu nowych kierunków medycznych, funkcjonujących od roku akademickiego 2023/2024;
- dyskusja nad potrzebami zmian w rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r., dotyczącym standardów kształcenia na kierunkach medycznych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zuzanna Hazubska** szef Gabinetu Politycznego Ministra i **Marcin Czaja** dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, **Mariusz Klencki** dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, **dr hab. inż. Janusz Uriasz** przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Współpracy Rzecznika Praw Pacjenta, **prof. dr hab. UW Marcin Pałys** przewodniczący Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, **prof. dr hab. Marcin Gruchała** przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, **dr Włodzimierz Banasik** skarbnik Konferencji Rektorów Zawodowych Szkół Polskich, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich, **prof. dr hab. Jerzy Walocha** kierownik Katedry Anatomii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, **Dorota Korycińska** prezeska Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Sebastian Goncerz** przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Hałabuz** prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL, **Robert Kupis** członek Rady Kształcenia Młodych Kadr Medycznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Paweł Klimas** koordynator narodowy ds. edukacji medycznej Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, **Małgorzata Grochocka** członek Rady Doradczej Krajowej Reprezentacji Doktorantów i przewodnicząca Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych wraz ze współpracownikami, **Agata Andrzejczyk** członek Rady Studentów Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej wraz ze współpracownikami, **Olga Witkowska-Piłaszewicz** przewodnicząca Rady Młodych Naukowców wraz ze współpracownikami, **Kinga Kurowska-Wilczyńska** prezes Fundacji Młodej Nauki oraz **Jagoda Hofman-Hutna** członkini fundacji Polki w Medycynie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Marta Artymińska** i **Agnieszka Kalinowska-Wójcik** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Dorota Olko (Lewica)**:

Poproszę, proszę państwa, o zajmowanie miejsc i otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw nauki i szkolnictwa wyższego. Bardzo przepraszam za chwilę opóźnienia.

Stwierdzam kworum.

Witam posłów oraz zaproszonych i licznie obecnych gości, z czego bardzo, bardzo się cieszymy i dziękujemy za tak liczną obecność. Witam pana Marcina Czaję, dyrektora Departamentu Organizacji Uczelni w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Witam panią Zuzannę Hazubską, szefową Gabinetu Politycznego w MNiSW. Witam pana Janusza Uriasza, przewodniczącego Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Witam także pana Mariusza Klenckiego, dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia. Witam panią Edytę Gadomską, zastępczynię dyrektora w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych w MZ. Witam także pana profesora Marcina Gruchałę, przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Witam także – pozwolę sobie już nie wyczytywać wszystkich – wszystkich reprezentantów organizacji społecznych, organizacji zajmujących się tym tematem, który będziemy dzisiaj poruszać. Witam reprezentantów świata akademickiego, środowiska medycznego.

I, proszę państwa, porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia to, po pierwsze, informacja ministra nauki na temat wyników audytu nowych kierunków medycznych funkcjonujących od roku akademickiego 2023/2024, czyli bieżącego roku akademickiego, i po drugie, dyskusja nad potrzebami zmian w rozporządzeniu ministra edukacji i nauki z dnia 29 września 2023 r. dotyczącego standardu kształcenia na kierunkach medycznych. Czy są jakieś uwagi do porządku? Nie widzę, więc stwierdzam, że porządek posiedzenia został przyjęty.

Proponuję, żeby przeprowadzić dyskusję łączną nad dwoma punktami, bo myślę, że tutaj te uwagi na temat tych dwóch punktów będą się przeplatać, więc nie ma sensu, żebyśmy rozdzielali poszczególne punkty. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że podkomisja akceptuje taką propozycję. Uznaję, że możemy przeprowadzić tę dyskusję łącznie.

Na początek, poprosiłabym o zabranie głosu pana dyrektora Marcina Czaję.

Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Marcin Czaja:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie posłanki, szanowni państwo goście, po pierwsze, chciałbym przeprosić za nieobecność pani minister Marii Mrówczyńskiej. Część z państwa wie, że pani minister zawsze stawia się na posiedzenia podkomisji, natomiast obowiązki w Brukseli dzisiaj zmusiły ją do wyjazdu. Swoista kumulacja obowiązków członków kierownictwa nie pozwoliła na reprezentację na poziomie kierownictwa ministerstw, dlatego postaram się sprostować temu zadaniu, które przede mną postawiono.

Nazywam się Marcin Czaja, jestem dyrektorem Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich – wcześniej Departamentu Szkolnictwa Wyższego. Pracuję w ministerstwie od 16 lat. Mówię o tym, ponieważ uczestniczyłem w procesach nadawania uprawnień do prowadzenia kierunków lekarskich na przestrzeni ostatnich lat i wiem, jakie emocje są związane z tymi decyzjami, które były podjęte w latach... dwóch ostatnich latach, tak naprawdę.

Proszę państwa, państwo posłowie, otrzymaliście państwo od nas dosyć szczegółowy materiał opisujący nasze działania opisujące sytuację, ja postaram się w dużym skrócie przedstawić tę sytuację, którą mamy obecnie. Natomiast, żeby dla wszystkich było jasne, jak ta sytuacja się kreowała, pozwolę sobie rozpocząć od tego, jaka jest procedura ubiegania się o pozwolenie na prowadzenie studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, bo to są identyczne procedury.

Po pierwsze, uczelnia musi spełniać warunki określone w ustawie, żeby w ogóle móc ubiegać się o pozwolenie na studia o kierunku lekarskim. Te warunki brzegowe wynikające z ustawy były w ostatnich latach trzykrotnie zmieniane. W bieżącym stanie prawnym jeszcze o to pozwolenie na prowadzenie studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym mogą się również ubiegać uczelnie zawodowe, co wzbudziło bardzo duże emocje środowiska medycznego. Uczelnia składa do ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki wniosek o pozwolenie na prowadzenie takiego kierunku. To jest dosyć obszerny materiał, natomiast jest to materiał wyłącznie pisemny, i są to deklaracje uczelni dotyczące tego, w jaki sposób to kształcenie będzie zorganizowane i następnie będzie prowadzone.

Taki wniosek podlega ocenie formalnej na poziomie ministerstwa i jeżeli dochodzimy do wniosku, że wniosek spełnia warunki formalne, to jest on przekazywany do zaopiniowania do ministra zdrowia i do Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Opinie wydawane przez ministra zdrowia i przez PKA na temat takiego wniosku nie są wiążące dla ministra. Minister może w sposób swobodny w trybie kodeksowym Kodeksu postępowania administracyjnego podjąć decyzje o wydaniu takiego pozwolenia bądź odmowie wydania takiego pozwolenia.

Proszę państwa, obecnie w systemie funkcjonuje kierunek lekarski, powiedziałbym, w 38 miejscach, ponieważ to jest 36 uczelni plus 2 filie uczelni medycznych. Z tych 38 miejsc 27 uczelni jest nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki, to jest 18 uczelni publicznych, 9 uczelni niepublicznych; 9 uczelni jest nadzorowanych przez ministra zdrowia. Z czego, tak jak powiedziałem, w 2 przypadkach kształcenie jest prowadzone zarówno w siedzibie uczelni, jak i jej filii. W latach 2022-2023 minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki wydał pozwolenie na prowadzenie kierunku lekarskiego w 19 miejscach, znowu to jest 17 uczelni plus 2 filie uczelni medycznych. Z tych 19 uczelni 12 uzyskało to pozwolenie po negatywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej, natomiast w każdym przypadku to pozwolenie było wydawane przy pozytywnej bądź warunkowo pozytywnej, czyli pozytywnej z zaleceniami, opinii ministra zdrowia. W bieżącym roku akademickim 2023/2024 po uzyskaniu pozwolenia pomimo negatywnej opinii PKA, przy równocześnie pozytywnej i warunkowo pozytywnej opinii ministra zdrowia, po raz pierwszy kształcenie na studiach na kierunku lekarskim rozpoczęło 9 uczelni, a właściwie rozpoczęło się w 9 miejscach. Dodatkowo 3 uczelnie planują rozpoczęcie kształcenia w dwóch przypadkach od roku akademickiego 2024/2025, a w jednym przypadku od roku akademickiego 2025/2026.

Szanowni państwo, będąc świadomymi negatywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej dla tych wniosków, dla tych kierunków, które zostały uruchomione, ministerstwo przeprowadziło... audyt to może za dużo za duże słowo, ale pewną weryfikację, na poziomie deklaracyjnym znowu, ze strony uczelni. Zapytaliśmy po prostu uczelnie, które rozpoczęły kształcenie, jak również te, które planują rozpoczęcie kształcenia, o to, w jaki sposób od momentu uzyskania pozwolenia przygotowały się do rozpoczęcia tego kształcenia, w jaki sposób zrealizowały zalecenia, czy to ministra zdrowia czy PKA wynikające z uchwał. Dwukrotnie pytaliśmy o to uczelnie. Taki materiał w pierwszej połowie lutego został przekazany do PKA wraz wnioskiem ministra nauki pana Dariusza Wierzchorka o przeprowadzenie oceny jakości kształcenia na tych uczelniach, które rozpoczęły kształcenie na kierunku lekarskim od 1 października 2023 r.

Jest z nami pan przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, więc będę prosił – jeżeli pani przewodnicząca pozwoli – o informację na temat tego, na jakim etapie w tej chwili są te audyty, czy te oceny jakości kształcenia.

Również zwróciliśmy się do Polskiej Komisji Akredytacyjnej o ocenę stopnia przygotowania dwóch uczelni, które planują rozpoczęcie kształcenia od roku akademickiego 2024/2025, ponieważ uznaliśmy, że ta ocena powinna zostać dokonana przez członków ekspertów PKA, jak również pan minister zwrócił się o to, żeby ta ocena nie opierała się wyłącznie na dokumentach, ale żeby również została dokonana, w miarę możliwości, na miejscu – w siedzibach tych uczelni.

Szanowni państwo, co po zakończeniu tych ocen... albo jakie są możliwości po stronie ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki na obecnym etapie? Jeżeli uczelnia uzyskałaby negatywną ocenę jakości kształcenia na rozpoczętych kierunkach studiów, to minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki ma możliwość wszczęcia postępowania w sprawie cofnięcia pozwolenia na utworzenie takich studiów. Z praktyki lat poprzednich wiemy, że tego typu działania są bardzo trudne, również społecznie – również z uwagi na studentów, którzy studiują na tych kierunkach, którzy rozpoczęli to kształcenie. W jednym przypadku to był Uniwersytet Radomski. Kilka lat temu. zastosowano procedurę nieustalania dla kierunku lekarskiego limitu przyjęć, czyli przerwę, jak gdyby, w kształceniu – po to, żeby dać szansę uczelni na dostosowanie

infrastruktury czy dostosowanie warunków prowadzenia studiów do wymagań rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia i wymagań ogólnych.

Tak więc minister po zakończeniu ocen przez Polską Komisję Akredytacyjną ma jak gdyby te dwie drogi. Pan minister Dariusz Wieczorek w ostatnich wypowiedziach medialnych wskazał, że zwrócił się do pani minister Izabeli Leszczyny o to, żeby na przyszły rok akademicki wszystkim tym uczelniom, które rozpoczęły kształcenie na kierunku lekarskim przy negatywnej opinii PKA, nie ustalać limitów przyjęć – poczekać na zakończenie procedury oceny i wtedy podejmować decyzje co do przyszłości tych kierunków w tych uczelniach.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to oddałbym głos panu przewodniczącemu PKA.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Tak bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Bardzo się cieszę, że jest z nami pan profesor Uriasz, bo właśnie, szczególnie ze względu na to, że te audyty się wciąż toczą, zależało nam także na informacji Polskiej Komisji Akredytacyjnej, więc oddaję głos panu profesorowi.

Przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej dr hab. inż. Janusz Uriasz:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja może najpierw przekazać państwu takich kilka informacji historycznych. Polska Komisja Akredytacyjna funkcjonuje od 2020 r. Oczywiście wcześniej kierunki lekarskie były prowadzone. Natomiast pierwsze wnioski, w procedurze, o której pan dyrektor tutaj wspomniał, zaczęliśmy rozpatrywać w 2013 r. To był pierwszy wniosek, i do 2022 r. takich wniosków rozpatrzyliśmy około 20. Natomiast w ostatnim roku, w dwóch latach, nastąpił rzeczywiście wysyp tychże wniosków – oceniliśmy kolejnych 20 takich wniosków, łącznie 42 wnioski zostały ocenione.

Z mojej oceny, z mojej perspektywy wynika, że w początkowym okresie taki średni czas uzyskania pozytywnej opinii i uruchomienia takiego kierunku wynosił co najmniej dwa lata. Czyli uczelnia bardzo... wnioskodawca bardzo długo przygotowywał się do uruchomienia tego trudnego kierunku. Zwykle ta pierwsza ocena była negatywna. Uczelnia mogła zapoznać się i zapoznawała się z wynikami, dokonywała korekty i w momencie, gdy była gotowa, uzyskiwała pozytywną opinię. Natomiast decyzję podejmował minister.

Rzeczywiście stało się tak w ostatnim czasie – to dla nas było zupełnym zaskoczeniem, że minister decydował się na uruchomienie kierunków mimo negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Te wnioski, w mojej ocenie, były przygotowywane bardzo szybko i raczej wnioskodawca skupiał się, w mojej ocenie, na przygotowaniu wniosku jako takiego, natomiast na nieprzygotowaniu się do prowadzenia tego kierunku – to wyraźnie było widać w tychże wnioskach. Później przekażę tu państwu kilka szczegółów na temat uwag, które mieliśmy.

Rzeczywiście mamy taką sytuację w chwili obecnej, że jest 9 kierunków prowadzonych mimo negatywnej oceny. Są 2 kierunki, które uzyskały negatywną ocenę, a uczelnie jeszcze nie uruchomiły tego kształcenia – to są Politechnika Bydgoska i Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie.

W lutym minister zwrócił się do nas z wnioskiem o dokonanie oceny tychże kierunków. My taką ocenę, szanowni państwo, tych kierunków nowo uruchomionych, standardowo prowadzimy po pierwszym roku zakończenia kształcenia, po trzecim roku zakończonego kształcenia, a także po całym cyklu zakończonego kształcenia, a później w interwałach pięcio-, sześcioletnich, dwuletnich – w zależności, jaka byłaby ta ocena. Tak więc niezależnie od tego, czy ocena była pozytywna, negatywna, i tak po pierwszym roku nastąpiłaby ocena.

Sam proces, szanowni państwo, przeprowadzenia takiej oceny przebiega według ściśle określonej procedury i obejmuje okres około 25 tygodni, tak naprawdę. Składa się na to przygotowanie do tej oceny, przygotowanie tak zwanego raportu samooceny, który przygotowuje jednostka, wizyty zespołu oceniającego na miejscu w uczelni. Później jest jeszcze procedura wymiany korespondencji i uwag między uczelnią a Polską Komisją Akredytacyjną, i w ostateczności przedstawiamy wynik tejże oceny w formie uchwały.

Główne zastrzeżenia, które mieliśmy do tych kierunków, które oceniliśmy negatywnie, dotyczyły istotnych braków infrastruktury, którą wnioskodawca posiadał bądź deklarował, że będzie posiadał w momencie rozpoczęcia kształcenia. Uwagi także dotyczyły posiadanych czy planowanych zasobów kadrowych, które wnioskodawca zamierzał zaangażować, czy zamierza zaangażować do prowadzenia tego kierunku. Także zastrzeżenia już takie w tym momencie mniej może istotne, ale bardzo ważne, dotyczące programów kształcenia, dotyczące planów związanych z zapewnieniem jakości kształcenia na tychże kierunkach. To nas bardzo niepokoiło z tego względu, że zwykle niektóre z tych jednostek dotychczas nie były predysponowane do prowadzenia takiego kierunku, a m. in. tam jest wymagana działalność badawcza, która powinna być realizowana, i to nie tylko deklaratywnie, tylko także pewna historia i pewien pomysł na realizowanie badań w zakresie prowadzonego kierunku. Tak więc, tak ogólnie mówiąc, to tego rodzaju zastrzeżenia mieliśmy do prowadzenia kierunków.

Bardzo nas niepokoił pomysł na przykład wykorzystania infrastruktury do prowadzenia kierunku, która znajdowała się, czy znajduje się, kilkadziesiąt, czy także kilkaset kilometrów od miejsca, czy siedziby, uczelni, w którym ten kierunek miałby być prowadzony.

Zatem kierunki zostały wyznaczone do oceny w lutym, w trakcie pierwszego roku. To jest tak naprawdę po raz pierwszy robimy taką procedurę – czyli jeszcze przed zakończeniem kształcenia na pierwszym roku – i, szanowni państwo, jesteśmy w chwili obecnej w procesie. Przeprowadziliśmy trzy oceny uczelni, tak więc teraz jesteśmy na etapie gromadzenia materiałów, przygotowania raportu i przygotowania ostatecznej oceny tychże jednostek. Dzisiaj rozpoczyna się ocena, w tym momencie, kolejnego kierunku w Nowym Sączu. Wszystkie kierunki, które zostały wyznaczone do oceny, zostaną ocenione do 13 czerwca. Tak więc mamy jeszcze 2-3 tygodnie, powiedzmy, i wyniki, jak gdyby, pierwsze spostrzeżenia będziemy mieli.

Tym niemniej już dzisiaj mogę się z państwem podzielić informacją, że, jak gdyby, objawiają się te słabości związane z brakiem dostępności kadry. Także się objawiają pewne słabości związane z infrastrukturą. Zatem, nie chciałbym tutaj już takich konkretnych danych przekazywać, bo, jak gdyby, jeszcze uczelnia jest w procesie odwołania, natomiast widać, że po prostu tutaj te jednostki rzeczywiście mają duże, duże wyzwania w zapewnieniu właściwej kadry. Po prostu z naszych ocen wynika, że ta dostępność kadry regionalnie – wykwalifikowanej kadry i dyspozycyjnej, która może, jak gdyby, zająć się kształceniem – nie jest... albo inaczej – jest ograniczona, i to w dużym stopniu także dostrzegamy, że jeśli chodzi o pewne deklaracje nauczycieli akademickich, którzy występowali we wniosku, to oni już dzisiaj nie są tak skorzy do angażowania się, prowadzenia kształcenia na tychże kierunkach. Natomiast sytuacja jest dynamiczna i sytuacja jest z perspektywy komisji dosyć trudna.

Tym niemniej, też muszę powiedzieć, że uczelnie, które są świadome ocen, które wystawiliśmy w tym pierwszym etapie, ocen negatywnych, oczywiście zapoznały się z naszymi spostrzeżeniami, uwagami i chciałbym powiedzieć, że podejmują bardzo dużo wysiłku w kierunku usunięcia tychże uchybień. Zatem widać to, że uczelnie w tym kontekście wykonują dobrą pracę, natomiast na ile ona będzie wystarczająca, to zobaczymy.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie profesorze.

I ja może jeszcze zapytam: czy przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia chcieliby coś dodać do tych głosów ministerialno-akredytacyjnych?

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Mariusz Klencki:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, mogę potwierdzić to, co do tej pory państwo usłyszeli. Rzeczywiście minister zdrowia po tym, co się stało, nie ma narzędzi, żeby jakoś wpływać bezpośrednio na dalszy los tych kierunków. Natomiast współpracujemy ściśle z Ministerstwem Nauki i rzeczywiście pracujemy nad rozporządzeniem w sprawie limitów, z uwzględnieniem propozycji ministra nauki – mianowicie, żeby pominąć te uczelnie, co do których trwa ocena powtórna, a jednocześnie, żeby wszystkie

pozostałe uczelnie – kandydaci, którzy się do nich będą zgłaszać – mieli jasną sytuację co do liczby miejsc. Tak więc prawdopodobnie to rozporządzenie będziemy po prostu szybko nowelizować po tym, jak się pojawi informacja, jaki jest dalszy los tych kierunków.

Z naszego punktu widzenia niewątpliwie ten problem kadrowy będzie problemem, który chyba będzie najtrudniejszy do rozwiązania na tych nowych kierunkach. Dlatego że infrastruktura to właściwie można powiedzieć, że to jest kwestia finansowa. Natomiast jeśli chodzi o kadry, to mamy poczucie, że generalnie te kierunki lekarskie, które funkcjonują już od dawien dawna, mają narastający problem z kadrami. To jest pewnie pierwsze zagadnienie i niewątpliwie trochę związane z tym, jaka jest relacja średnich zarobków, powiedzmy, lekarzy i średnich zarobków nauczycieli akademickich. Ta relacja się w ostatnich latach trochę rozjechała, i to powoduje, że, jakby, zainteresowanie i też ten taki status społeczny nauczyciela akademickiego, a powiedzmy może inaczej, że status lekarza, który jest jednocześnie nauczycielem akademickim, nie jest już tak kuszący, jak był kilkanaście lat temu.

W związku z tym ten problem to prawdopodobnie będzie problem, z którym się będziemy borykać stale przez najbliższe lata i nie tylko na tych nowych kierunkach. Ale ich otwarcie ten problem spotęguje, moim zdaniem, bo szczególnie w tych miejscach, gdzie będziemy mieć nagromadzenie konkurujących ze sobą uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim, będziemy mieć kłopot, jakby najbardziej jaskrawy. To niewątpliwie będzie się z kolei odbijało na jakości kształcenia. Wszyscy mamy takie poczucie – myślę, że większość osób zgromadzonych na tej sali, również.

To z kolei nas stymuluje to tego, żeby, jakby, przywrócić taką podstawową... znaczy, może nie podstawową, ale jedną z istotnych ról lekarskiego egzaminu końcowego, który w ostatnich latach też przestał pełnić swoją funkcję tak naprawdę przynajmniej weryfikującą tę część teoretyczną wiedzy, jaką lekarz powinien mieć, wchodząc na rynek pracy. W związku z tym tutaj planujemy zmiany i na pewno z nimi zdążymy, zanim pojawią się, jakby, na tych nowych kierunkach absolwenci.

Chciałbym dodać... w sumie może trochę wyprzedzam temat, ale pani przewodnicząca zasygnalizowała, że możemy też mówić o standardach, tak więc chciałbym powiedzieć, że w tym nowym standardzie na kierunku lekarsko-dentystycznym wśród wielu zmian pojawił się też nowy egzamin. Taki egzamin, który nazywa się Objective Structured Clinical Examination. On chyba nie ma dobrego tłumaczenia na polski, ale mówimy na to OSCE.

To jest egzamin, który jest nowością. Jest nowością, dlatego że on jest dosyć... znaczy, może jest on nowością jako obowiązek – to się pojawia jako obowiązkowy element na ostatnim roku kształcenia kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. I on jest w takich symulowanych warunkach klinicznych, czyli mamy taką inscenizowaną sytuację, mamy odpowiednio przygotowanego, powiedzmy w cudzysłowie, aktora, który odgrywa rolę pacjenta – możemy badać, jak student czy też lekarz później, będzie się zachowywać w danej sytuacji. Na przykład, jak zakomunikuje pacjentowi, że właśnie wyniki badań wskazują, że ma raka. To trzeba umieć zrobić, i żeby to sprawdzić, przeegzaminować, to właściwie taka forma jest jedyną możliwą. Ten egzamin był już na naszych uczelniach, przynajmniej niektórych, wykorzystywany częściowo. Problem z nim związany jest głównie taki, że on jest dosyć trudny i drogi w zorganizowaniu.

Ale to, co przy okazji... jaki pomysł się zrodził, to taki, żeby ten egzamin był wystandaryzowany. I tu pewnie w międzyczasie będziemy musieli stworzyć jakieś dodatkowe narzędzia prawne, ale chcielibyśmy, żeby ten egzamin był wystandaryzowany pomiędzy wszystkim uczelniami, bo on się będzie odbywać w uczelni, będzie się odbywać siłami uczelni, ale żeby jakby poziom tego egzaminu, rodzaj tych zadań, przed którymi będą stawiali egzaminowani, żeby był taki sam. Czyli, żebyśmy mieli dodatkową miarę tej, krótko mówiąc, jakości kształcenia praktycznego na uczelni.

To chyba tyle na tym etapie.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Pan dyrektor Czaja jeszcze prosił.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich
MNiSW Marcin Czaja:**

Szanowni państwo, kończąc, że tak powiem, swoją wcześniejszą wypowiedź, pan przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej powiedział o tym, że do 13 maja zostaną zakończone...

Przewodniczący PKA dr hab. inż. Janusz Uriasz:
Czerwca.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich
MNiSW Marcin Czaja:**

...czerwca – przepraszam – zostaną zakończone oceny. Ja chciałbym podkreślić, że zostaną zakończone oceny w siedzibach uczelni, czyli wizytacje PKA. To oznacza, że do tej daty należy dodać kilka tygodni jeszcze na dokończenie całego procesu oceny i wydanie opinii w formie uchwały Prezydium Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a to oznacza, że najprawdopodobniej w okresie trwania rekrutacji minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki nie będzie miał ostatecznej uchwały PKA, z oceną jakości kształcenia na tych kierunkach.

Dodatkowo, ponieważ powiedziałem o zmianach w ustawie – Prawo o szkolnictwie wyższym umożliwiających ubieganie się o kierunek lekarski, na poziomie kierownictwa ministerstwa właściwie zapadła już decyzja o tym, że będziemy się wycofywać z tych zmian wprowadzonych na przestrzeni od 2018 do 2022 r. Będziemy dążyć do tego... Projektujemy ten przepis w ten sposób, żeby brzmiał on dokładnie tak, jak brzmiał w ustawie w wersji obowiązującej od 1 października 2018 r., czyli o pozwolenie na prowadzenie studiów na kierunku lekarskim będą mogły się ubiegać wyłącznie uczelnie akademickie posiadające kategorię naukową co najmniej B+ w naukach medycznych lub w naukach o zdrowiu. To tyle tytułem uzupełnienia w tym temacie.

Natomiast chciałbym jeszcze nawiązać do kwestii standardów kształcenia na kierunku lekarskim i myślę, że tego, co jest głównym postulatem dzisiaj, a mianowicie uregulowania kwestii liczebności grup studenckich w ramach zajęć klinicznych na III-V roku i ewentualna modyfikacja liczebności tych grup w ramach zajęć klinicznych na roku VI. Proszę państwa, wyjaśnienia wymaga jedna kwestia – do końca września 2023 r., czyli do wejścia w życie ostatniej nowelizacji standardów kształcenia na kierunku lekarskim, w przepisach powszechnie obowiązujących, czyli w przepisach rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia, nie było żadnych wymagań dotyczących liczebności grup w ramach zajęć klinicznych. To rozwiązanie na VI roku – te zajęcia w grupach pięcio-, maksymalnie ośmioosobowych – zostało wprowadzone i ono zaczęło obowiązywać od cyklu kształcenia rozpoczynającego się w październiku 2024 r. Wcześniej w rozporządzeniu w sprawie standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza dentysty był wymóg, żeby zajęcia na ostatnim roku odbywały się w grupach maksymalnie pięcioosobowych.

Przedstawiciele Porozumienia Rezydentów wskazują w dokumentach przesłanych również do nas, do ministerstwa, a wspartych przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, na to, że konieczne jest uregulowanie kwestii liczebności grup studenckich w ramach zajęć III-V rok i modyfikacja tej liczebności na VI roku. Zatem to, co mogę w tej chwili powiedzieć, to, że w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia będziemy zmieniać ten standard, ponieważ będą dochodziły jeszcze inne zmiany. Zmienia się zresztą za moment dyrektywa w sprawie zawodów regulowanych, w tym zawodów medycznych – będziemy musieli do niej również się dostosować.

Natomiast będziemy musieli przeprowadzić analizę i pewnie zapytamy wszystkie uczelnie prowadzące kierunek lekarski, które będą kontynuowały prowadzenie tego kierunku lekarskiego, o to, jak to się odbije na ich kosztach. Ponieważ w tej chwili w systemie mamy uczelnie, które prowadzą zajęcia na V-VI roku w grupach dwuosobowych, na przykład; mamy uczelnie, które prowadzą w większych grupach. Musimy sobie zdawać wszyscy sprawę z tego, że w przypadku uczelni publicznych w ramach studiów stacjonarnych musi być stać budżet państwa na to, żeby pokryć zwiększone koszty

kształcenia na kierunku lekarskim przy małych grupach studenckich, czy zmniejszonych grupach studenckich w stosunku tego, jak to było prowadzone dotychczas.

I teraz to już chyba wszystko. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo za te uzupełnienia.

Poprosiłabym o zabranie głosu pana profesora Marcina Gruchałę, przedstawiciela Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. dr hab. Marcin Gruchała:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie. Dla tych z państwa, którzy nie wiedzą, co to jest Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych – jest to część KRASP, czyli konferencji rektorów akademickich uczelni polskich, zrzeszającej wszystkie akademickie uczelnie w Polsce; organizacji, która działa na podstawie ustawy i stanowi jedno z podstawowych przedstawicielstw środowiska akademickiego wobec władz państwowych, wobec środowiska.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych zrzesza 16 uczelni: 9 uczelni tak zwanych typowo medycznych podległych Ministerstwu Zdrowia oraz 5 uczelni o charakterze akademickim, które posiadają collegia medica, takie jak Uniwersytet Jagielloński, jak Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. KRAUM zrzesza nie tylko uczelnie, które posiadają tradycje kształcenia w zawodach medycznych czy w zawodzie lekarza przez kilkadziesiąt, a nawet przez kilkaset lat, tak jak chociażby Uniwersytet Jagielloński, ale zrzesza również uczelnie, które otwierały, uruchamiały kierunek lekarski na przestrzeni ostatnich, powiedzmy, dziesięciu, nastu lat, takie jak Uniwersytet Zielonogórski, jak Uniwersytet Kielecki, jak Uniwersytet Rzeszowski, jak Uniwersytet Olsztyński.

Te nowe uczelnie, w cudzysłowie, one uruchamiały kierunek lekarski na podstawie przepisów tych wcześniejszych, czyli to były uczelnie, które tak jak pan profesor Uriasz przed chwilą powiedział, bardzo porządnie i w sposób niezwykle, powiedziałbym, taki zaangażowany przez wiele lat przygotowywały się kadrowo, infrastrukturalnie do uruchomienia kierunku lekarskiego. Po to, żeby sprostać bardzo wysoko postawionym wymogom dla kształcenia w tym zawodzie, który – myślę, że nie muszę tłumaczyć – z punktu widzenia społecznego ma niezwykle istotne znaczenie, żeby jakość kształcenia na tym kierunku była odpowiednio wysoka; jest to kształcenie regulowane. I te uniwersytety, mogę powiedzieć, one równały w górę, dociągały do tych uczelni medycznych, żeby sprostać bardzo wysokim standardom.

Na przestrzeni ostatnich lat, tak jak pan dyrektor Czaja powiedział, trzykrotnie obniżano kryteria uruchomienia kierunku lekarskiego. Dzisiaj, można powiedzieć, wystarczy, żeby przy stole zebrało się 12 osób, które zatrudnią się w ramach pełnego etatu, które będą reprezentowały nauki medyczne i o zdrowiu – proszę państwa, wystarczy 12 absolwentów AWF, żeby uruchomić kierunek lekarski. Dzisiaj – tak mówi ustawa, pozwala na coś takiego. I myślę, że to jest trudno akceptowalne.

Proszę państwa, ja bardzo dziękuję za to, co usłyszałem przed chwilą ze strony pana dyrektora, pana przewodniczącego Polskiej Komisji Akredytacyjnej, bo to są w znacznej mierze... uspokaja nas trochę i wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i obawom, które my, jako uczelnie czujące się odpowiedzialne przez kilkadziesiąt lat za kształcenie polskich lekarzy, których dyplomy bez problemu są dzisiaj akceptowane w Unii Europejskiej i na całym świecie... właśnie niedawno uzyskaliśmy, głównie w oparciu o działalność uczelni zrzeszonych w KRAUM, akredytację amerykańską na kolejne sześć lat. Powiem tak: dobrze, że Amerykanie nie podnosili kwestii jakości kształcenia na tych nowych kierunkach, bo prawdopodobnie, śmiem twierdzić wprost, że byśmy tej akredytacji nie otrzymali.

Proszę państwa, myślę, że kluczowe są te rzeczy, o których mówił pan dyrektor, czyli konieczny jest powrót do kryteriów uruchomienia kierunku lekarskiego w pierwotnych zapisach ustawy 2.0, tak jak pan dyrektor powiedział. I to jest, proszę państwa, sprawa

niezwykle pilna. Tutaj jesteśmy Sejmie – zwracam się do państwa posłów o naprawę jak najszybsze prace nad tym.

Bardzo dziękuję za to, że odbywa się audyt Polskiej Komisji Akredytacyjnej w tych uczelniach, które uzyskały negatywną opinię. Chciałbym bardzo prosić pana przewodniczącego PKA, żeby były to audyty wykonywane przez ekspertów. Nie zawsze tak jest, że w składach komisji, które przyjeżdżają na uczelnie, są osoby, które – powiem wprost – mają pojęcie o kształceniu medycznym. Zdarza się tak, że przyjeżdżają osoby, które zupełnie nie mają pojęcia. Powiem wprost – w przyszłym tygodniu, bodajże, będziemy wizytowani przez komisję, czy kierunek stomatologiczny na naszej uczelni będzie wizytowany przez komisję PKA, na czele której stoi psycholog, który jest odpowiedzialny za uruchomienie właśnie jednego z nowych kierunków lekarskich na uczelni, czyli tak... Nie wiem, czy to jest OK, czy to jest w porządku. Tak więc bardzo proszę o to, żeby posilić się ekspertami. My takich ekspertów chętnie dostarczymy. Myślę, że również samorząd lekarski, który stoi na straży jakości kształcenia medycznego w Polsce, jest w stanie takich ekspertów dostarczyć, i bardzo proszę, żeby Polska Komisja Akredytacyjna sięgała po tych ekspertów, którzy rzeczywiście mają pojęcie o kształceniu przeddyplomowym w zakresie kierunku lekarskiego.

Proszę państwa, kwestia standardu. Ten nowy standard, który mamy, to jest dobry standard generalnie, KRAUM aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ale, proszę państwa, ten standard jest dość ogólnym dokumentem. Ta ogólność była wystarczająca w momencie, kiedy dla uczelni, które kształciły na kierunku lekarskim, pewne aspekty były po prostu oczywistą oczywistością. Nikomu, proszę państwa, przez 200 lat nie przyszło na myśl kształcić na kierunku lekarskim bez dostępu do prosektorium – jakoś tak nie przyszło nikomu do głowy. Również nikomu nie przyszło do głowy, żeby ortopeda kształcił w zakresie pediatrii, czy okulista kształcił w zakresie chirurgii – to były rzeczy, których po prostu żadna szanująca się uczelnia nigdy by nie przyjęła. W obecnej sytuacji, kiedy żyjemy w świecie, kiedy coś nie jest zapisane i nie jest skodyfikowane... istnieje pilna konieczność uszczegółowienia standardu, i to nie tylko w zakresie liczebności grup.

Powiem, że na uniwersytecie publicznym, który reprezentuję – Gdański Uniwersytet Medyczny, jestem rektorem z ośmioletnim stażem – grupy ćwiczeniowe na zajęciach klinicznych to są grupy cztero-, sześciuosobowe do V roku, a na VI roku to są grupy dwuosobowe na roku praktycznym, w nadzwyczajnych sytuacjach to są grupy trzyosobowe. Proszę państwa, myślę, że też oczywistą oczywistością jest to, że nikt z nas nie chciałby być pacjentem szpitala klinicznego poddawany, założmy, badaniu fizykalnemu, do którego przychodzi, nie wiem, 8, 10, 15 osób – poród, badanie ginekologiczne. Myślę, że tu nie ma w ogóle o czym mówić. W moim przekonaniu i w przekonaniu KRAUM, na dzień dzisiejszy konieczny jest powrót do pracy nad standardem, po prostu uszczegółowieniem go.

I na zakończenie powiem, że zgadzam się w pełni, że problemem podstawowym będą kadry, i to dokładnie z tych powodów, o których mówił pan dyrektor – powodów czysto płacowych. Dzisiaj pensja rezydenta jest równa podstawowej pensji profesora na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym – po podwyżkach. Profesor otrzyma na naszej uczelni 10 080 zł pensji podstawowej, a rezydent w specjalizacji deficytowej, o ile dobrze pamiętam, również kwotę przewyższającą 10 000 po planowanych podwyżkach od 1 lipca tego roku. Proszę państwa, na moim biurku niemalże co tydzień lądują podania nauczycieli akademickich z wnioskami o redukcję etatu w uczelni bądź też wnioskami o rozwiązanie umowy, i te osoby albo poświęcają się całkowicie pracy klinicznej albo wędrują do uczelni elbląskiej, która prowadzi kierunek lekarski i oferuje nauczycielom akademickim, w szczególności profesorom, pensję 2-3 razy wyższą, niż ja jestem w stanie zaproponować. Tak więc czynnik kadrowy.

Czynnik infrastrukturalny jest najprostszy do nadgonienia, ale proszę państwa, jest jeszcze coś, o czym chciałem na koniec powiedzieć – to jest środowisko, w którym lekarze powinni się kształcić, i KRAUM stoi na stanowisku, że w zawodzie lekarza powinno się kształcić na uczelniach akademickich. Wiele z tych uczelni, które podjęło kształcenie, to są uczelnie, które nie spełniają warunków przyjęcia do KRASP, czyli trudno je nazwać uczelniami akademickimi. Lekarze powinni się kształcić w środowisku, w którym prowa-

dzi się badania naukowe, czyli tworzy się wiedzę medyczną, w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Czyli trudno sobie wyobrazić kształcenie lekarza chociażby na politechnikach czy uczelniach, które nie prowadziły badań w tym zakresie. Lekarz, proszę państwa, musi odróżnić wartościową wiedzę medyczną od pseudowiedzy, od pseudonauki, której mamy zalew. Lekarz musi umieć zweryfikować informację, z którą przychodzi do niego chociażby firmy farmaceutyczne, żeby być odporny na manipulację. A jak jest to ważne, to wiemy – chociażby kwestia szczepionek w covidzie i tak dalej. Lekarz musi umieć weryfikować informację, musi wiedzieć, skąd pochodzi wartościowa wiedza medyczna oparta na badaniach naukowych.

Bardzo wszystkim państwa proszę o kontynuowanie tych działań. Dziękuję za te działania, które podejmuje Ministerstwo Nauki, Ministerstwo Zdrowia, Polska Komisja Akredytacyjna, Sejm. Bardzo dziękuję za to spotkanie. To jest bardzo ważne spotkanie i myślę, że sprawy idą w dobrym kierunku, ale konsekwencja jest tu bardzo ważna. Bardzo dziękuję za decyzję o nieustalaniu limitów dla uczelni, które uzyskały negatywną opinię teraz, w tym okresie, dzięki czemu ta weryfikacja, myślę, będzie mogła odbywać się w sposób obiektywny i z korzyścią dla nas wszystkich. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Też bardzo się cieszymy, że znaleźli państwo czas, żeby zabrać dzisiaj ten ważny głos.

Poprosiłabym teraz o zabranie głosu przewodniczącego Porozumienia Rezydentów OZZL pana Sebastiana Goncerza. Zaprośiliśmy tutaj Porozumienie Rezydentów ze względu na stanowisko dotyczące standardów kształcenia, które przygotowało porozumienie, i ze względu na to, że to stanowisko zostało poparte przez dziesiątki organizacji, więc wydaje mi się, że powinno też dzisiaj zostać zaprezentowane jako jeden z głosów wprowadzających. Oddaję głos.

Przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Sebastian Goncerz:

Dziękuję bardzo. Dziękuję, szanowna pani i szanowni państwo, za organizację i dziękuję za wsparcie przy tej sprawie.

Już nie będę się rozwodził na temat aktualnej sytuacji, bo ona została bardzo dobrze przedstawiona. Jedyne, co chcę tutaj przekazać, to że problem z dostępem do kadry, infrastruktury, zasobów, które te uczelnie mają, jest duży, i to, co w efekcie tego obserwujemy, to że te nowe kierunki sięgają po różnego rodzaju półśrodki, żeby móc realizować coś, cokolwiek. Tak jak pan profesor wcześniej powiedział, jeśli coś nie jest napisane wprost, to ludzie będą szukać metody, by osiągnąć cel innymi metodami. W związku z tym stoimy na stanowisku, że standardy kształcenia na kierunku lekarskim należy po prostu doprecyzować i zabezpieczyć się przed tymi problemami, które teraz obserwujemy. I zabezpieczyć się na przyszłość. O potrzebnym zmianie standardów informowaliśmy ministerstwo czterokrotnie w czterech różnych pismach. To ostatnie uważam za ogromny sukces, bo zebranie 62 organizacji oraz pięciorga profesorów, którzy wypowiedzieli się w stanowisku, jest dużym osiągnięciem. Z tego miejsca też dziękuję wszystkim tutaj obecnym organizacjom, które je poparły, oraz wszystkim, którzy nie mogli być obecni i poparli.

W związku z tym, przechodząc już do konkretów, mamy takie trzy generalne postulaty co do tych standardów, które chcielibyśmy opracować.

Pierwszym jest to, co zostało wspomniane tutaj przez pana dyrektora, czyli liczebność grup klinicznych. My mieliśmy, tak jak też pan profesor zauważył, zajęcia w czterech do sześciuosobowych grupach klinicznych, na niektórych uniwersytetach nawet udawało się na VI roku prowadzić w dwuosobowych grupach klinicznych. Ten stan rzeczy zapewnia komfort i godność pacjenta, na którym się uczymy i z którego czasu... i którego w jego chorobie i cierpieniu, w tym newralgicznym punkcie, przychodzimy badać i się uczyć, jak temu zaradzić na przyszłość, ale też pozwala nam osiągnąć tę wiedzę odpowiedniej jakości. I teraz zaobserwowaliśmy to, że w opiniach Polskiej Komisji Akredytacyjnej są uczelnie, które deklarują, że chcą prowadzić zajęcia kliniczne w grupach 10-osobowych albo 15-osobowych. Jest to sytuacja generalnie absurdalna, z nieposzanowaniem dla godności

pacjenta, na którym tak naprawdę się w tej sytuacji uczymy. Dlatego też postulowaliśmy o to, żeby te grupy były maksymalnie sześćosobowe, bo aktualnie w standardach, tych nowych, które będą, od przyszłego roku wejdą w życie, doprecyzowane jest to tylko na roku VI, gdzie jest to zapisane w sposób taki, że grupy powinny być pięćosobowe, ale w szczególnych warunkach mogą być ośmioosobowe, przy czym tych szczególnych warunków nie określono. W związku z tym to jest ten pierwszy punkt. 62 organizacje, które sumarycznie zrzeszają setki tysięcy osób, poparły ten postulat. Również organizacje pacjenckie, również Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia. Z tego miejsca też chcę skierować podziękowania do rzecznika praw pacjenta i reprezentanta, ponieważ dzięki rozpowszechnieniu naszego apelu wśród organizacji pacjentów uzyskaliśmy też takie poparcie.

Przechodząc do kolejnego aspektu, to jest ta kwestia symulacji. Symulacje to jest rodzaj zajęć praktycznych, które odbywają się nie z pacjentem, ale na przykład z fantomem albo z aktorem. I, żeby nie było nieporozumienia, jest to wspaniały dodatek do kształcenia klinicznego, bo nie wszystko można z pacjentem zobaczyć. Najlepiej nauczyć się defibrylacji czy przyjmowania porodu na fantomie, a nie na pacjencie, kiedy robimy to w życiu po raz pierwszy. Ale to, co zaobserwowaliśmy – to zaobserwowaliśmy w standardach – to, że do V roku włącznie nie ma górnego odsetka tej formy zajęć, które mogą być w ten sposób prowadzone, za to na VI roku jest taki limit do 10% zajęć prowadzonych w ten sposób. W związku z tym, technicznie rzecz ujmując, jeśli ktoś poprowadzi całą ginekologię do V roku włącznie w formie symulacji, to spełnia te standardy. I ponownie jest to pewnym sensie nieprecyzyjne. Być może, wcześniej nie musiało być takiej potrzeby, ale aktualnie w pewnym stopniu ją odnajdujemy. W związku z tym postulujemy określenie tego limitu na wszystkich latach.

Trzeci aspekt jest taki, powiedziałbym najtrudniejszy, bo to jest postulat dotyczący ogólności warunków określonych w standardach co do prowadzenia zajęć. Podając przykład anatomii – uczelnie nie mają prosektoriów ani nie mają preparatów anatomicznych. W związku z tym, co robią? Kupują stoły anatomiczne, czyli dwuwymiarowe stoły prezentujące dwuwymiarowy obraz ciała człowieka. Znajdują modele plastikowe. Ostatnio jedna z uczelni, która zresztą też dostała pozytywne opinie, z dumą się pochwaliła, że wydrukowała na drukarce 3D mózg swojego rektora czy dziekana i na nim będą się uczyli studenci – bo też nie mają dostępu do prosektorium. Inne też się chwala, że studenci będą się uczyć na narządach zwierzęcych, więc w absurdalność tych postulatów nie będę wchodził. Ale to, co się dalej pojawia, to na przykład jakaś uczelnia z dumą ogłasza, że udało się uzyskać zwłoki w liczbie sztuk dwie – na 60-osobowy rocznik. Inna z dumą mówi, że będą mieli zajęcia w prosektorium, ale w wymiarze 20 godzin w przeciągu całego roku akademickiego. Żeby to w pewnym sensie zobrazować i skonstruować, poprosiłem o obecność pana profesora Jerzego Walochy, który kieruje Zakładem Anatomii na Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i jest też wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, żeby przedstawił, że tak powiem, jak powinno wyglądać kształcenie anatomii.

Ale jeszcze, idąc dalej, to, co uważam, było najbardziej niebezpieczne, to, że niektóre uczelnie postanowiły prowadzić zajęcia z anatomii w prosektorach przyszpitalnych. I teraz, dlaczego to jest problem? W prosektorium przyszpitalnym odbywa się nie nauka na preparatach anatomicznych, a sekcje zwłok pacjentów – patomorfologiczne i sądowe sekcje zwłok pacjentów. Jeśli pacjent trafia na taką sekcję, to można wykonać tylko te cięcia i uwidocznić tylko te struktury, które są powiązane z celem sekcji. W związku z tym, jeśli studenci mieliby mieć prowadzone zajęcia z unerwienia kończyny dolnej, to nigdy nie zobaczą tam nerwów, jeśli sekcja jest pacjenta, który zmarł na zawał serca. W związku z tym, ponownie tutaj przywołując głos pana profesora, nigdy doprecyzowanie tych standardów wcześniej nie było potrzebne. Aktualnie znajduje się tam informacja, że infrastrukturą uczelni prowadzącej kierunek lekarski jest prosektorium – ale chyba nikomu nie przyszło do głowy, że ktoś będzie próbował się dobić do prosektoriów przyszpitalnych i tam prowadzić anatomię. Już w ogóle pozostawiam kwestię zgody pacjenta, bo preparat, który jest w prosektorium anatomicznym, pochodzi z donacji zwłok – ktoś oddaje te zwłoki na rzecz nauki. W przypadku sekcji zwłok, przyznam się

szczerze, nie wiem, jak wygląda zgoda, ale uważam, że jakaś gdzieś powinna być. Oczywiście, problem też nie dotyczy jedynie anatomii.

Uważamy, i tu postulujemy, żeby po prostu pojawiły się jakieś precyzyjne warunki prowadzenia zajęć anatomicznych, które określałyby, że zajęcia praktyczne z anatomii odbywają się w prosektorium, które można suplementować w takim a takim odsetku dodatkami w postaci, nie wiem, radiologii jakiejś, narzędzi radiologicznych czy innych rzeczy – jako suplementacja, ale nie zastępnik. Oczywiście, to nie dotyczy też tylko nauczania anatomii, ale wielu innych przedmiotów. Standardy dotyczące zajęć klinicznych są znacznie lepiej dopracowane, ale również tam zauważyliśmy, że na przykład w poprzedniej wersji standardów był taki zapis, że „praktyczne zajęcia kliniczne powinny być prowadzone w podmiotach leczniczych, które ze względu na swoją specyfikę oraz liczbę udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych zapewniają studentom możliwość osiągnięcia efektów uczenia się z zakresu nauk klinicznych”. I to doprecyzowanie o specyfice i liczbie świadczeń, jakby, zniknęło w tych nowych standardach.

Ja uważam, że takie zapisy są potrzebne – nawet nie tylko dlatego, żeby doprecyzować i uprecyzynić proces oceny na podstawie tych standardów, ale też dlatego, żeby uczelnie, które ubiegają się o kierunek lekarski, mogły ten standard przeczytać i wiedzieć, jaki poziom infrastruktury i kadry jest im potrzebny. Ponieważ gwarantuje po prostu, że szpital pierwszego stopnia referencyjności, tylko z podstawowymi oddziałami 20-osobowymi nie jest w stanie poprowadzić zajęć po prostu 60 osobom. bo w związku z tym, że jest mniej pacjentów, to też jest mniej lekarzy. Jeśli jeden z tych lekarzy jest oddelegowany do kształcenia studentów, to ktoś musi zostać z pacjentami. W związku z tym to jest ten taki nasz najbardziej ogólny postulat – o doprecyzowanie tych standardów. Określenie tego, że zajęcia morfotyczne odbywają się w konkretny sposób, zajęcia praktyczne z nich odbywają się w konkretny sposób i w konkretnym wymiarze godzin, bo po prostu to jest ogromnie istotne, żeby unikać tych sytuacji, gdzie ktoś stara się te standardy obejść.

W tym miejscu też... jakby, poproszono mnie o przekazanie też głosu wspierającego dla naszej inicjatywy ze strony pani Doroty Korycińskiej, która jest prezeską Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, federacji pacjentów, która niestety była tu obecna, ale o godzinie 10 musiała się zebrać na inne posiedzenie. Kazała przekazać, że jej organizacja oraz pacjenci zmagający się z chorobą nowotworową, których ona reprezentuje, również wspierają naszą inicjatywę. Ponieważ pacjenci chcą być po prostu leczeni przez lekarza, który miał zapewnioną odpowiednią jakość kształcenia w ciągu swoich studiów, a nie kogoś, kto był uczony półśrodkami i plastikowymi zabawkami – bo, nie wiem, jak to inaczej nazwać.

Już tak to kończąc w pewien sposób, to ja tu podałem zaledwie kilka problemów z kształcenia, jakie są raportowane przez Polską Komisję Akredytacyjną w opiniach. I stoimy przed wyborem: czy traktujemy ten problem poważnie i czy podejmujemy działania poprawiające legislację, poprawiające jakość kształcenia, żeby ta poprzeczka przysłowiowa szła w górę, a nie w dół. Po tym, co usłyszałem, to cieszę się, że jest deklaracja w tym kierunku – w wyborze, który uważam za zasadny. I bardzo chciałbym po prostu podziękować za organizację tego posiedzenia, za głosy wszystkich moich przedmówców i osób, które zabiorą głos następnie, oraz wszystkich organizacji, które wsparły nas w naszych inicjatywach, bo, tak jak mówię, na tym etapie chyba już mamy sześć stanowisk dotyczących kształcenia, w których też tutaj w dotyczącym kształcenia anatomii zabrał głos pan profesor. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo panu Sebastianowi Goncerzowi.

Już naprawdę za chwilę będziemy przechodzić do dyskusji, ale mam poczucie, że my też, jako przedstawiciele władzy ustawodawczej, władzy wykonawczej bardzo potrzebujemy tych eksperckich głosów, głosów praktyków, które pozwalają nam rozmawiać o tym wszystkim w bardziej kompetentny sposób. Dlatego poprosiłabym jeszcze o zabranie głosu pana profesora Jerzego Walochę z Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kierownik Katedry Anatomii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. dr hab. Jerzy Walocha:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie.

Powiem szczerze, że anatomia na pewno stanowi pewnego rodzaju wąskie gardło, jeżeli chodzi o kształcenie na kierunkach medycznych, i podejmowane są wszelkie próby, żeby to wąskie gardło jak najbardziej poszerzyć. Ja to oczywiście rozumiem – jeżeli jakaś uczelnia chce otworzyć kierunek medyczny, to pierwsza rzecz, którą trzeba ogarnąć, to jest niewątpliwie budowa odpowiedniego zaplecza. I do momentu, dopóki, powiedzmy sobie, istniały stare przepisy, te uczelnie, które otwały kierunki medyczne, funkcjonują w dzisiejszym czasie całkiem dobrze. Powiem szczerze, że gdybym nie kończył Uniwersytetu Jagiellońskiego, bardzo chętnie studiowałbym na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Jeśli chodzi o kształcenie anatomii. Proszę państwa, nie chcę się państwa, jak to się mówi, spróbować nawet zainteresować samymi problemami kształcenia z zajęciami ze zwłokami ludzkimi, ale chciałbym na pewno zwrócić uwagę, że muszą obowiązywać pewne standardy. Jeżeli już się decydujemy na uczenie lekarzy, to lekarze muszą odbywać zajęcia w odpowiednich warunkach, w odpowiednio przygotowanych salach i musi to być kształcenie, które jest odpowiednio też zorganizowane.

Na przestrzeni ostatnich lat... Ja, proszę państwa, pracuję w zawodzie 35 lat – dwadzieścia kilka pracowałem w szpitalu jako lekarz, mam specjalizację z dyscypliny zabiegowej, a pracuję 35 lat jako nauczyciel akademicki. Jednocześnie też 12 lat pełniłem funkcję, jakby, przewodniczącego szkoły medycznej dla obcokrajowców, która zajmowała się kształceniem studentów anglojęzycznych. W związku z tym tematyka akredytacji tudzież nostryfikacji dyplomów jest mi bardzo bliska. Muszę państwu powiedzieć, że obserwuję z dużym niepokojem ograniczenie zajęć podstawowych na korzyść zajęć klinicznych. Zdaję sobie doskonale sprawę, że rosnący nadmiar wiedzy nie sprzyja odpowiedniemu przygotowaniu, ale, proszę państwa, nie ma startu w medycynę bez jakiegoś, że tak powiem, zaplecza – zaplecza oczywiście teoretycznego, zaplecza praktycznego.

W Uniwersytecie Jagiellońskim mamy zajęcia w tej chwili... ciekawe, że jest on chyba jedyną uczelnią w Polsce, jak się orientowałem wśród kolegów, która po ograniczeniu nauk podstawowych do 290 godzin – mam tych godzin o 2 więcej niż miałem, bo wszyscy, reszta, że tak powiem, zeszli znacznie niżej. I na chwilę obecną, proszę państwa, w prosektorium studenci mają 142 godziny zajęć i 48 godzin wykładów – to są wykłady w tej chwili wprowadzone głównie z zakresu anatomii radiologicznej tudzież z zakresu embriologii, organogenezy. Jeśli chodzi o te zajęcia praktyczne dla studentów, to są to przede wszystkim zajęcia prowadzone w prosektorium, w związku z czym na zwłokach ludzkich. Jesteśmy uczestnikiem ogólnopolskiego programu dotacyjnego, gdzie na chwilę obecną – mam nadzieję, że to nie są jakieś dane wrażliwe – mamy ponad 500, jak to się mówi, donatorów, którzy oczekują na przekazanie swoich ciał. Czyli, mówiąc krótko, czekają na... my, czekamy, powiedzmy sobie, na ich, że tak powiem dostępność, na ich zgon. Natomiast proszę państwa, my mamy tych ciał, powiedzmy, dostępnych dla studentów jest... mamy 10 sal prosektoryjnych, mamy 20 ciał, które są, jakby, użytkowane w okresie około dwóch lat, a w magazynie jest około 30 ciał dodatkowo. W związku z czym jesteśmy w stanie organizować nie tylko zajęcia prosektoryjne dla studentów, ale jesteśmy w stanie także kształcić lekarzy, również organizować kursy – kursy szcicia chirurgicznego, kursy ultrasonografii, przy odpowiednim przygotowaniu zwłok, jak również jesteśmy w stanie prowadzić kursy podyplomowe – znaczy, szkolenie podyplomowe dla lekarzy tudzież szkolenie wysoce specjalizacyjne, choćby na przykład z zakresu ortopedii, z zakresu chirurgii stawów i tak dalej.

Te zajęcia oczywiście... Powiem tak: myśmy z reguły też dawali studentom pewnego rodzaju wybór, kiedy była, że tak powiem, pewna zapaść, jeśli chodzi o dostępność zwłok, i próbowaliśmy wtedy troszkę przejść na kształcenie, jakby, wirtualne. Natomiast studenci tak czy inaczej powiedzieli, że jednak woleliby wrócić do tych zajęć ze zwłokami – co się udało, że tak powiem, w ostatnich 10 latach. Natomiast rozwijamy niewątpliwie – w powiązaniu z kilkoma uniwersytetami, głównie w Cleveland w Stanach

Zjednoczonych tudzież z uniwersytetem w Nijmegen w Holandii – również nauczanie anatomii w oparciu o techniki wirtualne, anatomii 3D. Tym niemniej jednak to są zajęcia absolutnie dobrowolne i nieobligatoryjne. Czyli mówiąc krótko, studenci zapisują się na nie w momencie, kiedy chcą.

Proszę państwa, nie ma nigdy tak, że student jest w stanie zrozumieć, powiedzmy, anatomię tylko i wyłącznie w oparciu o zwłoki tudzież o podręcznik. Bardzo często trzeba stosować inne klucze. Nie ukrywam, że rozwój wszelkiego rodzaju technik obrazowych jest oszałamiający. Obrazy z USG, które ja pamiętam na początku, kiedy się zastanawialiśmy z kolegami, czy to jest głowa czy pośladki dziecka, w tej chwili odeszły daleko na szczęście, że tak powiem, w przeszłość. Jesteśmy w tej chwili w stanie zobaczyć dziecko uśmiechające się, ssące palec u nogi i tak dalej – wszystkie struktury, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne jesteśmy w stanie obserwować, w związku z czym te techniki wizualizacyjne są jak najbardziej przydatne.

Tylko trzeba o jednym pamiętać. Ja zresztą uczulam studentów na samym początku, zresztą nawet ostatnio na egzaminie na terminie zerowym student mi przypomniał, mówi: „Pan profesor to mówił na pierwszym wykładzie, że człowiek nie jest tylko różny na zewnątrz, ale wewnątrz też”. Proszę państwa, żadne techniki wirtualne nie są w stanie zapewnić świadomości o zmiennościach, a już zwłaszcza stoły anatomiczne. To jest kompletnie, że tak powiem, jedna wielka pomyłka. Oczywiście to są bardzo drogie urządzenia, które w tej chwili są całkiem nieźle ulepszane, ale mimo wszystko w dalszym ciągu dla mnie tą świątynią nauki pozostaje ciało ludzkie.

Właściwie tyle. Jeżeli potrzeba jeszcze jakiegoś komentarza, to bardzo chętnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Jako że dobrnęliśmy do końca głosów wprowadzających, to otwieram dyskusję. Chciałabym zapytać, kto z państwa posłów i posłanek chciałby zabrać głos? Pan poseł Dolata, bardzo proszę.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Bardzo ciekawe, interesujące głosy, których mieliśmy okazję tutaj wysłuchać. Kilka słów mojego komentarza do przedmiotu tej dyskusji, bo mamy tutaj do czynienia z taką sytuacją, gdzie jest swego rodzaju konflikt interesów – chcę to nazwać tak dość mocno i jednoznacznie.

Ponieważ interesem społecznym jest to, żeby była dostępność do świadczeń medycznych, czyli dostępność do lekarzy. Mamy w Polsce ogromny deficyt lekarzy. I to jest fakt, który jest zobrazowany różnymi danymi statystycznymi, ale też odczuwają to Polacy, którzy mają problem w uzyskaniu porady lekarskiej, leczenia w sytuacji, kiedy tego potrzebują, tego wymaga stan ich zdrowia. I w dyskusjach sejmowych – ja jestem w Sejmie od 2005 r. – ten temat deficytu lekarzy pojawia się nieustannie i był problemem, który wydawało się, że jest niemożliwy do rozwiązania. Mamy jeszcze oczywiście taką sytuację, że bardzo wielu lekarzy opuszczało... nie wiem, czy opuszcza, ale opuszczało nasz kraj ze względu na możliwość jednak większych zarobków w innych krajach, znacznie od nas bogatszych, więc ten deficyt jeszcze i w ten sposób ulegał pogłębianiu.

Radzono sobie w ten sposób, że próbowaliśmy zachęcić lekarzy ze Wschodu, z Białorusi, z Ukrainy, do tego, żeby przeprowadzali się do naszego kraju – to było jakąś tam receptą, ale dość ułomną. Można powiedzieć, że to był plasterzek na bardzo poważną ranę, absolutnie niewystarczający. I rząd Prawa i Sprawiedliwości jako pierwszy podjął bardzo konkretne starania, aby ten problem deficytu lekarzy rozwiązać i, krótko mówiąc, żeby zwiększyć ilość absolwentów szkół średnich, którzy podejmą kształcenie na kierunkach medycznych – kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym.

I mamy reakcje na to części środowiska medycznego, które to reakcje można określić jako taki źle pojęty korporacjonizm. Ale to obserwowaliśmy przy okazji dyskusji, która przetoczyła się przez Polskę kilkanaście lat temu, powiedzmy dwadzieścia parę lat temu, na temat zawodów prawniczych i deficytu w tym zakresie. Kiedy zawody prawnicze otwarto, kiedy się zwiększyły się możliwości aplikacji notarialnej czy radcowskiej,

czy adwokackiej, nagle okazało się, że dostępność do zawodów prawniczych uległa zdecydowanej poprawie. Dzisiaj nikt już tego nie kwestionuje – studia prawnicze można odbywać w bardzo wielu uczelniach, ta liczba kształconych studentów uległa zdecydowanej poprawie, zwiększeniu.

I tutaj mamy taką sytuację, można powiedzieć, bardzo podobną do tej z zawodami prawniczymi. Powiem szczerze, że nie jestem zdziwiony tym, że uczelnie – te tradycyjne, które to kształcenie prowadzą, są skupione w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, 16 uczelni – jakoś starają się dbać o swój interes, i nie będę z tym polemizował. Również rozumiem, jakby, stanowisko Porozumienia Rezydentów. Ale znacznie ważniejszym dobrem jest to dobro, o którym powiedziałem na początku – czyli zwiększenie liczby lekarzy, zwiększenie dostępności świadczeń medycznych.

Oczywiście, ci lekarze muszą być dobrze wykształceni – to nie ulega absolutnie najmniejszej wątpliwości. Muszą być dobrze wykształceni. Ale jeśli a priori stwierdzimy, że uczelnia, która rozpoczyna kształcenie na kierunku lekarskim w roku 2023 będzie kształciła na niższym poziomie niż ta, która kształci lekarzy od kilkudziesięciu, a w niektórych przypadkach kilkuset lat, to jest to założenie, powiedziałbym, bardzo wątpliwe. Tak, bo niby dlaczego? Tutaj, być może, pan poseł doktor Czarnecki przypomni, ale to pamiętam zawsze – to, co było w momencie, kiedy wydział lekarski był tworzony na Uniwersytecie Zielonogórskim. Jeden z rektorów tych dużych uczelni tradycyjnych powiedział rektorowi Uniwersytetu Zielonogórskiego: „Panie rektorze, po co pan to robi? Będzie wstyd. Co się okazało? – że poziom kształcenia na Uniwersytecie Zielonogórskim w pierwszych, bodajże, dwóch latach był tak wysoki, że w ówczesnym egzaminie lekarskim Uniwersytet Zielonogórski miał najlepszy wynik. Tak więc okazuje się, że to wcale nie oznacza, że jeśli uczelnia zaczyna dopiero kształcenie na danym kierunku, to będzie to oznaczało niższy poziom.

Tutaj pan poseł Czarnecki wspomina jeszcze Olsztyn.

Zatem założenie a priori, że tak będzie, jak tutaj państwo mówicie i przedstawiacie tutaj... Szczerze mówiąc, aż ciarki po plecach chodzą, jeśli się słyszy właśnie te uwagi, te zarzuty, jak to te uczelnie, które rozpoczynają dopiero kształcenia lekarzy, są nieprzygotowane. Jeśli, z całym szacunkiem, ale przewodniczący konferencji rektorów pan profesor mówi, że są osoby, które nie mają pojęcia o kształceniu lekarzy – panie profesorze, to chyba jest to jednak zabieg retoryczny, i to taki, powiedziałbym, o charakterze bardzo publicystycznym, bardzo daleko idący, który chyba jednak jest pewnym nadużyciem. Również krytyka Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a konkretnie ekspertów, którzy prowadzą te audyty, że ktoś tam ma inne wykształcenie, a w związku z tym nie jest w stanie tego obiektywnie ocenić, czy profesjonalnie ocenić, też wydaje mi się jednak zabiegiem retorycznym, który ma, jakby, społeczeństwo troszeczkę przestraszyć, że coś tu jest nie tak, że generalnie będziemy mieli jakąś katastrofę i że nagle mury uczelni zaczną opuszczać absolwenci kierunków lekarskich kompletnie nieprzygotowani do leczenia Polaków i że to będzie jakaś katastrofa. Tak nie jest.

Tak nie jest, i ja naprawdę z zadowoleniem przyjąłem wypowiedź przewodniczącego PKA profesora Uriasza, który – jeśli dobrze to zrozumiałem – jednak wskazuje na to, że uczelnie, te nowe, wzięły pod uwagę uwagi PKA, że starają się usuwać te niedociągnięcia, które wykazała PKA, starają się ulepszać ten program kształcenia – i to, myślę, że jest najważniejsze. Ponieważ jest takie słynne powiedzenie, że kto chce – szuka sposobu; a kto nie chce – szuka powodu.

I ja mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia, do przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, ale również Ministerstwa Nauki, w jaki sposób chcą zmniejszyć deficyt lekarzy. W jaki sposób? – bo corocznie... I czy na rok akademicki 2024/2025 ten limit przyjęty na kierunki lekarskie będzie obniżany, czy pozostanie na dotychczasowym poziomie, czy będzie zwiększany? – bo to będzie sygnał tego, w jakim kierunku pójdzie polityka tego rządu w tym zakresie.

Ponieważ zmniejszenie tego deficytu, jak uruchamia się kierunek lekarski, to przecież wszyscy wiemy doskonale – to nie jest tak, że takim jednym ruchem możemy doprowadzić do sytuacji, że następnego roku mamy już więcej lekarzy. Przecież to jest proces, który potrwa wiele lat. Zdecydowanie więcej niż 6, 7, może nawet 10 lat. Tak więc te

decyzje, które będą podejmowane dzisiaj, one będą skutkowały w perspektywie dziesięcioletniej, kilkunastoletniej.

Jeśli teraz doprowadzilibyśmy do takiego pogromu tych uczelni, czyli krótko mówiąc, wycofujemy się z kształcenia lekarzy na tych uczelniach nowych, to efekt będzie fatalny – efekt społeczny. Chociażby Polska Komisja, Akredytacyjna w swojej misji ma zapisane dbanie o dobro społeczne, i my, jako posłowie musimy dbać o dobro społeczne, musimy wyważyć te argumenty.

I wracam jeszcze raz do tego – i to już kończę – „Kto chce – szuka sposobu”. Czyli szukajmy sposobu. To co powiedział pan profesor Uriasz – czyli, jeśli są niedociągnięcia, to wskazujemy je. Trzeba odpowiednio dofinansować te uczelnie, tak żeby, jeśli nie mają, nie wiem, zaplecza dydaktycznego, nie mają... Tutaj też wskazywano, czytałem ten materiał, że na przykład biblioteka uczelni nie zawiera najnowszych pozycji, w niewłaściwej ilości – to trzeba dać środki finansowe, żeby uczelnia zakupiła te książki, te pomoce dydaktyczne, zbudowała potrzebne obiekty. Ale trzeba dać czas. Trzeba dać czas, żeby to się wydarzyło – i wtedy uzyskamy ten efekt, który jest oczekiwany społecznie, czyli zwiększenie dostępności. To jest bardzo ważne.

Ja bardzo proszę Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Zdrowia, żeby nie ulegały tej presji części środowiska medycznego, które chciałoby, żeby wszystko pozostało po staremu, czyli, krótko mówiąc, im mniej lekarzy, tym więcej zarobków, prawda? – wiadomo, większa możliwość pozyskania środków. Lekarz może tak myśleć; ale nie wiem, czy to jest myślenie prospołeczne i czy większość Polaków tego oczekuje. Jestem wręcz przekonany, że nie.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Teraz pozwolę sobie udzielić głosu.

Pan poseł Dolata mówił o tym, z czego, jakby, wynikało otwieranie tych nowych kierunków medycznych i czemu rząd PiS podjął takie decyzje, więc chciałabym zapytać, czy ministerstwo ma jakieś dane, czy przekazał je poprzedni rząd – jakieś szacunki, ilu dokładnie lekarzy potrzeba w Polsce? Ponieważ wydaje mi się, że przede wszystkim otwieranie kolejnych kierunków medycznych w tak szybkim tempie powinno być poprzedzone dokładnymi analizami, jakie są potrzeby. Myślę, że nikt nie ma wątpliwości, że te potrzeby są i że potrzebujemy nowych kadr, ale – być, może ja mam jakieś braki – nigdy nie spotkałam się z takimi precyzyjnymi danymi. Jakże tutaj zostały przeprowadzone analizy na temat tych potrzeb?

Te dane wydają się o tyle istotne, że jeżeli się spojrzy na dane z Hiszpanii, to one pokazują, że po takim momencie, jaki właśnie teraz mamy w Polsce, czyli po bardzo szybkim otwieraniu kolejnych kierunków medycznych, to co wzrosło, to liczba emigrujących lekarzy. Myślę, że nie chcemy... nie taki jest ten cel społeczny, o którym mówi poseł Dolata. Zatem oczywiście też, oprócz otwierania kolejnych kierunków medycznych, powinniśmy się zastanowić, jakie narzędzia wprowadzać, żeby te kadry wykształcone na uczelniach – które będą generowały duże koszty, czego, myślę, że wszyscy musimy mieć świadomość – zostały w Polsce i odpowiadały na polskie potrzeby. Ale przede wszystkim bardzo istotne, wydaje mi się zdiagnozowanie, jakie dokładnie są te potrzeby, zanim zaczniemy na szybko otwierać kolejne kierunki lekarskie.

Druga sprawa. Też mnie bardzo cieszy ta informacja pana dyrektora i Ministerstwa Nauki o tym, że jest otwartość na zmiany tych standardów – jeżeli dobrze rozumiem – szczególnie w zakresie liczebności grup. Chciałabym zapytać: czy państwo są w stanie podać jakieś przewidywany horyzont czasowy, kiedy to się może wydarzyć? Przepraszam, jeśli pominęłam taką informację, jeżeli jakoś ją przegapiłam w pana wypowiedzi.

I druga kwestia, czy w tych zmianach – być może, na kolejnym etapie, a nie od razu – są przewidziane także jakieś bardziej precyzyjne regulacje dotyczące właśnie zajęć symulacyjnych.

Chciałabym się też odnieść do tej wypowiedzi pana posła Dolaty o tym, że ktoś twierdzi, a priori, że te uczelnie będą gorzej przygotowane. Wydaje mi się, że pojawiły się tutaj bardzo konkretne argumenty, bardzo konkretne informacje o tym, na czym polega to nieprzygotowanie. Niestety, ono nie polega tylko na tym, że biblioteki są niedoposa-

zone – bo to rzeczywiście możemy uzupełniać, w trochę wolniejszym tempie, i założyć, że tak, to trwa. Ale jeżeli nie ma podstawowej infrastruktury, to mamy naprawdę realny problem i nie da się wprowadzać zmian, nie da się tego, jak pan mówił... przepraszam, nie pamiętam tej frazy, której pan używa, ale nie da się działać i zmieniać, jeżeli się po prostu nie stwierdzi, jakie są braki.

Kończąc wypowiedź, w tym wszystkim – bo pan poseł Dolata dużo mówił o interesie lekarzy – myślę, że bardzo ważnym wątkiem, który tu się pojawił, był także interes pacjentów przede wszystkim. I ja tu nawet nie mówię o tym, że ważne jest to, jak przygotowani lekarze będą ich uczyć, tylko mówię chociażby właśnie o tej kwestii liczebności grup i o tym, że tutaj zmiany są naprawdę potrzebne. Myślę, że każdy, kto też jako pacjent miał okazję leczyć się w szpitalu klinicznym, wie, że to bywa trudne doświadczenie. Oczywiście, jako pacjenci, pacjentki, wiemy, że tego wymaga interes społeczny, żeby ci przyszli lekarze uczyli się na naszym przykładzie – ale w grupach bardzo licznych, myślę, że komfort pacjenta może być w wysokim stopniu narażony na szwank. Myślę, że powinniśmy nie traktować tych kwestii, tylko jako oczekiwania lekarzy, ale usłyszeć także ten głos organizacji pacjenckich, i bardzo się cieszę, że zdecydowały się przyjść chociaż na część posiedzenia.

Panie pośle...

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Jedno zdanie.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Nie, panie pośle. Nie będziemy robić ping-ponga jak za każdym razem. Zgła...

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Nie będziemy.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Nie, panie pośle...

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

...proszę... proszę o chwilę.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

...ale ja mam...

Poseł Witold Wojciech Czarnecki (PiS):

Ale po co komentarz?

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Ale chwileczkę...

Poseł Witold Wojciech Czarnecki (PiS):

Po co komentarz?

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Ale był komentarz, i to zniekształcający moją wypowiedź, tak że muszę jedno zdanie. Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Ja jak zwykle postaram się być wyrozumiała i proszę o dwa zdania maks.

Poseł Witold Wojciech Czarnecki (PiS):

O niekomentowanie.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Pani przewodnicząca, jeśli pani przewodnicząca komentuje czyjąś wypowiedź, to proszę ją przytaczać jednak w ten sposób, żeby odpowiadała rzeczywistości. Pani powiedziała, że ja dużo mówiłem o interesie lekarzy, a trzeba mówić dużo o interesie pacjentów. Było

dokładnie odwrotnie – ja właśnie pokazywałem, że interes lekarzy niekoniecznie jest zbieżny z interesem pacjentów, i mówiłem o tym, że jest deficyt lek...

Prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL Krzysztof Hałabuz:
Słucham?

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
Interes lekarzy niekoniecznie jest zbieżny z interesem pacjentów i...

Prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL Krzysztof Hałabuz:
Panie pośle, przecież...

Poseł Witold Wojciech Czarnecki (PiS):
Jeszcze pan poseł mówi.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
...i może panu się to nie podobać, tak, ale...

Prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL Krzysztof Hałabuz:
Bardzo mi się nie podoba.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
...ale to... Powiem tak: jesteśmy w Sejmie i jesteśmy...

Prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL Krzysztof Hałabuz:
Ale dlaczego nas pan obraża?

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
Ale ja nikogo nie obrażam, jak...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):
Panie pośle, prosił pan o sprostowanie, więc proszę udzielić sprostowania...

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
Ale ja nikogo nie obrażam, na Boga.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):
...bo kolejne osoby czekają na głos.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
Ja nie mówię, że wszyscy lekarze tak myślą – absolutnie, naprawdę – i jestem od tego bardzo daleki. Natomiast trzeba jednak uwzględnić to, że środowisko jest zróżnicowane. Ja jestem nauczycielem – środowisko nauczycielskie jest zróżnicowane; środowisko lekarskie jest zróżnicowane, pacjenckie jest zróżnicowane i to trzeba zrozumieć. Oczywiście, jeśli ktoś się ze mną nie zgadza, to ma prawo, ale ja bardzo proszę, żeby jednak nie zniekształcać treści mojej wypowiedzi.
A deficyt lekarzy jest faktem. W Polsce jest...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):
Panie pośle, dziękuję.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
...w 2021 r...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):
Dziękuję. Myślę, że jeśli pan coś chciał sprostować...

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
3,4 na 1000 mieszkańców...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):
...to już pan sprostował.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:
...a w krajach wysoko rozwiniętych, typu Austria, Norwegia, Portugalia, nawet ponad 5 – więc różnica jest ogromna.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo, panie pośle. I proszę o zabranie głosu panią posłankę Bielawską.

Posel Sylwia Bielawska (KO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo uczestnicy dzisiejszej debaty, w świecie naukowym jest tak, że z faktami się nie dyskutuje – i tu zwracam się z taką właśnie intencją przede wszystkim do pana posła Dolaty – bo tak jak wszyscy tutaj jesteśmy na tej sali, wszystkim nam zależy na interesie społecznym, a przede wszystkim na zdrowiu i bezpieczeństwie Polaków.

Odpowiadając na pytanie pani przewodniczącej, wiemy, że w Polsce na chwilę obecną, według danych Głównego Urzędu Statystycznego brakuje ponad 50 tys. lekarzy, że ten problem jest. Jest to problem, z którym od wielu lat borykają się rządzący, i należy znaleźć rozwiązanie – i w tej części wypowiedzi zgodzę się z panem posłem Dolatą, że trzeba szukać rozwiązań, a nie próbować w jakiś sposób przejść nad tym problemem do porządku dziennego.

Natomiast rozwiązaniem, niestety, panowie nie jest to, co uczyniliście – powołanie na chybika nowych uczelni, które uczą na kierunku lekarskim, nie zapewniając odpowiednich standardów, nie dając zapewnienia, że wykształceni, przygotowani tam studenci zapewnią odpowiednią jakość potem swoim pacjentom – jest niestety błędem. Z przykrością stwierdzam, że jest to druga nieudana reforma, bo pierwsza reforma, która jest również autorstwa pana profesora Czarnka, dotyczyła niestety psychologów w szkole, która też skończyła się tylko na tym, że był to dokument, który nie miał odniesienia do rzeczywistości. To, że negatywne opinie Państwowej Komisji Akredytacyjnej, która stoi na straży jakości i dba o jakość kształcenia, nie powstrzymały, jak gdyby, ministerstwa od wydawania pozytywnych opinii do utworzenia kierunków i tworzenia limitów na przyjęcia studentów, jest po prostu skandalem. Tak, ten raport tak naprawdę pokazuje, ile błędów popełniono.

Ponieważ oczywiście pan, panie pośle Dolata, wyciągnął z tego raportu tylko to, co jest najmniej istotne, czyli brak przygotowania biblioteki. Ale popatrzmy, jakie są to błędy. Proszę zobaczyć – w każdej tabeli w zasadzie przy każdej opisywanej placówce – jakie są popełnione błędy w zakresie infrastruktury. Jeżeli student na pierwszym roku nie nauczy się porządnie anatomii, bo nie będzie miał odpowiedniego dostępu do odpowiednich preparatów, nie będzie miał dostępu do prosektorium; jeżeli są podpisane umowy ze szpitalami, które wiemy, że nie są realizowane; jeżeli studenci uczą się w jednym miejscu, a na zajęcia w prosektorium – one są zablokowane, odbywają się raz na jakiś czas – jeżdżą 60-80 km, o czym wiemy z doniesień prasowych – to nie powie mi pan, że to jest odpowiednio przygotowany proces kształcenia, i nie powie mi pan, że ten proces można zmienić. Nie – bo to jest błąd, który został popełniony na początku.

Dlatego studenci, którzy podjęli studia na różnego rodzaju uczelniach medycznych, tych właśnie otwartych tak naprędce i w pośpiechu, by pan minister mógł ogłosić sukces: Tak zwiększyliśmy liczbę studentów, którzy... To wkrótce będą lekarze. Ja się podpisuję obiema rękami i z przyjemnością chciałabym, żeby tych lekarzy było jak najwięcej; ale ja chcę, jako matka, idąc z dzieckiem do lekarza mieć pewność, że mnie przyjmuje i obsługuje specjalista – taki, który ma w interesie dobro i jest świetnie przygotowany, i poprowadzi mnie za rękę w trakcie trudnej sytuacji, jaką jest choroba.

Dlatego zatem, pytam, studenci, którzy podjęli studia na niektórych uczelniach – nie będę teraz tutaj przypominać, bo nie będę ich upokarzać dodatkowo, bo ten raport wyjątkowo pokazuje właśnie, jakie błędy zostały popełnione – piszą teraz rozpaczliwe listy do tych uczelni, które są właśnie zrzeszone w KRAUM, z prośbą o przyjęcie ich i przeniesienie, bo nie są im zapewniane odpowiednie warunki kształcenia, bo jakość nauczania jest wyjątkowo niska pośle. Proszę nie udawać, że nie wie pan o tym, że wręcz chodził taki żart obyczajowy wśród całej społeczności, że wystarczy tak zwana herbatka u Tadka, czyli imieniny u jednego lekarza, u którego przy stole właśnie znajdzie się 12 przedstawicieli nauk o zdrowiu, żeby mogli założyć sobie właśnie uczelnię. To, że w tym raporcie znajdujemy przede wszystkim też krytyczne uwagi dotyczące właśnie chociażby tego, że ci specjaliści, którzy w przypadku niektórych tych uczelni zostali

zatrudnieni, nie będą prowadzili działań naukowych – nie będą prowadzili badań naukowych, a zatem jak oni mają prowadzić młodzież i jak ta młodzież ma się rozwijać? Jakich my studentów będziemy potem mieli i jakich lekarzy?

Dlatego, odpowiadając na pańskie pytanie, szukajmy, jak rozwiązać ten problem i dojdźmy właśnie do porozumienia. I to jest moja sugestia w kierunku Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Nauki. Opinia PAK powinno być właśnie podstawową opinią dotyczącą wydania decyzji ministra zdrowia o uruchomieniu bądź nieuruchomieniu kierunku i ustaleniu limitów przyjęć. Jeżeli ta opinia w jakimkolwiek stopniu, jest tylko... pojawiają się jakieś zastrzeżenia, to nie powinna pojawiać się tutaj w żadnym wypadku opinia pozytywna o uruchomieniu kształcenia.

Wiemy doskonale, z czego przede wszystkim wynika ten problem, że te nowe uczelnie, które powstały – którym ja również jak najbardziej kibicuję, bo chciałabym, żeby tych lekarzy było jak najwięcej – borykają się z tym problemem na uczelniach. A to dlatego, że mamy małą liczbę nauczycieli akademickich, którzy mogą prowadzić zajęcia. I nie jest rozwiązaniem tworzenie nowych kierunków. Ponieważ, co się dzieje? Jeżeli w tym samym mieście powstaje druga uczelnia, która ma nauczać na kierunku lekarskim, to co się dzieje? Tam podkupowani są ci naukowcy, żeby przeszli z jednej uczelni do drugiej uczelni. I co oni robią? Przechodzą, bo jest im oferowane odrobinę wyższe wynagrodzenie, o których to państwo tutaj również wspominaliście. Przechodzą na chwilę. Potem przyjedzie PAK, sprawdzi, jaka jest ta jakość nauczania, będzie mnóstwo zastrzeżeń – i jak ta sytuacja będzie wyglądać? Po III roku studiów ci studenci pozostaną sami sobie, bo ci naukowcy wrócą do uczelni macierzystej. Mogę pana zapewnić jako były pracownik naukowy, że tak się właśnie będzie działo.

Czy zatem – pytanie do pana ministra – nie lepiej dofinansować te uczelnie medyczne, które wiemy, że działają od lat, że nie mamy do nich zastrzeżeń w zakresie jakości nauczania? Po to, żeby mogli zaoferować lepsze warunki pracy, żeby kadra naukowa...

Ponieważ wiemy, że problemem kadry naukowej... Jaki jest problem? Jest luka pokoleniowa, bo młodym osobom nie opłaca się kształcić, nie opłaca się zdobywać tytułów naukowych, bo – tak jak powiedział pan tutaj o tym korporacjonizmie kadry lekarskiej – taki lekarz...

Posel Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Korporacjonizmie.

Posel Sylwia Bielawska (KO):

Korporacjonizmie – przepraszam.

...taki lekarz woli przyjąć w gabinecie kilku pacjentów niż prowadzić na przykład badania naukowe.

Czy nie lepiej określić i współpracować tutaj z KRAUM w zakresie określania właśnie nowych standardów, przygotować nowe rekomendacje dotyczące tematów kształcenia na kierunkach lekarskich? Na tym się zogniskować – na rozwinięciu środowiska naukowego, które będzie mogło pracować, i tym uczelniom, które już istnieją, poszerzyć możliwość przyjmowania większej liczby studentów. Zgadzam się tutaj w całości właśnie z opinią pana profesora Gruchały, że w tę stronę, jak gdyby, powinniśmy iść. Głównie nasze wszystkie wysiłki powinny, uważam, pójść w kierunku właśnie zabezpieczenia kadry naukowej i odpowiednich warunków do rozwoju i przygotowania świetnie wykształconych lekarzy.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo pani posłance Bielawskiej. Czy ktoś z posłów i posłanek jeszcze chciałby zabrać głos? Nie widzę.

To ja tylko doprecyzuję jeszcze to pytanie do ministerstwa o dane i o analizy – bo poza diagnozą braków, jeżeli chodzi o lekarzy, ważne są też analizy, jak szybko to zapotrzebowanie zostanie wypełnione przy otwieraniu kolejnych kierunków lekarskich. Zatem o takie dane także chciałabym zapytać.

I zapraszam do głosu gości. Bardzo proszę, oddaję głos. Poprosiłabym bardzo o przedstawianie się.

Prezes zarządu ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów SKALPEL Krzysztof Hałabuz:

Dzień dobry. Krzysztof Hałabuz, Porozumienie Chirurgów SKALPEL. Jestem lekarzem.

Chciałbym tylko powiedzieć, jak to wygląda na polu walki, czyli na przykład w Radomiu, gdzie rok temu prowadziłem zajęcia ze studentami. Otrzymałem za godzinę wynagrodzenie w wysokości 120 zł do mojej godziny normalnej pracy, czyli całkiem ciekawą propozycję. Przyjąłem ją na pół roku. Równocześnie równolegle w Rzeszowie we wcześniej założonej uczelni mój kolega z Porozumienia Chirurgów, nasz przewodniczący, prowadził studentów za 40 zł. Pożegnaliśmy się z uczelniami, ponieważ współpraca całkowicie się nie układała, i w tym roku już na SOR [Szpitalnym Oddziale Ratunkowym] w szpitalu, gdzie pracowałem, nie prowadzi się studentów. Podobnie jak na innych oddziałach, gdzie mogliby być wprowadzeni, ale ze względu na to, że były animozje pomiędzy uczelnią a szpitalem po prostu studenci jeżdżą na przykład na zajęcia z chorób zakaźnych do Kozienic 40 km, do Kielc na okulistykę, chociaż są dwie okulistyki w Radomiu. Są to jakieś absurdy. Są to logistyczne rozwiązania, które w ogóle nie pasują do rzeczywistości, którą chcielibyśmy widzieć.

Dodam jeszcze, że w Radomiu w zeszłym roku po raz pierwszy skończyli studenci medycynę. Dwa lata przychodzili do mnie po prostu na dyżury, żeby się uczyć, pojedyncze osoby, więc na bieżąco wiedziałem, z czego mają egzaminy, jak mają prowadzone zajęcia. Nie mieli programu na cały semestr: dowiadawali się właściwie z tygodnia na tydzień, gdzie będą zajęcia, z czego będą zajęcia – cały czas w chaosie. Gdy oni przyszli, ci troje, i wiedziałem, co robią, to po pewnym czasie miałem do nich zaufanie, stopniowo wdrażałem w jakieś coraz bardziej odpowiedzialne zabiegi. Natomiast gdy przyszła grupa po dwóch latach pandemii, siedzenia przed komputerem, okazało się, że na VI roku nie potrafią zbadać brzucha. Czujecie państwu to? To jest podstawa. Kolejność jest kluczowa, żeby to zrobić porządnie. Nie tomografia komputerowa, którą się robi, bo tak jest bezpieczniejsza – która generuje nowotwory; tylko badanie fizykalne i rozmowa – i to jest podstawa. To jest 80%. Tak nas uczono na warszawskiej uczelni: 80% to jest dobra wiedza i dobra umiejętność badania.

Ale do tego potrzebni są nauczyciele – prawda, panie pośle? My musimy po prostu wykształcić nauczycieli. Moim zdaniem to jest podstawa. Mentorów. Mamy takich chirurgów 70-latków, bo wiemy, że chirurgów brakuje bardzo – polski chirurg ma 60 lat i stoi po pas albo wyżej w bagnie. Nie ma następców, nie ma chętnych, bo chirurgia się nie opłaca, a jak wiemy, chirurgia jest kluczową, priorytetową specjalizacją. Nie da się po prostu funkcjonować w szpitalu bez chirurga – bo to jest wtedy tylko już taka przykrywka szpitala.

Rok temu na wiosennym rozdaniu rezydentur wystąpiły 33 osoby w całym kraju o to, żeby taką rezydenturę dostać. Cofamy się po prostu i na miejsce tych lekarzy, którzy powinni przyjść – młodzi, którzy powinni się uczyć od mentorów – przyjeżdżają Ukraińcy, Białorusini. Nie mówię, że wszyscy są źli, ale część po prostu odstaje od naszych standardów, szczególnie... nie będę wymieniał tutaj szczegółów medycznych, ale jest ich dosyć dużo i są istotne. Poza tym bariera językowa jest tutaj bardzo istotna, nawet w trakcie konsultacji, która mi teraz zajmuje często nawet dwa razy dłużej niż normalnie z Polakiem – jednak, kiedy człowiek biegnie po prostu w trakcie dyżuru na SOR, to ten czas ma znaczenie, bo też szukam w ciągu 24 godzin chociaż sekundę, żeby odpocząć. Więc odchodzimy przez to, od takich... w sensie, ludzie już wykształceni, doświadczeni, jakby, samodzielni odchodzą od takich trudniejszych wyzwań typu nauka innych, typu praca w trudnym ośrodku – na rzecz prywatnych. Nie wiem, czy to jest dobry kierunek, bo sumarycznie w prywatce możemy zrobić przecież podstawowe zabiegi, ale jak przyjdą powikłania i tak trafiamy na rezydentów, na studentów, na Ukraińców, a w końcu kiedyś tam, następnego dnia, na profesora w klinice na Banacha czy innej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo. Dobrze... nie wiem, kto był pierwszy, więc może zacznijmy tu od... Albo zacznijmy od tyłu. Tak, bardzo proszę.

Członek Rady Kształcenia Młodych Kadr Medycznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Robert Kupis:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Robert Kupis i mam ten komfort, że reprezentuję, różne spojrzenie na tę sprawę, ponieważ, przede wszystkim, jestem lekarzem, rezydentem chorób wewnętrznych; jestem również magistrem zdrowia publicznego, więc mam troszeczkę szerszy ogłąd; przez cztery lata byłem ekspertem Polskiej Komisji Akredytacyjnej do spraw studenckich i miałem przyjemność wizytacji różnych kierunków, jak również opiniowania wniosków o otwarciu kierunku lekarskiego.

Chciałbym tu poruszyć kilka kwestii. Zacznę może od pewnej – polemiki z panem posłem, ponieważ odnosiliśmy się tutaj do interesów społecznych. My, jako lekarze, składamy przysięgę lekarską w momencie, kiedy uzyskujemy prawo wykonywania zawodu, i dobro pacjenta dla nas jest zawsze najważniejsze.

Kwestia tego, że brakuje nam lekarzy w Polsce – po części się z tym zgadzę. Tylko trzeba jeszcze spojrzeć na to, gdzie ci lekarze są ulokowani – czy są ulokowani w sektorze publicznym, czy są ulokowani w sektorze prywatnym. Żadne ekspertyzy nie zostały poczynione, żeby sprawdzić, jaki odsetek lekarzy pracuje faktycznie w sektorze publicznym, a jaki pracuje w sektorze prywatnym. Oczywiście gros lekarzy współdzieli, jakby, te sektory – pracują na etacie w szpitalu i przyjmują prywatnie w swoich gabinetach, czy w pewnych jednostkach, które są, powiedzmy, sieciówkami medycznymi – robiąc to oczywiście po części z przyczyn materialnych, ale z drugiej strony też dlatego, żeby ten dostęp do tego lekarza po prostu dla społeczeństwa był.

Wydaje mi się, że ten szacunek dla pacjenta powinien być takim priorytetem i taką rzeczą, która powinna nam wszystkim przyświecać. Ja również jestem nauczycielem akademickim, mam przyjemność uczenia studentów. Wydaje mi się, że ten pewien etos lekarski, etos zawodu lekarza powinien być wpajany od samego początku w odpowiednich do tego warunkach. Warunkach, które poruszał pan profesor Gruchała – właśnie tej akademickości, pewnego dostępu do wiedzy, tak żeby tych młodych studentów nauczyć weryfikacji pewnych tez, pewnych faktów, tak żeby potrafili rozróżnić fakty od mitów.

Kwestia liczebności grup. Tak jak tutaj przewodniczący przedstawił, standard wymaga doprecyzowania i faktycznie te grupy zajęć nie mogą być większe, szczególnie na VI roku, kiedy ten VI rok jest nazwany rokiem nauczania praktycznego. W momencie, kiedy studentów jest pięciu, sześciu, ośmiu, to nauczanie praktyczne nie ma miejsca. Nie ma możliwości, żeby ośmiu studentów jednocześnie zaopatrzyło jedną ranę – bo wydaje mi się, że nikt nie będzie plastra odklejał, żeby z powrotem ten plaster założył kolejny student. Nie ma możliwości, żeby szew w trakcie zabiegu operacyjnego był założony przez ośmiu studentów, bo też tych ośmiu studentów do tego zabiegu, mówiąc kolokwialnie i żargonem medycznym, się nie umyje. Wydaje mi się, że to wszystko wynika właśnie z tego szacunku do pacjenta.

Kwestie kadry, które były podnoszone. Ja, jeżdżąc na wizytację, nieraz słyszałem od rektorów, od dziekanów uczelni – różnych: zarówno publicznych, jak i prywatnych uczelni z długoletnim stażem, jak również nowych – że kadra jest wielkim, wielkim problemem. W tym również na uczelniach, które są dopiero otwierane, które same wspominały, że nowe uczelnie, tak jak tutaj już padło, podkupują kadrę, oferują lepszą stawkę bądź ta stawka, nawet jeżeli jest podobna, to w momencie, kiedy nauczyciel akademicki może dostać te same pieniądze, a pracować w miejscu zamieszkania, wybiera miejsce zamieszkania, i to jest, wydaje mi się, naturalne.

Warto zwrócić uwagę na to, co nowy standard zakłada. Wcześniej, aby prowadzić zajęcia kliniczne ze studentami, osoba, która mogłaby być nauczycielem akademickim, musiała mieć daną specjalizację, dorobek naukowy w danej dziedzinie bądź ukończone trzy lata szkolenia specjalizacyjnego. W tym momencie w przypadku osób, które nauczałyby przedmiotów klinicznych, gdzie ta specjalizacja jest jednomodułowa, czyli na przykład choroby zakaźne, neurologia, musi mieć ukończony pierwszy rok specjalizacji. Jeżeli chodzi o specjalizacje, które są modułowe – czyli tak naprawdę wszystkie specjalizacje internistyczne: kardiologia, geriatria, pulmonologia, chirurgia ogólna, onkologiczna i tak dalej – wymagany jest ukończony moduł podstawowy.

Tylko czy ktoś zastanowił się, jak wygląda szkolenie rezydentów? Ponieważ w tym momencie szkolenie rezydenta w specjalizacji modułowej, czyli na przykład onkologia kliniczna, wygląda tak, że rezydent przez pierwsze dwa bądź trzy lata realizuje wspólny model podstawowy z zakresu chorób wewnętrznych – czyli de facto po trzech latach onkologii, nie ma wiedzy specjalistycznej stricte z onkologii, ponieważ w module podstawowym treści z zakresu onkologii nie są uwzględnione. Jak taka osoba ma faktycznie później wykładać studentom zagadnienie z zakresu onkologii, kardiologii, pulmonologii? Oczywiście, pracując codziennie w szpitalu w odpowiedniej specjalizacji będą spotykali pacjentów czy to onkologicznych, czy to kardiologicznych i tak dalej, natomiast program specjalizacji nie predysponuje tak naprawdę do tego, żeby ten młody nauczyciel akademicki, bez doświadczenia w swojej roli, bez warsztatu czuł się pewnie i mógł faktycznie przekazywać tę rzetelną wiedzę.

Rozumiem, że takie rozwiązanie zostało wprowadzone, chcąc rozszerzyć, jakby, ten wachlarz osób, które mogą prowadzić te zajęcia. Natomiast trzeba pamiętać o tym, że jesteśmy troszeczkę związani właśnie kwestią szkolenia rezydenckiego, i nie może być tak, że osoba, która nie posiada jeszcze na tyle szczegółowej wiedzy, jest dopiero w trakcie kształcenia, które i tak jest już odpowiednio stresujące – ja, będąc rezydentem, wiem z własnego doświadczenia, że te dni w szpitalu potrafią być bardzo stresujące... i te osoby czasami też nie chcą również tych zajęć prowadzić, dlatego też rozpoczynają szkolenie specjalizacyjne w szpitalach nieklinicznych. Wyjeżdżają do szpitali powiatowych, do szpitali w mniejszych miastach, z tego względu, że z tej kliniki, kolokwialnie mówiąc, chcą uciec. W momencie, kiedy przychodzi do szpitala powiatowego nowa uczelnia z kierunkiem lekarskim i pyta, czy te osoby chcą prowadzić zajęcia, nie dziwię się, że tej kadry nie ma, że oni tego nie chcą robić, ponieważ nie dlatego poszli kształcić się w zawodzie lekarza do szpitala powiatowego.

Kolejną kwestią, do której chciałbym się tutaj odnieść, jest kwestia emigracji i tego, czy osoby wyjeżdżają. Nie, ten wskaźnik migracji jest od kilku lat stały – on jest mniej więcej w okolicach 7% i on nie zmienia się w przeciągu ostatnich lat. To pokazują statystyki Izby Lekarskiej na podstawie zaświadczeń wystawianych lekarzom, którzy wyjeżdżają. Niestety, nie ma lepszych danych, ponieważ to wszystko jest na zasadzie deklaratywnej – to jest jedyny wskaźnik, do którego możemy się odnosić, on jest też wykorzystywany w raportowaniu do instytucji zagranicznych. Zatem wydaje mi się, że ten współczynnik wyjazdów nie powinien być tutaj akurat jakimś wskaźnikiem, który powinien być brany pod uwagę.

W przeciągu ostatnich 10 lat przyjęcia na kierunek lekarski tak naprawdę się podwoiły, a prawie się potroiły, a trzeba pamiętać o tym, że od momentu immatrykulacji, przyjęcia na studia, do momentu, kiedy uzyskamy lekarza specjalistę – optymistycznie patrząc: nie zakładając żadnych urlopów dziekańskich, długich hospitalizacji, problemów z dostaniem się na specjalizację – realizując szkolenie z medycyny rodzinnej – która jest najkrótszą specjalizacją, trwa 4 lata – potrzebujemy 11 lat. W momencie, kiedy teraz masowo zwiększymy liczbę lekarzy, efekt będzie za co najmniej 11 lat. Nie mówiąc już o specjalistach z chirurgii, gdzie szkolenie trwa 6 lat. Jeżeli ktoś chce zrealizować dodatkowe szkolenie z zakresu chirurgii szczegółowej będzie to kolejne na przykład 14-15 lat. Zatem tak naprawdę rzeczy, które są robione w tym momencie poprzez zwiększanie liczby studentów, są rozwiązaniami na problemy, które będą za lat 15. A przez to, że nie mamy tak naprawdę żadnych wiarygodnych ekspertyz wskazujących na to, jaka sytuacja demograficzna czeka nas za te lat 15, trudno jest decydować, jakie rozwiązanie powinny być przedsięwzięte.

W momencie, kiedy mówimy o dużych brakach w kadrach medycznych w tym momencie, należałoby się chyba raczej zastanowić, w jaki sposób wyciągnąć, brzydko mówiąc, lekarzy z sektora prywatnego i z powrotem umieścić w sektorze publicznym, tak żeby ten dostęp do świadczeń medycznych był większy. Należałoby się zastanowić, czy nie warto byłoby nadać pewnych uprawnień już na etapie studiów, żeby ci młodzi studenci, być może, poprzez obserwację, poprzez pracę mogli już szlifować swoje pierwsze doświadczenia zawodowe i odciążyć też częściowo z tej pracy administracyjnej, biurokratycznej lekarzy, którzy się z nią zmagają.

Tak jak mówiłem, mój ogłód sprawy jest wielopłaszczyznowy, ponieważ, tak jak byłem ekspertem Polskiej Komisji Akredytacyjnej, jestem obecnie nauczycielem akademickim, byłem też niedawno studentem i wiem, z czym to się wiąże – że te zajęcia nie zawsze są doskonałe, że one nie zawsze są takie, jakbyśmy chcieli. Ale one się odbywają, one są, uczelnia stara się zapewnić w jakiś sposób kadre, jest infrastruktura. W momencie, kiedy tego nie ma, trudno mówić o jakiegokolwiek jakości. To, że ustalimy, że grupa kliniczna będzie miała, dajmy na to cztery osoby, to nadal nie rozwiąże sprawy, ponieważ nigdzie nie jest powiedziane, że na jednego nauczyciela akademickiego nie mogą przypadać trzy czy cztery grupy zajęciowe, więc co z tego, że studentów będzie czwórka w grupie ćwiczeniowej, skoro jeden asystent będzie prowadził cztery grupy jednocześnie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Liczba wyzwań jest tu rzeczywiście dosyć przerażająca – to jak wiele uszczegółowień i rozwiązań wydaje się też potrzebnych.

Tu chyba następny głos, proszę bardzo.

Koordynator narodowy ds. edukacji medycznej Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland Paweł Klimas:

Dzień dobry. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Paweł Klimas, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Dziękuję za możliwość pojawienia się i udziału w dyskusji.

Jestem aktualnie studentem V roku kierunku lekarskiego, dlatego proces nauki na studiach jest mi wyjątkowo bliski. Odwołam się głównie tutaj do standardów kształcenia, które zostały jakiś czas temu przyjęte. Chciałbym opowiedzieć początkowo o takiej jednej z podstawowych form nauczania na kierunku lekarskim, jakim jest edukacja przyłóżkowa. Jest to fundament przekazywania wiedzy oparty na takiej bezpośredniej pracy z pacjentem. Możemy ją podzielić na trzy etapy: przygotowanie do zajęć, bezpośrednia praca z pacjentem i ewaluacja.

Pierwszy etap jest, wiadomo, zależny głównie od studenta i przeważnie jego teoretycznego przygotowania do zajęć. Przeglądając literaturę naukową, którą po spotkaniu mogę przekazać osobom zainteresowanym, możemy natrafić na konkluzję, że jakość takiego sposobu nauczania jest bezpośrednio zależna od formy zaangażowania studenta oraz wielkości grupy klinicznej. Przy zbyt dużej grupie klinicznej nie możemy mówić o poprawnie przeprowadzonych ćwiczeniach – zaangażować i przeprowadzić ewaluację możemy tylko wtedy, kiedy student ma możliwość w ogóle pracy z tym pacjentem i przeważnie w mniejszej grupie klinicznej.

Obecnie przyjęte standardy zacierają jakiejkolwiek wcześniejsze założenia co do zachowania jakości prowadzonych zajęć klinicznych, ponieważ grupy większe niż sześćosobowe mogą prowadzić do sytuacji, w której większość uczestników zajęć nawet nie zbliży się do tego pacjenta, nie mówiąc już o zebraniu wywiadu, przeprowadzeniu badania fizykalnego czy innych procedur medycznych. Wyobraźmy sobie samo nastawienie pacjentów, gdy nagle bolący brzuch ma zbadać ośmiu lub więcej studentów. Na najlepszych uniwersytetach, dąży się do jak najmniejszych grup klinicznych, a czasem nawet mentoringu 1 na 1, czego pozytywny skutek również został oceniony w literaturze naukowej. Aktualne standardy dążą w zupełnie innym kierunku. Zaburzają relacje na linii nauczyciel – student, ograniczają możliwość zadawania pytań na zajęciach.

W standardach kształcenia w punkcie dotyczącym ogólnych efektów uczenia się opisano punkt, który teraz pozwolę sobie zacytować: „komunikować się z pacjentem i jego rodziną w atmosferze zaufania, z uwzględnieniem potrzeb pacjenta, oraz przekazać niekorzystne informacje, stosując zasady profesjonalnej komunikacji”. Tej komunikacji z pacjentem trzeba się nauczyć, nie rozmawiając z nim. To nie jest coś, co da się przekazać na slajdzie prezentacji. Pacjent symulowany, co prawda, jest dobrym sposobem, by osiągnąć podstawy i pracować nad niedoskonałościami, ale na końcu powinna być praktyka osadzona w realiach szpitalnych. Pacjent przebywający w szpitalu narażony jest na wiele czynników powodujących stres i dyskomfort. Nie wyobrażam sobie tworzenia dodatkowych czynników, niezwiązanych z chorobą pacjenta, a z procesem

edukacyjnym studentów. Przy dużych grupach, zachowanie prywatności, godności i budowanie relacji z pacjentem jest niemożliwe.

Dodatkowym problemem może być pytanie, jak zachować reżim sanitarny na salach operacyjnych czy salach chorych, gdzie powierzchnia jest ograniczona. Gdy taka liczba studentów zostanie wpuszczona na zajęcia, tworzy to ryzyko zanieczyszczenia pola operacyjnego. Wyobraźmy sobie rosnące ryzyko epidemiologiczne i zagrożenie zarówno dla studentów, jak i dla pacjentów, szczególnie z osłabionym układem odpornościowym.

Większe grupy na zajęciach to także wykluczenie osób niedosłyszących lub gorzej widzących, wynikające z utrudnionego odbioru treści.

Odniosę się tutaj jeszcze... było powiedziane, aby zaangażować studentów do pracy. Takie pomysły są wprowadzone na przykład na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i jest to zarówno dobry sposób na odciążenie lekarza od takiej pracy, pracy czyisto biurokratycznej, jak i dobra okazja dla studentów do tego, aby nauczyć się pracować z lekarzem, nauczyć się pracować w zespole. Poniekąd jest to rozwiązanie również ekonomiczne dla studentów, którzy w aktualnej sytuacji są w coraz gorszym położeniu ze względu na wysokie koszty życia. Dlatego tutaj apelujemy, żeby wprowadzić jakieś systemowe rozwiązania zatrudniania studentów w podmiotach ochrony zdrowia.

Odniosę się tutaj jeszcze do lekarskiego egzaminu końcowego, bo mam wrażenie, że jest to egzamin, który często jest przytaczany jako forma porównywania poziomu studentów. Ale chciałbym zwrócić uwagę, że w obecnej formie lekarski egzamin końcowy nie jest ani dobrym różnicującym egzaminem, ani nawet weryfikujący wiedzę, a wynika to przede wszystkim z tego, że lekarski egzamin końcowy w 70% jest złożony z bazy pytań. To jest baza pytań, której tak naprawdę można się mechanicznie nauczyć na pamięć. Nie używałbym na dzień dzisiejszy lekarskiego egzaminu końcowego jako dobrego wyznacznika poziomu pomiędzy uczelniami.

Kończąc, przyjęte standardy dają furtkę do obniżenia jakości edukacji – do tego, by podczas obchodu studenci zamiast zadawać pytania, stali na korytarzach, do tego, by ambicja studentów była zastępowana rosnącą frustracją i rozczarowaniem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo, i zapraszam.

Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Vladislav Kraevski:

Dziękuję serdecznie, Władysław Krajewski, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, dodam tylko jedno zdanie do właśnie wcześniejszej wypowiedzi pana posła. Jak najbardziej nas, jako lekarzy, jako praktyków, interesuje interes społeczny oraz interes pacjentów, i dobro pacjentów przede wszystkim. Dlatego zapytaliśmy się wprost Rady Pacjentów przy ministrze zdrowia, która wyraziła poparcie dla naszych postulatów.

Ale wracając do tego, co mówili moi przedmówcy, i co jest tak naprawdę najważniejszym celem dzisiejszego spotkania – jeżeli zaczynamy dokonywać takich zmian dość gwałtownych, szybkich, to musimy być pewni co do samego pomysłu oraz efektów, które chcemy przez to osiągnąć. Wiele razy dzisiaj padło, że w systemie ochrony zdrowia w Polsce brakuje lekarzy. Są tak naprawdę braki kadrowe – ale czy na pewno lekarzy, czy specjalistów? Jeżeli odniesiemy się do najnowszych danych pochodzących z Głównego Urzędu Statystycznego, to w Polsce mamy około 3,6 lekarzy na 1000 mieszkańców. Chciałbym zaznaczyć, że średnia unijna wynosi 4,1. Jak widać, różnica nie jest tak kolosalna, jak przedstawiano ją chociażby kilka lat wstecz.

Ale chcemy zaznaczyć, że braki są, i są przede wszystkim braki specjalistów. I tak jak wspominał ktoś z moich przedmówców, żeby wykształcić takiego specjalistę potrzebujemy około 11 do 13 lat, więc efekty tak naprawdę zmiany i tych rozmów, które prowadzimy dzisiaj, będą widoczne, dopiero za te 11-13 lat. To skąd my mamy takie przeświadczenie, że to może nie zaowocować, a później za te 11 lat nie będziemy mieli takiej sprawności, decyzyjności jak dzisiaj? A otóż, drodzy państwo, ja odnoszę się też do wypowiedzi pani przewodniczącej, które przywołała ciekawy przykład Hiszpanii,

który pozwoli nam troszkę, że tak powiem, spojrzeć w przyszłość. A mianowicie Hiszpania kiedyś była w takim samym punkcie jak Polska teraz, a mianowicie też zdecydowała się na gwałtowne zwiększenie przyjęć na kierunek. Cóż z tego wyszło? A mianowicie 2/3 z lekarzy kształconych w Hiszpanii pobiera zaświadczenie o pracy za granicą. 2/3, drodzy państwo – większość lekarzy wykształconych w kraju zamierza z niego wyjechać.

I teraz, dlatego, drodzy państwo, chciałbym skierować do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Zdrowia, jak i do wszystkich państwa pytanie: czy my chcemy tak naprawdę i czy w interesie polskich pacjentów jest kształcenie polskiego lekarza, że tak powiem, na eksport za granicę, do reszty świata; czy jednak chcemy poprawić dostępność świadczeń medycznych i wesprzeć publiczny system ochrony zdrowia w Polsce? To jest kluczowe i zasadnicze pytanie, bo na razie, jeżeli zgodzimy się na stan rzeczy, który omawiamy dzisiaj i nie dokonamy żadnej zmiany, to za te 11, 12 lat niestety możemy znaleźć się w takiej sytuacji jak Hiszpania, i dzisiaj jesteśmy tutaj po to, żeby zapobiec temu. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś zgłoszenia? Zapraszam.

Członek Zarządu Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Patryk Groszyk:

Dzień dobry państwu. Patryk Groszyk, ja jestem tutaj razem z kolegami z Porozumienia Rezydentów.

Już tak krótko, w sumie w ramach bardziej ciekawostki, odnosząc się do braku kadr dydaktycznych na uczelniach i odnośnie tego, co już wspomniał pan przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej. My w ramach naszej działalności też spróbowaliśmy pozyskać informacje w ramach dostępu właśnie do informacji publicznej, i zostały one do nas przesłane bezpośrednio z jednej uczelni, która ma negatywną opinię PKA. wśród tych dokumentów znalazła się lista pracowników zatrudnionych lub deklarujących chęć pracy na właśnie tej konkretnie uczelni. Podjęliśmy próbę kontaktu z tymi osobami. I co się okazało? – że spośród tych 25 osób, do których nam się udało znaleźć kontakt, wyszło, że co najmniej 5 osób wymienionych na tej liście, nie planuje podjęcia jednak pracy na tej uczelni. A co bardziej trochę zatrważające i może przykre – jedna osoba nie żyje, a mimo to takie dane dalej są powielane i te osoby w dalszym ciągu są na listach nam przedstawianych. Myślę, że też poniekąd mogą trafić te listy do państwa, do Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Stąd tak naprawdę nasza prośba i o to, żeby te weryfikacje, te oceny tych kierunków były jak najbardziej rzetelne i z dużą dokładnością realizowane, bo jeżeli my jesteśmy w stanie zweryfikować takie rzeczy – a zapewniamy, że będziemy w dalszym ciągu dążyć do tego, żeby weryfikować takie informacje – to myślę, że państwo, mając odpowiednie narzędzia do tego, też są w stanie. Oczywiście, te dane, które pozyskaliśmy, pozwolimy sobie przekazać zarówno panu, jak i odpowiednim instytucjom, tak żeby można było je odpowiednio spożytkować. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś zgłoszenia? Bardzo proszę.

Ja tylko poinformuję, że mamy salę do dwunastej, a jeszcze wiadomo, będziemy liczyli na odpowiedzi. Ale jeszcze trochę czasu mamy, więc bardzo proszę.

Członek Rady Doradczej Krajowej Reprezentacji Doktorantów i przewodnicząca Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych Małgorzata Grochocka:

Witam serdecznie, dzień dobry państwu. Bardzo dziękujemy za zaproszenie. Ja jestem z ramienia Krajowej Reprezentacji Doktorantów, ale również jestem przewodniczącą Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych.

Tytułem wstępu, bardzo dziękujemy zaproszenie, ale nie chciałabym rozpoczynać nowych wątków, tylko dołożyć swoją cegiełkę, ponieważ mam poczucie, że każdy z nas wypowiada się w tym samym kontekście, czyli zależy nam na jakości kształcenia studentów. Nie chcemy, żeby ci młodzi ludzie zostawali w takiej krytycznej sytuacji, że boją się o swoją jakość pracy. I to, co bym chciała, żeby wybrzmiało właśnie z ramienia Dokto-

ranckiego Forum Uczelni Medycznych, to, że w pełni popieramy stanowisko pana profesora Gruchały. Uważamy, że jest wybitnie trafione w punkt i ja, wywodząca się z uczelni należącej do KRAUM, również przychyliam się do tego, że powinniśmy jednak nie zaniżać standardów i nie zgadzać się na takie sytuacje, kiedy alternatywnie zgadzamy się pomimo negatywnej opinii na otwieranie tych kierunków albo kontynuację.

Może nie chciałabym się tutaj tytułować uczelnią, ale jestem w sytuacji takiej, kiedy w moim mieście na politechnice otworzono... właściwie są podejmowane starania o otwarcie kierunku lekarskiego. My sami występowaliśmy, już właściwie złożyliśmy wnioski, o otwarcie kierunku lekarsko-dentystycznego, więc mam takie dualistyczne spojrzenie na to, kiedy my jesteśmy w sytuacji takiej, że staramy się o otwarcie tego kierunku, i też troszeczkę to jest a priori zawieranie nam, że jesteśmy w stanie profesjonalnie przeprowadzić tych studentów, kiedy wcześniej nie mieliśmy tego zaplecza stomatologicznego. Niemniej jednak widzę – i absolutnie się tutaj też zgadzam z panią poseł, że tak to wygląda – że są przekupywani profesorowie. Minusem niestety jest to, że ci profesorowie, którzy odchodzą, to są bardzo często też osoby takie na przykład w wieku emerytalnym, czyli że nie ma tego przekazania nowemu pokoleniu takiej tej stabilności, że my powinniśmy tworzyć tę jakość, tylko że podpieranie się osobami, które właściwie już w wieku emerytalnym wyczerpały pewne swoje takie zasoby zawodowe.

I to, co chciałabym powiedzieć, to, że te uczelnie państwowe... to są wybitne osoby dlatego, że pracują jako lekarze. Specjalnie wypowiadam się też z ramienia doktorantów, żebyście państwo widzieli, że my nie dajemy sobie żadnego takiego też buforu lekkości życia, bo to są prace lekarzy – robimy doktoraty, ale też pracujemy jako nauczyciele akademii. I zobaczcie państwo, że sami doktoranci wywalczyli zniesienie tego zakazu zatrudniania doktorantów w charakterze nauczycieli akademickich.

Czyli że my chcemy, żeby ta jakość była w uczelniach państwowych, i absolutnie nie zgadzamy się na to, żeby te kierunki były pod jakąś może przykrywką przedłużane na zasadzie, że a może się uda. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Bardzo dziękuję. Czy są jeszcze jakieś głosy? To zaraz będziemy przechodzić do odpowiedzi.

Ja myślę, co do tych wątków, które tutaj się pojawiły, jeszcze zanim przejdziemy do odpowiedzi, warto zwrócić uwagę rzeczywiście na ten wątek emigracji nie tylko za granicę, ale i do sektora prywatnego. Zatem dodałabym tu jeszcze do pytań do ministerstwa: czy bierze pod uwagę takie dane w analizach potrzeb w sektorze publicznym i odpowiadania na te potrzeby przez otwieranie kolejnych kierunków lekarskich?

I pozwalając sobie dodać ostatnie pytanie, to jest pytanie o to, czy... nie chciałabym, żeby ono zabrzmiało jakoś ageistowsko, ale czy Państwowa Komisja Akredytacyjna ma informacje – podejrzewam, że jeśli ma to też niepełne w tym momencie – ale właśnie o tym, jak duża jest skala powrotu emerytowanych pracowników ze względu na otwieranie nowych kierunków. Ponieważ o ile jest to dla mnie oczywiste, że osoby będące na emeryturze nie powinny być pozbawione takiej możliwości, to, kiedy ta skala jest bardzo duża to, po pierwsze, dużo mówi o brakach kadrowych, a po drugie wydaje mi się, że może być wtedy niepokojące, bo są to też osoby już pozbawione bieżącego kontaktu też z chociażby z dostępem do nowej wiedzy medycznej, kiedy powracają po jakimś czasie do pracy dydaktycznej.

I, jeżeli już nie ma więcej głosów, to pozwolę sobie oddać głos. Może najpierw poproszę przedstawicieli ministerstw. Chyba że, jeżeli państwo wolą, to może najpierw profesor Uriasz – jak państwu jest wygodniej tutaj skoordynować swoje odpowiedzi, to...

Przewodniczący PKA dr hab. inż. Janusz Uriasz:

Tak, dziękuję, bardzo, tak może będzie łatwiej...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Tak, to bardzo proszę.

Przewodniczący PKA dr hab. inż. Janusz Uriasz:

...ponieważ Polska Komisja Akredytacyjna jako fundament swojego istnienia postrzega swoją niezależność i to jest, szanowni państwo, bardzo, bardzo ważne. Tutaj była wspomniana akredytacja amerykańska, którą ostatnio przechodziliśmy – my, jako administracja polska, ale także PKA. Otóż, jak gdyby, kwestia niezależności jest numerem 1, tak naprawdę.

Zastanawiamy się, ja sam się zastanawiam, jak to się stało, że mimo negatywnej oceny PKA uczelnie jednak zdecydowały się na uruchomienie tychże kierunków kształcenia mimo decyzji, jaką uzyskały. Przecież mogły jeszcze skorzystać z jakiegoś czasu, udoskonalić swoje słabości i dążyć do uzyskania pozytywnej oceny, po to, żeby studenci i kandydaci, którzy idą na te studia, nie mieli żadnych wątpliwości, a tak pojawiają się znaki zapytania.

Ja wróć do tej amerykańskiej komisji, która nas oceniała, raptem miesiąc temu. Otóż gdybyśmy nie uzyskali tej rekomendacji, to ręczę państwu, że już jutro amerykańscy studenci, którzy zastanawialiby się nad podjęciem studiów w Polsce, odeszliby od tego zamiaru, a najprawdopodobniej studiujący tu opuściliby nasze uczelnie. To stałoby się z dnia na dzień. Po prostu w tych systemach nikt nie wyobraża sobie, że można studiować, później posiadać kwalifikacje, które są nierozpoznane przez niezależną instytucję akredytującą. Tak więc to jest, szanowni państwo, fundament i to jest troska nas wszystkich.

Ja bardzo dziękuję za wszystkie głosy, których tutaj wysłuchałem na temat komisji. One były i pozytywne, i cierpkie. Przyjmuję je wszystkie i dziękuję, ale one wszystkie też wskazują, że państwo bardzo dobrze postrzegacie rolę Polskiej Komisji Akredytacyjnej jako takiego strażnika jakości kształcenia, niezależnie od kierunku, typu uczelni, także wielkości tejże uczelni, miejsca, w którym się ona znajduje. To jest nasza troska.

Ja też chciałbym powiedzieć, że my dbamy i naszą troską jest cały system szkolnictwa w Polsce. Mamy wiele wyzwań, także na kierunkach innych, których tutaj nie dotykamy – psychologa się tutaj pojawiła, filologia, teraz mamy także kierunki techniczne. Jest wiele, wiele wyzwań, na które staramy się pozytywnie odpowiedzieć. Studia podyplomowe, które stały się gdzieś tam ostatnio także pewnym tematem, także medialnym – też myślimy, jak zająć się tą kwestią.

Chciałbym wrócić do tego wątku ekspertów. Szanowni państwo, eksperci, z których korzystamy, tak naprawdę pochodzą ze środowiska. My nie mamy jakichś własnych, PKA-owskich, w cudzysłowie, ekspertów, tylko to są osoby, które są zgłaszane przez uczelnie, przez środowiska, przez zrzeszenia. Korzystamy ze studentów, korzystamy z przedstawicieli pracodawców, oferujemy... Nie dalej jak tydzień temu podpisałem kolejne listy do rektorów uczelni m. in. zrzeszonych w KRAM, aby delegowały kandydatów na tychże ekspertów, bo nasza siła moc i niezależność tkwi w ekspertach. I oto o to bardzo dbamy, i chcemy, aby, jak gdyby, tak było. Mamy takie bezpieczniki, nazwijmy to, bezpieczeństwa, które uruchomiliśmy. Otóż, gdy są jakiegokolwiek zastrzeżenia ze strony uczelni co do... wątpliwości co do kwestii merytorycznych, które rodziły jakieś znaki zapytania, to uczelnia ma możliwość odwołania się, i my natychmiast wykonamy korekty i takiego eksperta w swoim zespole po prostu zmienimy na inną osobę. Jeżeli są uzasadnione oczywiście tutaj powody. Tak więc uczelnie mają taką możliwość, i to dajemy do realizacji.

Chciałbym państwa z całą satysfakcją państwa powiadomić, że uruchomiliśmy pewną nową procedurę oceny wniosków – zwłaszcza tych kierunków wrażliwych, a do takich należy m. in. ten kierunek – które będziemy recenzowali na miejscu także, czyli będziemy... Taka procedura już raz w ubiegłym miesiącu została zrealizowana. Mamy dobre doświadczenie, będziemy tą drogą podążać. Czyli tam, gdzie jest nowy obszar, nowa dziedzina, kierunek wrażliwy, tam będziemy wysyłali ekspertów na miejsce do wnioskodawcy, po to aby na miejscu potwierdzić, czy te rzeczy, które są wpisane we wniosku, znajdują potwierdzenie.

Odpowiadając na pytanie pani przewodniczącej, rzeczywiście jest tak, że te braki dostępności kadry powodują, że w tychże wnioskach znajdują się osoby, które wiekowo są zaawansowane. My nie możemy dyskryminować, jak gdyby, wnioskodawców z tego

tytułu, tym niemniej pytamy, jaka jest polityka kadrowa i stabilność kadry, patrząc na wiek osób, które znajdują się we wnioskach – czy one po prostu będą skutecznie mogły dotrzeć do zakończonego cyklu kształcenia. Czasami takie pytanie gdzieś się pojawia. Ale to jest przejaw, jak gdyby, obecnej sytuacji i mamy świadomość, że tak jest. Tym niemniej to nie może być także powód odrzucenia całości wniosku ze względu na to, że gdzieś takie osoby się pojawiają.

Chciałbym także, szanowni państwo, z całą stanowczością wskazać, że oceny, które realizujemy, tak naprawdę są realizowane i finansowane przez budżet kraju, budżet naszego państwa – one są dla uczelni bezpłatne. Tym niemniej nakłady, które są kierowane na tę działalność, wymagają zwiększenia. Dziękuję bardzo także tutaj ministerstwu, które podjęło kroki w celu, jak gdyby, zwiększenia środków, które na ten cel będą dedykowane, bo tak naprawdę kwoty, o których tutaj wspominał rektor Gruchała i inne osoby, są daleko poza zasięgiem tychże kwot limitów, które Polska Komisja Akredytacyjna może dysponować na procedurę oceny. Ja chciałbym na przykład skorzystać z ekspertów zagranicznych. Jest taka możliwość, nie ma przeszkód. Instytucje zagraniczne tak robią, czyli korzystają z ekspertów zagranicznych. Nasi eksperci także wyjeżdżają do innych krajów na oceny. Ale nas po prostu na to nie stać, abyśmy mogli zaoferować konkurencyjne stawki dla ekspertów zagranicznych, a także dla polskich ekspertów, którzy mogą poświęcić swój czas, wysiłek i także później świadczyć i bronić tych oceny, które zostały przez nich ustalone.

Zatem jest wiele elementów, które tutaj musimy poprawiać. Tym niemniej bardzo dziękuję jeszcze raz za te słowa i głosy, których wysłuchałem na temat komisji i roli Polskiej Komisji Akredytacyjnej, którą państwo widzicie w naszym obszarze kształcenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. To może najpierw poprosiłabym pana dyrektora Klenckiego, i potem ostateczne podsumowanie.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych MZ Mariusz Klencki:

Zrobiła się naturalna kolejność. Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję.

Ja może powiem, że ten magiczny problem liczby lekarzy w Polsce... wydaje się, że to jest dosyć proste, ilu mamy lekarzy w Polsce – nie jest to proste do policzenia. Jak zaczynamy analizować, to okazuje się, że różne źródła podają różne dane, bo to zależy, czy liczymy... Nawet zresztą samorząd lekarski, który wydaje, jakby, aprobaty, żeby wyjechać za granicę, też w sumie nie wie, czy ktoś, kto wystąpił o coś takiego, wyjechał czy nie. Zatem tak naprawdę, żeby mieć w miarę dobry obraz tego, to dane trzeba zbierać z wielu źródeł, i to pewnie było źródłem takiego błędu, który trochę się odbił na tej i naszej, i publicznych dyskusjach o liczbie lekarzy. Bowiem długo uważaliśmy, i wierzyliśmy w to, że mamy 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców. Okazało się, że to był jakiś artefakt związany z nieprawidłowymi po prostu, czy nie w porównywalny sposób zbieranymi danymi. I my się odnosiliśmy trochę z błędnymi danymi do danych OECD. Teraz, po korektach wiemy, że mamy 3,6... no 3,4 tych, którzy na pewno praktykują – bo to, że mamy lekarza, to jeszcze nie znaczy, że on praktykuje. Zatem, tak jak mówię, zagadnienie nie jest takie proste.

Ale tak naprawdę to w tym naszym powszechnym poczuciu, że lekarzy brakuje, jest pewnym uproszczeniem, bo tak naprawdę mówiąc tak, mamy na myśli fakt, że brakuje lekarzy pewnych specjalności. I to nie jest dokładnie to samo, prawda? W związku z tym... A dlaczego brakuje lekarzy pewnych specjalności? To już jest z kolei zagadnienie dużo bardziej złożone, dlatego, że to jest sprawa całego systemu, jak on jest zorganizowany, jak lekarze są w tym systemie wykorzystywani, jakie mają obowiązki takie, powiedziałbym, biurokratyczne, jakie mają wsparcie innych grup zawodowych i tak dalej. Zatem tak naprawdę to, jaka jest optymalna liczba lekarzy na 1000 mieszkańców, to jest kwestia trochę zależna od tego, jak ten system jest zorganizowany.

Tu chciałbym powiedzieć, że nie jest tak, że im więcej lekarzy w systemie, tym lepiej – to znaczy, jest jakaś liczba, która jest optymalna przy danym systemie, sposobie jego organizacji. Jeśli będziemy zwiększać liczbę lekarzy ponad to, to już była mowa o tym,

że pewnie zwiększymy emigracją tak jak w Hiszpanii. Ale też są badania naukowe na ten temat, że nadmiar specjalistów w danej dziedzinie będzie trochę stymulować overtreatment, czyli takie nadmierne leczenie, prowadzenie, wykonywanie procedur, których właściwie można byłoby nie wykonać. Nie chodzi tylko o stronę ekonomiczną – One też niekoniecznie będą na korzyść pacjentów. Tak więc chciałbym w sumie zaapelować, żeby porzucić takie myślenie, że im więcej lekarzy, tym lepiej. To nie jest tak.

Druga rzecz, na którą chciałbym zwrócić uwagę, to, że tak naprawdę ten problem niedoboru lekarzy to jest sprawa bardzo wieloletnia, która jest przedmiotem wielu, wielu kadencji Sejmu, można powiedzieć, i wielu rządów. I tak, przypomnę może, że w roku akademickim 2010/2011 mieliśmy na pierwszym roku studiów 3788 miejsc, limity takie były; 11 lat później, w roku 2021/2022 mieliśmy 9039 miejsc – to jest prawie 2,5 razy więcej. Celowo podałem ten rok, żeby pominąć te uczelnie, czy te kierunki nowe, które wywołują duże kontrowersje. Czyli jakby wcześniej ten problem niedoboru lekarzy był zaadresowany dosyć intensywnie. I tu chciałbym powiedzieć, że on był przede wszystkim rozwiązany zwiększeniem liczby miejsc na tych uczelniach, które tradycyjnie kształciły, i to oczywiście był wysiłek organizacyjny tych uczelni. Też myślę, że mogę powiedzieć – że pan rektor Gruchała nie będzie protestował, jeśli powiem – że było to wsparte działaniami resortu i zdrowia i resortu nauki, bo też wiadomo, że wymagało rozbudowy infrastruktury taktycznej i tak dalej. Powiedziałbym, że to były dobrze alokowane środki, tak?

Natomiast, proszę zauważyć, że to, co budzi teraz takie kontrowersje, czyli te najnowsze kierunki, one de facto tak bardzo nie wpłyną na liczbę absolwentów, chociażby dlatego, że w tym rozporządzeniu, o którym mówiłem, w którym pomijamy te kierunki, które nie mają jeszcze tej ponownej opinii PKA, a miały wcześniej negatywną, to mamy w sumie 9600 miejsc, nieco więcej. Czyli tak naprawdę to i tak mamy dużo, dużo więcej niż 10 czy 12 lat temu. A to jest o tyle istotne, że my, jakby, cały czas musimy zdawać sobie też sprawę z tego, że – tak jak to już zresztą padło – efekt dla rynku lekarzy specjalistów będzie po co najmniej 10 latach. Co najmniej. Tak więc tak naprawdę tu jest dosyć duża bezwładność systemu – to znaczy, nasze akcje wywołują reakcje dopiero po 10 latach. I my – jakby, to też trzeba uwzględnić – możemy po prostu przesadzić w którymś momencie.

Wiem, że to wywoła kontrowersje, ale miałem przyjemność nawet prezentować dane departamentu analiz i strategii dwa miesiące temu, z których w pewnych modelach wynika, że za kilka lat lekarzy w Polsce będzie za dużo. To wywoła olbrzymie kontrowersje – znowu dlatego, że... To nie jest informacja o tym, że będziemy mieć jakiejś wąskiej grupy specjalistów za dużo, których brakuje, tylko to jest informacja o tym, że globalnie lekarzy w Polsce może być za dużo. Może, znowu z pewnymi zastrzeżeniami.

Wiem, że ten temat ma być też przedmiotem oddzielnego posiedzenia stałej podkomisji do spraw systemu ochrony zdrowia, pewnie na początku lipca – jak ten model... czy jak te modele, jak wyglądają szczegóły założeń – bo to też jest istotne. Ponieważ nie jest łatwo powiedzieć, jak jest teraz, a co dopiero przewidzieć, jakie będą potrzeby, jeśli chodzi o lekarzy, za kilka lat – bo świat się zmienia, technologie medyczne się zmieniają, zmienia się populacja. Zatem to wszystko trzeba uwzględnić, po prostu, i mogę powiedzieć, że w resorcie prace na ten temat trwają, jest to przedmiotem analiz.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

To bardzo, bardzo optymistyczna informacja. Dziękuję bardzo, panie dyrektorze.

I poproszę pana dyrektora Czaję o podsumowanie.

Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich MNiSW Marcin Czaja:

Szanowni państwo, postaram się w skrócie podsumować. Ale zacznę od tego, że w mojej ocenie główny temat dzisiejszej dyskusji – czyli nowe kierunki lekarskie w uczelniach, które ich dotychczas nie prowadziły, problemy wynikające z tymi kierunkami, ocena tych kierunków na tym etapie – myślę, że wynika z jednego bardzo podstawowego problemu, a mianowicie zbyt krótkiego czasu przygotowania się tych uczelni do rozpoczęcia kształcenia na tym kierunku. I tak jak powiedziałam w swojej wypowiedzi wstępnej, my w tej

chwili, jako ministerstwo, to weryfikujemy. Poprosiliśmy o deklaracje ze strony uczelni, po czym poprosiliśmy Polską Komisję Akredytacyjną o to, żeby pojechała i sprawdziła deklaracje faktycznie na miejscu.

Myślę, że pewne decyzje będą musiały być podjęte, natomiast one nie będą podejmowane w odniesieniu do ogółu tych uczelni – tutaj odpowiadam trochę też na wątpliwości pana posła Dolaty – tylko przygotowanie każdej z nich będzie rzeczywiście ocenione. Jeżeli będą dawały szansę na doprowadzenie do stanu optymalnego... tu być może będą musiały mieć chwilę przerwy w tym kształceniu, jeszcze bez utraty uprawnień, i dopiero jak dojdą do tego poziomu, który jest oczekiwany, będą mogły kontynuować to kształcenie.

Proszę państwa, w 2018/2019 roku przeprowadziliśmy taką analizę dotyczącą tego, ile miejsc na kierunku lekarskim mogą zapewnić jeszcze uczelnie, które prowadziły to kształcenie wcześniej, czyli te z doświadczeniem w prowadzeniu kształcenia na kierunku lekarskim. Wówczas otrzymaliśmy informację, że właściwie system osiągnął poziom optymalny. Jak mówię, to był 2018/2019 rok i zwiększanie liczby studentów na uczelniach prowadzących wówczas kształcenie lekarzy, okazało się praktycznie niemożliwe – z różnych względów: ze względu na to, jakie były zasoby lokalowe, jakie były możliwości zatrudnienia, zabezpieczenia kadry do prowadzenia tych zajęć. Wówczas pojawił się rzeczywiście impuls do tego, żeby kierunki lekarskie otwierać w uczelniach, które dotychczas tego kształcenia nie prowadziły. Tak jak powiedziałem – dlatego, że też mieliśmy informacje od tych uczelni, które prowadziły to kształcenie wcześniej, że nie będą w stanie zwiększać limitów przyjęć na kierunek lekarski.

Chciałbym, żeby bardzo wyraźnie wybrzmiała kwestia zapewnienia jakości. Tutaj pan doktor z Radomia mówił o tym, że również w tych uczelniach, które dotychczas prowadziły kształcenie na kierunku lekarskim, to kształcenie, być może, nie w każdym przypadku spełnia optymalne warunki jakościowe. Myślę, że bardzo ważne jest, żeby środowisko przekazywało takie informacji bezpośrednio – czy to do ministerstwa, czy do Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Tym bardziej, że tak jak powiedział pan poseł Uriasz, my w ramach systemu objęliśmy kierunek lekarski szczególną weryfikacją. Ta weryfikacja odbywa się po I, po III i po VI roku kształcenia. Nota bene Uniwersytet Radomski uzyskał pozytywną ocenę jakości kształcenia na kierunku lekarskim we wrześniu 2023 r., czyli już po zakończeniu całego pierwszego cyklu kształcenia w ramach tej uczelni. zatem to są uwagi, to są sygnały, które są bardzo ważne zarówno dla nas, jak i dla PKA.

Przechodząc trochę do standardów kształcenia i do tych postulatów, zwracam uwagę na dwa wektory wniosków, które tutaj padły. Ponieważ z jednej strony mówimy o tym, że mamy niedobór kadry, które chcą, mogą i są dostępne do kształcenia na kierunku lekarskim – z drugiej strony mówimy o tym, że mamy zmniejszyć liczebność grup. Tutaj wypracujemy rozwiązania – powiedziałem o tym na samym początku. Natomiast zwracam uwagę na pewną sprzeczność – bo będziemy dociążać tych nauczycieli akademickich, rozumiem, którzy już są w systemie, bo nowi nie będą chcieli się zgłosić. Pan profesor Gruchała kręci głową, ale jeżeli będziemy musieli zrobić dwuosobowe grupy, będziecie państwo musieli zorganizować kształcenie w dwuosobowych grupach na VI roku, to znaczy, że jedna osoba zamiast dwóch grup będzie prowadziła, powiedzmy, cztery, tak?

Przewodniczący KRAUM prof. dr hab. Marcin Gruchała:

Najpierw trzeba zahamować odchodzenie nauczycieli akademickich z kształcenia.

Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich MNiSW Marcin Czaja:

Kwestia finansów to jest absolutnie jeszcze inna kwestia i tutaj z nadzieją mogę patrzeć wyłącznie na państwa posłów – z nadzieją, że nas wesprą w naszych staraniach o zwiększanie środków na szkolnictwo wyższe i naukę.

Poseł Zbigniew Dolata (PiS) – spoza składu podkomisji:

Z radością.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich
MNiSW Marcin Czaja:**

Pani poseł, zmiana standardów i termin, kiedy zmiana standardów powinna nastąpić, może nastąpić. Dosłownie dzisiaj bądź jutro wyjdą do konsultacji i uzgodnień zmieniane standardy dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych. Myślę, że w okresie wakacyjnym postaramy się przeprowadzić w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia i w porozumieniu z konferencjami, z konferencją rektorów, propozycje zmian do standardu lekarskiego, tak żeby, nie w okresie wakacyjnym, ale tuż po wakacjach wyjść z propozycją do uzgodnień i konsultacji. To rozporządzenie będzie musiało przejść cały proces konsultacji i uzgodnień. Cały proces legislacyjny w ramach regulaminu prac Rady Ministrów, więc mam nadzieję, że jeszcze do końca tego roku taka zmiana standardów mogłaby się pojawić. Będzie ona obowiązywała, tak jak zawsze przy zmianie standardów, szanowni państwo, od nowego cyklu kształcenia, bo taka jest zasada, że musimy dać też uczelniom czas na dostosowanie programów studiów do wymagań wynikających ze standardów.

Proszę państwa, chyba z mojej strony to wszystko. Na koniec taka uwaga, ponieważ padały informacje dotyczące tego, że nauczyciele akademicki deklarują się... Skąd uczelnie wiedzą, kto będzie prowadził kształcenie na kierunku lekarskim? Uczelnia otrzymuje od nauczyciela akademickiego, który zamierza podjąć pracę w tej uczelni bądź deklaruje, że będzie kształcił przyszłych lekarzy – ale nie tylko, bo przy każdym innym kierunku jest tak samo – oświadczenie podpisane przez tę osobę. Tak więc w sytuacji, kiedy panowie z porozumienia rezydentów mówią o tym, że prowadziliście weryfikację, to taka smutna konstatacja, że czasem dla kogoś może bardzo niewiele znaczyć jego podpis. Ponieważ on gdzieś w którymś momencie to oświadczenie podpisał, zadeklarował się, że będzie prowadził to kształcenie, a później okazuje się, że wycofuje się z tego – być może, również pod wpływem opinii, które słyszy dookoła, ale...

Tak?

Przewodniczący PR OZZL Sebastian Goncerz:

Tak, tutaj jeszcze taką jedną rzecz nadmienię, bo – mam nadzieję teraz, że nic nie pomyłę – ale aktualnie na przykład, jeśli się nie mylę, jest zgłoszona do prokuratury jedna sprawa, w której podrobiono podpis. Jest oskarżenie o to, że podrobiono podpis jednej osoby, która nie była zatrudniona na danej uczelni, a jakby została zadeklarowana jako jedna z osób tam prowadzących zajęcia, więc takie sytuacje też się zdarzają. Tak jakby dla nadmienia, że niestety oszustw bywa całkiem sporo.

Jeszcze, jak już jestem przy głosie, to wiem, że nie jesteśmy konferencją rektorów uczelni akademickich, tylko oddolnymi aktywistami, ale też apelowalibyśmy grzecznie o to, żeby w procesie konsultacji tych stanowisk nas dołączyć, bo w przeciagu walki z aktualną degradacją kształcenia zebraliśmy jednak jakąś ilość materiałów i wiedzy, która może być pomocna.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich
MNiSW Marcin Czaja:**

Jeżeli mogę pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Oczywiście.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Uczelni, Kształcenia i Spraw Studenckich
MNiSW Marcin Czaja:**

...kończąc, chciałbym bardzo podziękować za dzisiejszą dyskusję i za możliwość przedstawienia stanowiska. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Dorota Olko (Lewica):

Ja również przyłączam się do tych podziękowań. Mam poczucie, że to była owocna dyskusja i bardzo dziękuję wszystkim państwu za poświęcony czas, za państwa głosy. Mam nadzieję, że będziemy jeszcze jakoś do tego tematu wracać i obserwować oczywiście pracę ministerstwa, a właściwie ministerstw.

Tym samym wyczerpaliśmy porządek obrad. Zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo.