

Kształcenie lekarzy – czy o

Rozmowa z wiceministrem
nauki i szkolnictwa wyższego
prof. Markiem Gzikiem

Coraz głośniejsze mówi się, że kierunki lekarskie, które otwarto pomimo negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA), powinny zostać zamknięte. Jakie jest stanowisko Ministerstwa Edukacji i Szkolnictwa Wyższego?

To jest zastana sytuacja, z którą mamy poważny problem. Dostrzegamy nieprawidłowości związane z otwieraniem nowych kierunków lekarskich przez uczelnie mające negatywną opinię PKA. Warto podkreślić, że była ona uzasadniona – aplikujące jednostki i uczelnie nie spełniały wymogów jakościowych. Niestety ówczesny minister Przemysław Czarnek arbitralną decyzją przyznał uprawnienia tym szkołom. Równocześnie mamy świadomość potrzeby kształcenia lekarzy z uwagi na ich niedobory w systemie. Niemniej uruchomienie kilkunastu nowych kierunków nie rozwiąże problemu tu i teraz. Efekty zwiększonego naboru będą widoczne dopiero po ukończeniu przez przyszłych lekarzy studiów i zdobyciu uprawnień. Po drodze doprowadzimy jednak do tego, że wypuścimy na rynek specjalistów o wątpliwych kompetencjach. Nie dlatego, że młodzi ludzie, którzy podjęli studia, nie chcą się uczyć. Chcą, tylko jeżeli szkoła nie zagwarantuje im odpowiedniego kształcenia, nie będzie miała zaplecza badawczego, dostępu do prosektoriów, to nie uda się wykształcić jakościowo dobrych lekarzy w warunkach symulacji numerycznych odbiegających od standardów. Dlatego bardzo krytycznie przyglądamy się tej sytuacji, rozumiejąc przy tym młodych ludzi, którzy dostali szansę, by zostać lekarzami. Robimy wszystko, aby ich nie skrzywdzić. Rozwiązaniem z wyboru jest ponowna weryfikacja wspomnianych szkół. Jednocześnie dokonaliśmy zmian w PKA. W naszej ocenie było w niej zbyt wielu teologów w stosunku do potrzeb. W ich miejsce przyjęliśmy specjalistów reprezentujących nauki medyczne. Chcemy skorzystać z ich doświadczenia i utworzyć zespoły, które przystąpią do ponownej weryfikacji. Będziemy stanowczy – jeżeli okaże się, że nowe szkoły ponownie nie uzyskają pozytywnej oceny komisji, to odbierzemy im możliwość kształcenia. Jednocześnie dopełnimy wszelkich starań, aby studenci otrzymali propozycję przejścia na uczelnie, gdzie będzie odpowiednia jakość kształcenia, dzie-



ki czemu uzyskają tak ważne dla pacjentów i rynku ochrony zdrowia kompetencje.

Wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” wskazał, że wprowadzając na uczelniach centralny egzamin (podobny do matury) z przedmiotów kierunkowych, np. farmakologii i fizjologii, można by jednocześnie zweryfikować i wiedzę studentów, i jakość kształcenia szkół. Jak pan ocenia ten pomysł?

Nie rozważaliśmy takiej możliwości. Jako wieloletni nauczyciel akademicki widziałbym w tym pewne zagrożenie związane z okazaniem lekceważenia renomowanym uczelniom, które lata temu zostały powołane

czeka nas nowe otwarcie?



Fot. Latający Kowal

w celu kształcenia kadr medycznych. Wprowadzenie centralnego egzaminu dodatkowo bardzo skomplikowałoby funkcjonowanie szkół, mających i tak olbrzymi problem z biurokracją. Przy okazji wykazalibyśmy się dość dużym poziomem braku zaufania do znakomicie sobie radzących uniwersytetów medycznych. Dlatego najpierw sprawdzimy, czy te uczelnie, które uzyskały możliwość kształcenia na kierunkach lekarskich, rzeczywiście spełniają standardy. Jeżeli okaże się, że nie, to będziemy wycofywać zgody. Moglibyśmy co do zasady „nowym” szkołom odebrać uprawnienia, jednak nie chcemy tego robić, ponieważ zakładamy, że część z nich odrobiła zadanie i mając negatywną opinię komisji, przez ostatnie miesiące usunęła braki, a obecnie reprezentuje całkiem przyzwoity poziom nauczania.

Odbieramy także sygnały, że już samo zwiększenie naboru na studia lekarskie spowodowało obniżenie jakości edukacji. Większe grupy oraz utrudniony dostęp do infrastruktury nie pozostają bez wpływu na kształcenie w tym specyficznym zawodzie. Będziemy się temu przyglądać i inwestować w laboratoria i prosectoria, żeby edukacja spełniała wysokie standardy.

Kiedy rozpocznie się weryfikacja? Czy uda się ją przeprowadzić przed następnym naborem na studia?

Zespoły już powstają, a wkrótce rozpoczniemy kontrole. Zależy nam na tym, aby w szkołach, które nie przejdą ponownej weryfikacji, wstrzymać październikowy nabór.

Przez ostatnie lata słyszeliśmy, że brakuje lekarzy. Teraz okazuje się, że nie do końca jest to prawdą. Lekarze są po prostu nierównomiernie rozmieszczeni w systemie. Czy w tej sytuacji nadal powinniśmy utrzymywać zwiększony nabór na kierunek lekarski? A może raczej zwiększać nabory na kierunki pomocnicze?

Od przeszło 20 lat zajmuję się inżynierią biomedyczną i powiązaną z nią technologią, która ma olbrzymie znaczenie dla systemu ochrony zdrowia. To rodzi pewne zależności związane z lekarzami, decydentami, edukacją medyczną. Mam szerokie spojrzenie i niestety muszę przyznać, że system organizacji w naszym kraju pozostawia wiele do życzenia, bo np. patrząc na liczbę łóżek szpitalnych – mamy za mało lekarzy. Musimy jednak odpowiedzieć sobie na pytanie, czy tyle łóżek potrzebujemy. Kolejny problem to pewna nierównowaga, jeżeli chodzi o specjalizacje medyczne. Niektóre dyscypliny dominują, jak kardiologia, a innych młodzi lekarze nie chcą wybierać, jak chirurgia czy neurologia. Trzeba się zastanowić, jak zachęcić młodzież, by specjalizowała się w różnych kierunkach, bo organizm jest układem naczyń połączonych. Potrzebni są lekarze wszystkich dyscyplin, aby leczyć każdą dolegliwość. To pokazuje, że problemem jest nie tylko kwestia kształcenia, lecz także edukacja w pewnych specjalizacjach. Bardzo ważne jest ponadto rozwijanie zawodów okołomedycznych, aby odciążyc lekarza – najdroższy element w systemie. Z badań rynkowych wynika, że w Polsce lekarz ok. 60 proc. czasu poświęca na czynności, które może wykonać inna osoba. W krajach zachodnich lekarz specjalista nie zajmuje się przygotowaniem aparatury medycznej, uruchamianiem, obsługą – to robią inżynierowie medyczni. Jeżeli tego nie poprawimy, stale będziemy mieć problem, a system będzie bardzo kosztowny. Równie ważne jest wdrażanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych związanych z cyfryzacją. Dziś jest tak, że lekarz, nie mając dostępu do repozytorium danych medycznych pacjenta, zmuszony jest diagnozować go kilkukrotnie. To olbrzymie marnotrawstwo. Jeżeli jednak nie ma pełnej bazy pacjenta, to musi sięgnąć do diagnostyki, żeby zdecydować o terapii. To pokazuje, że zarówno pod względem organizacyjnym, jak i nowoczesnych metod zarządzania należałoby dokonać daleko idących reform. Wówczas wiedzielibyśmy dokładniej, ilu lekarzy nam potrzeba i o jakich specjalizacjach. Do tych danych na samym końcu powinniśmy dostosować system kształcenia. Zdaję sobie sprawę, że nie jest to proste. Dziś bazujemy na tej wiedzy, jaka jest, i na podstawie posiadanych założeń dopuszczamy do kształcenia kolejne uczelnie. Zakładamy, że jeżeli przybędzie nawet kilka szkół spośród kilkunastu, które uzyskały uprawnienia, będzie to dobre dla systemu. Zdajemy sobie jednak sprawę, że za 5, 6 lat wszystkie uczelnie będą ze sobą konkurować. A na czym polega konkurencja uczelni, gdy brakuje

kandydatów na studia? Na obniżaniu kryteriów zarówno kwalifikujących na studia, jak i potem weryfikujących wiedzę. Efektem tych działań będzie produkcja lekarzy, a nie kształcenie. Dlatego podkreślamy, że działania ministra Czarnka doprowadziły do degradacji całego systemu – nie tylko w zakresie edukacji, lecz także nauki – poprzez arbitralne decyzje dotyczące m.in. podziału pieniędzy, ewaluacji, przyznawania punktów czasopismom, hierarchizacji szkół. To sprawiło, że wiele uczelni, zupełnie nieuprawnionych, uzyskało wysokie kategorie naukowe, co daje im pełne prawa akademickie zarówno do doktoryzowania, jak i przeprowadzania postępowań habilitacyjnych. Dziś mamy tylko trzy kategorie uczelni: B+, A i A+. Zniknęła kategoria C. Jeżeli wszystkie szkoły wyższe są tak dobre, to trzeba podnieść poprzeczkę i bardzo wyraźnie rozdzielić uczelnie i dyscypliny naukowe, które są prowadzone na wysokim poziomie, od tych dużo słabszych. Minister Czarnek poprzez ręczne sterowanie kategoriami doprowadził do spłaszczenia linii podziału. Wszędzie na świecie stawia się na najsilniejsze ośrodki, bo one przyciągają najlepszych kandydatów. Kształcą elity, które są motorem napędowym nauki mającej przełożenie na wiele obszarów naszego życia społecznego i gospodarczego.

Czy to znaczy, że na razie należy utrzymać podwyższone limity przyjęć na studia?

Limitom będziemy się przyglądać na kolejnym etapie. Najpierw musimy zweryfikować uczelnie pod względem jakości kształcenia. To nam pokaże, jaką naprawę mamy liczbę przyjęć studentów kierunku lekarskiego na wszystkich uczelniach.

Na konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia zwrócił pan uwagę na rolę sztucznej inteligencji w kształceniu. W jakich zakresach technologia cyfrowa powinna być wykorzystywana w edukacji studentów medycyny?

Dobrze byłoby rozpocząć kształcenie na podbudowie inżynierii biomedycznej, ponieważ dziś w każdej specjalizacji lekarskiej jest bardzo dużo technologii. W Polsce mówimy: prewencja, diagnoza, terapia i rehabilitacja. Na świecie natomiast najpierw jest: *healthy living*, a dopiero potem: *prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation*. Kiedy spojrzymy na całą tę ścieżkę pacjenta z perspektywy systemu ochrony zdrowia, to na każdym etapie niezwykle ważna jest technologia. W prewencji, w zdrowym życiu, nie tylko w diecie, lecz także w sposobie egzystencji. Istnieją różne formy aktywizacji ludzi, np. rowery treningowe – dzięki temu, że osoby ćwiczące są niejako spięte w sieć z innymi trenującymi, taka jazda im się nie nudzi. Wspólny trening, podczas którego jest rywalizacja i porównywanie osiągnięć, mobilizuje. W diagnostyce z kolei zdecydowana większość działań jest wspoma-



Fot. Materiały prasowe MNSiW

gana przez technologię. Weźmy choćby obrazowanie medyczne – tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, ultrasonografię. Tutaj rozpoznania są ustalane dzięki modelom wirtualnym. Zaryzykuję twierdzenie, że sztuczna inteligencja uzbrojona w modele cyfrowe bardziej efektywnie poradzi sobie z analizą zdjęć rentgenowskich, skanów rezonansu magnetycznego niż radiolodzy, którzy będą przeglądać obrazy. Rozwiązania technologiczne oparte na systemach informatycznych wspieranych algorytmami sztucznej inteligencji znacznie szybciej odniosą się do historii badań pacjenta niż lekarz. A to jest istota diagnozy, która polega na retrospektywnym porównywaniu stanu rzeczy. W odniesieniu do leczenia – technologia np. wspiera chirurga podczas operacji. Dziś ręce chirurga to często manipulator chirurgiczny, który poprawia precyzję ruchów i precyzję wykonywanych zabiegów. Weźmy pod uwagę opiekę domową, która z uwagi na starzenie się społeczeństwa zyskuje na znaczeniu. Tu także ważną rolę odgrywają różne formy aktywizacji seniorów i nadzór nad nimi. Wyzwaniem dla systemu jest znalezienie wystarczającej liczby opiekunów medycznych. Rozwiązaniem może być właśnie teleopieka, która pozwala jednej osobie kontrolować grupę seniorów.

To powiązanie medycyny z technologią i inżynierią biomedyczną stawia przed lekarzami nowe wyzwania. Coraz częściej obserwujemy, jak np. neurochirurdzy, którzy operują kręgosłup, sami doszkalają się z biomechaniki, by stać się lepszymi specjalistami.

Niedawno na jednym z kongresów medycznych powiedział pan, że edukacja medyków w Polsce nie uwzględnia dynamicznego postępu cyfryzacji. Co w takim razie zrobić, żeby zaczęła uwzględniać?

Rozwiązaniem byłoby dociążenie minimum programowych wiedzą z zakresu IT i technologii. Problemem pozostaje, jak to zrobić – czy zwiększyć liczbę godzin nauki, czy pewne treści zastąpić innymi przy zachowaniu obecnego pensum, czy wydłużyć studia? Dziś w edukacji lekarzy brakuje holistycznego podejścia do pacjenta, ponieważ rozwój medycyny wymusza specjalizowanie się w pewnych zakresach. W tej sytuacji wiedza dotycząca technologii jest niezwykle cenna. Umiejętne z niej korzystanie daje lepszą podbudowę do decyzji terapeutycznych. Może warto pewne treści ograniczyć, zastępując je wiedzą z zakresu IT, baz danych, fizyki? Nie zapominajmy, że technologia także ma swoje ograniczenia, dlatego należy ją dobrze poznać.

Dydaktycy akademicki zdają sobie sprawę, że sposób kształcenia musi ewoluować. Ich obawy budzą jednak braki kadrowe, a także fakt, że większość nauczycieli z uwagi na wiek nie nadąża za cyfryzacją. Jak sobie z tym poradzić?

To bardzo poważny problem, który dotyczy nie tylko dydaktyków, lecz także klinicystów. Coraz częściej widzimy, że lekarz woli pracować w poradni, ponieważ za zdecydowanie łatwiejszą pracę otrzymuje przyzwoite wynagrodzenie. Ten odpływ kadr z klinik i uniwersy-



Fot. Latający Kowal

tetów jest odczuwalny. Dawno minęły czasy, w których bycie kierownikiem katedry czy kliniki wiązało się z prestiżem. Pojawia się luka pokoleniowa, z którą musimy się zmierzyć, jeżeli chcemy zagwarantować wysokiej klasy specjalistów na uczelniach medycznych. Problemem po raz kolejny są pieniądze. W ostatnich latach system został tak przebudowany, że wynagrodzenie lekarza w AOS jest konkurencyjne w porównaniu z pensją lekarzy szpitalnych i dydaktyków, dla których kształcenie kadr zawsze jest dodatkowym obciążeniem. Jeśli tego nie zmienimy, nie poradzimy sobie z jakością absolwentów kierunków lekarskich.

Jest pan pomysłodawcą Europejskiego Centrum Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia. Czy pana zaangażowanie w ten obszar będzie miało wpływ na dalszy sposób kształcenia na uczelniach?

Już dziś ma to olbrzymie znaczenie, szczególnie dla Wydziału Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej. To jedyny wydział o tej nazwie w Polsce. Został powołany w 2010 r. Oczywiście sam kierunek – inżynieria biomedyczna – jest na 18 uczelniach w Polsce, ale po pierwsze, nie ma na nich wydziału, a po drugie, są to ściśle profile, np. mechaniczno-konstrukcyjno-materiałowy albo elektroniczno-informatyczny. Na Śląsku wszystkie te specjalizacje działają na jednym wydziale mającym trzy katedry z wysoko wykwalifikowaną kadrą kształcąca w czterech najważniejszych dla inżynierii biomedycznej obszarach. Są to: biomechanika, biomateriały,

bioinformatyka i bioelektronika. Warto podkreślić, że Europejskie Centrum Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia to bardzo dobrze wyposażony zespół nowoczesnych laboratoriów, gdzie wiedzę zdobywają studenci z Politechniki Śląskiej. Ale nie tylko – centrum współpracuje z innymi ośrodkami, organizuje konferencje, edukuje w obszarach zarówno informatyki medycznej, jak i analizy ruchu, oceny sprawności motorycznych itp.

Technologie oceny motoryki rozwijane są tam od lat. Jako przykład podam chociażby prace dotyczące oceny predyspozycji siatkarek z pierwszej ligi do odnoszenia urazów. Dzięki badaniom wskazano grupę dziewcząt z pewną asymetrią pracy mięśni wokół stawów, która może doprowadzić do kontuzji. Okazało się, że rzeczywiście przez rok 90 proc. zawodniczek z asymetrią odniosło kontuzje. To jest właśnie rola inżynierii biomedycznej – pokazać słabe punkty i naświetlić fizjoterapeucie, jak u konkretnej osoby prowadzić rehabilitację. Dziś cała medycyna idzie w kierunku małoinwazyjnych zabiegów i spersonalizowanej terapii. Bez technologii nie sposób tego dokonać.

Czy technologie zrewolucjonizują kształcenie na uczelniach, a jeśli tak, to kiedy możemy oczekiwać tych zmian?

Jeśli chodzi o dostęp uczelni do technologii, to jest oczywiście długi proces. Dobra wiadomość jest taka, że polskie uczelnie w ostatnich kilkunastu latach zostały dość dobrze wyposażone w nowoczesne rozwiązania technolo-

giczne wspierające proces kształcenia. Ale to jedna strona medalu. Drugą jest cyfryzacja mająca wspomagać kształcenie studenta. Mówiąc o tych aspektach – jesteśmy w trakcie przygotowywania systemów, które w najbliższym czasie będziemy wdrażać. Pierwszym z nich jest system centralnej rekrutacji. Obecnie uczniowie szkół średnich po zdaniu matur ubiegają się o przyjęcie na studia w różnych ośrodkach, żeby zwiększyć swoje szanse na zdobycie indeksu. Nie mogą bowiem w sposób obiektywny ocenić swoich możliwości. Jeśli uda nam się wprowadzić system centralnej rekrutacji, to absolwent szkoły średniej bardzo szybko będzie wiedział, gdzie i na jaki kierunek studiów zostanie przyjęty. Oczywiście nabór będzie trwał kilka, kilkanaście dni, jednak po tym czasie uczeń będzie wiedział, że np. nie zakwalifikuje się na uczelnię A, ale będzie mógł zostać studentem uczelni B. To usprawni rekrutację, wyeliminuje proceder blokowania miejsc. Młodzież od razu będzie wiedziała, jakie są jej szanse. Bardzo szybko wszyscy będą mogli się zająć swoimi sprawami – pracą dorywczą, wakacjami, a nie czekać, nawet do połowy sierpnia, na wyniki.

Kolejna rzecz to dyplomy cyfrowe i mikropoświadczenia. Mam na myśli szeroką e-usługę dla studentów, którzy po obronie pracy nie musieliby czekać 2 miesiące na dyplom, tylko od razu mogliby szukać pracy. Dodatkowo uniknęlibyśmy fałszowania dyplomów przez nierzetelne uczelnie, co teraz niestety się dzieje.

Z tym rozwiązaniem łączy się również jednolity system plagiatowy. Moglibyśmy wykorzystać sztuczną inteligencję, która już wspomaga pisanie prac semestralnych i licencjackich, do analizowania prac dyplomowych. To pozwoliłoby wyeliminować nieuczciwych absolwentów.

Następne rozwiązanie to „Ludzie nauki 2.0”, czyli uniwersalny moduł doboru recenzentów. Już dziś zakładamy, że w nowej perspektywie funduszy z Unii Europejskiej będzie sporo pieniędzy do rozdysponowania w trybach konkursowych. Stąd potrzeba zrekrutowania do obiektywnej oceny wniosków jak największej liczby ekspertów dobranych merytorycznie. Analizując poprzednie granty, mamy wiele uwag do sposobu ich przydzielania. Nasze obawy budzą przede wszystkim sylwetki recenzentów. Stąd potrzeba stworzenia takiego systemu, który jednocześnie weryfikowałby kompetencje tych ludzi i zapraszał do recenzowania wniosków. Dzięki temu możliwe byłoby zbudowanie systemu obiektywnej oceny. Wróć do tego, co się działo w ministerstwie za naszych poprzedników. Niestety minister Czarnek dzielił pieniądze na prawo i lewo, ale zawsze trafiały one do swoich. Owszem, były zespoły do oceny wniosków, tworzone ranking podziału funduszy, ale na końcu przychodził minister i dzielił, jak chciał. Według uznania.

Ostatnia rzecz warta podkreślenia to Nawojka, czyli nowoczesna platforma do wymiany informacji na temat ciekawych szkoleń, kursów, realizacji procesów kształcenia, a jednocześnie rekrutacji zainteresowanych, którą

zamierzamy zbudować. W ten sposób chcemy wykorzystać nowoczesne technologie w edukacji. Ta platforma ma temu służyć.

Jeśli „koalicji 15 października” uda się rządzić dwie kadencje, jaka będzie polska medycyna za 8 lat?

Trudne pytanie. Chciałbym przede wszystkim, żeby była wciąż atrakcyjna dla młodych ludzi. To jest bardzo ważne. Był taki czas, kiedy młodzi zastanawiali się, czy w ogóle mają iść na medycynę, ponieważ nie mieli gwarancji, że po tak trudnych studiach będą żyć na dobrym poziomie. Na szczęście ostatnio to się zmieniło, ale trzeba zrobić wszystko, żeby nie pogorszyły się warunki pracy i płacy. Dlatego pierwszą rzeczą jest atrakcyjność pracy w zawodzie. Konieczne jest przywrócenie zasadniczej roli klinikom, które powinny zajmować się najtrudniejszymi przypadkami. Jednocześnie szpitale kliniczne muszą być doskonale wyposażone, dysponować technologią gwarantującą najwyższy poziom leczenia. Wówczas przyciągną specjalistów najwyższej klasy. Kolejna rzecz to stworzenie systemu zachęt, aby lekarze chcieli się nieustannie rozwijać, bo w tym zawodzie nie można się zatrzymać. W czasach, gdy na świecie, poza kilkoma ogniskami konfliktów, mamy pokój, najwięcej pieniędzy inwestuje się w medycynę i zdrowie. Stąd tak duża dynamika zmian, wymagająca od lekarza ciągłego doszkalania. Z ostatnich badań przeprowadzonych w 15 krajach (w tym w Polsce) na temat tego, co inspirowało młodych lekarzy do wyboru miejsca pracy, wynika, że motywatorem jest renoma ośrodka. To się bardzo zmieniło, ponieważ do niedawna lekarze wskazywali na aspekt finansowy. Dlatego musimy dbać o renomę naszych szpitali, klinik, instytutów. Konieczni są profesjonalni menedżerowie dbający o dobrą organizację pracy, nowoczesne technologie, by przyciągać młode pokolenia. Ważne jest także zbudowanie zespołu okołomedycznego wspierającego lekarza. Lekarz musi być w centrum procesu leczenia, ale towarzyszą mu pielęgniarka, inżynier medyczny i technik. Te wszystkie zmiany należy wprowadzać, przyglądając się nowej pozycji lekarza. W efekcie na takim przeorganizowaniu systemu zyska nie tylko lekarz, ale przede wszystkim pacjent.

A co przyciągnie lekarzy do Polski B? Tam przecież kadry są bardzo potrzebne.

Konieczne jest stworzenie odpowiedniego systemu wynagradzania i dobrych warunków pracy. Zakładam, że uda nam się dostosować liczbę kształconych lekarzy do potrzeb systemu. Nie wykluczam sytuacji, że specjaliści, dobrze wykształceni w dużych, renomowanych ośrodkach, będą chcieli powrócić do swoich powiatów, aby zadbać o zdrowie sąsiadów. Jako naród wciąż jesteśmy przywiązani do miejsca urodzenia czy zamieszkania, a to dobrze rokuje dla Polski B.

Rozmawiała Marzena Sygut-Mirek