

Ryszard Stryjski

Uniwersytet Zielonogórski

Artur Stryjski

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

SYSTEMY KSZTAŁCENIA LEKARZY W WYBRANYCH KRAJACH EUROPEJSKICH (STUDIA LEKARSKIE JEDNO- CZY DWUSTOPNIOWE?)

Streszczenie

Artykuł przedstawia systemy kształcenia lekarzy w wybranych krajach europejskich. Prezentowane są warunki przyjęcia na studia na kierunki lekarskie, struktura tych studiów, ich programy oraz formy realizacji, a także egzaminy uprawniające do zdobycia uprawnień zawodowych. Rozwiązania stosowane na różnych uczelniach są okazją do porównań oraz propozycji mogących poprawić efektywność kształcenia studentów medycyny.

Słowa kluczowe: kształcenie lekarzy, studia medyczne, kierunek lekarski, specjalizacje, przyjęcia na studia, egzaminy, uprawnienia zawodowe.

THE DOCTORS' SYSTEMS OF TRAINING IN THE SELECTED EUROPEAN COUNTRIES (UNITARY OR TWO-CYCLE MEDICAL STUDIES?)

Abstract

This article introduces doctors' training systems in selected European countries. It describes entry requirements and application procedures for medical studies, structure of studies, study programs, their implementation pathway, and also the exams entitling to acquire professional qualifications. The solutions used at various universities are an opportunity to compare and suggestions that could improve the efficiency of training the medical students.

Key words: doctors' training, medical studies, faculty of medicine, specializations, admission, exams, professional qualifications.

Wprowadzenie

Coraz dłuższe kolejki w placówkach medycznych oraz ograniczenie dostępu do lekarza specjalisty są konsekwencją sytuacji demograficznej w tym zawodzie¹. Na ogólną liczbę ponad 180 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce, zawód wykonuje ok. 164 tys. osób:

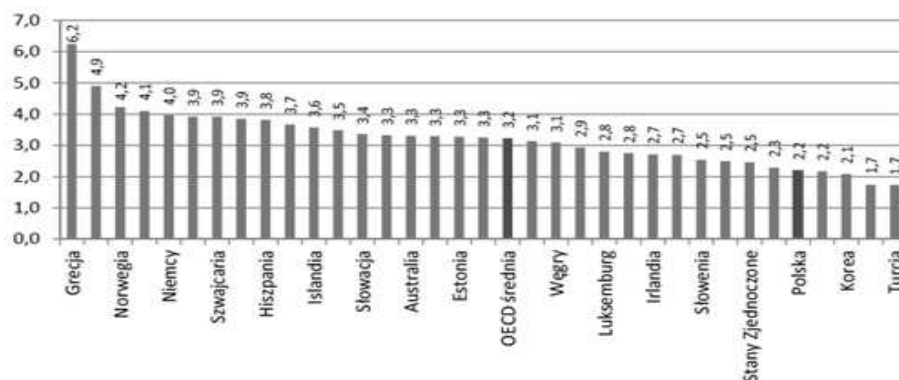
¹ *Raport Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej*, Warszawa 2015.

- 128 tys. lekarzy, wśród których liczba specjalistów wynosi niecałe 86 tys. w 81 specjalnościach lekarskich,

- 34 tys. lekarzy dentyków, wśród których liczba specjalistów wynosi 6 tys. w 11 specjalnościach lekarskich.

W trakcie specjalizacji jest w Polsce 22679 lekarzy i 1150 lekarzy dentyków. Średni wiek lekarza uzyskującego specjalizację to trzydzieści siedem lat i siedem miesięcy, natomiast średni wiek lekarza dentyki uzyskał specjalizację to trzydzieści cztery lata i cztery miesiące. Liczba praktykujących lekarzy specjalistów na tysiąc mieszkańców jest w Polsce jedną z najniższych w Europie (rys. 1). Na wielkość zasobów kadrowych (osób posiadających odpowiednie wykształcenie medyczne) wpływa stale zmieniająca się liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego. Dynamika tych zmian jest pochodną kilku elementów:

- wchodzenia na rynek pracy osób absolwentów krajowych uczelni medycznych,
- odchodzenia roczników starszych (emerytury, choroby, śmierć, zmiana zawodu),
- podejmowania pracy poza granicami kraju przez „świeżo upieczonych” absolwentów uczelni medycznych, a także osoby już czynne zawodowo,
- wchodzenia na rynek pracy absolwentów uczelni zagranicznych.



Rys. 1. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców² (OECD Health Statistic 2014)

Problemy związane z niedoborem kadr lekarskich oraz z nierównomiernym rozmieszczeniem terytorialnym specjalistów z różnych dziedzin medycyny występują nie tylko w Polsce. Rosną jednocześnie stawiane im wymagania. Potrzeby zdrowotne obywateli zwiększają się zarówno co do ilości świadczeń, jak i ich jakości, przy czym ich przyrost jest większy niż przyrost liczby i fachowości pracowników medycznych. Pociąga to za sobą konieczność kształcenia coraz liczniejszych kadr medycznych, o coraz większych umiejętnościach. Dotyczy to wszystkich dziedzin medycyny. Świadczenie usług zdrowotnych nie jest możliwe bez odpowiednio wykształconych ludzi, dlatego szczególnego znaczenia nabiera system kształcenia przed- i podyplomowego. Prawidłowo rozwinięty system kształcenia kadr lekarskich powoduje nie tylko zwiększenie liczby osób praktykujących w zawodzie lekarza i zwiększenie

² Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. *Informacja o wynikach kontroli NIK KZD.410.005.00.2015. Nr ewid. 220/2015/P/15/060/KZD*, Warszawa.

ilości specjalistów, ale także lepszą jakość kształcenia, co powinno zaowocować poprawą fachowości w świadczeniu usług zdrowotnych.

Zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych obywateli jest głównym celem systemu kształcenia lekarzy. W poniższym artykule przedstawiono systemy kształcenia funkcjonujące w wybranych krajach europejskich oraz spróbowano dokonać oceny efektywności przygotowania do zawodu w różnych systemach studiów.

1. Ramy prawne systemu kształcenia lekarzy w Unii Europejskiej

W krajach członkowskich Unii Europejskiej, podstawowe kształcenie medyczne lekarzy reguluje dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych³. Dyrektywa ta ustanawia zasady, na podstawie których uznaje się posiadanie szczególnych kwalifikacji zawodowych (w zawodach regulowanych) uzyskanych w innym lub innych Państwach Członkowskich. Uznanie kwalifikacji zawodowych przez przyjmujące Państwo Członkowskie pozwala beneficjentowi na podjęcie w tym Państwie pracy w zawodzie, do którego uzyskał i posiada kwalifikacje w rodzimym Państwie Członkowskim oraz wykonywanie tego zawodu w przyjmującym Państwie Członkowskim na tych samych warunkach, jakie obowiązują obywateli przyjmującego Państwa Członkowskiego. Warunkiem podjęcia kształcenia medycznego na podstawowym poziomie jest posiadanie dyplomu lub świadectwa, uprawniającego do dostępu do studiów uniwersyteckich na danym kierunku. Odbycie przez daną osobę kształcenia medycznego na poziomie podstawowym gwarantuje, że uzyskała ona następującą wiedzę i umiejętności:

- odpowiednią wiedzę w zakresie nauk, na których opiera się medycyna i dobre zrozumienie metod naukowych (w tym zasad dokonywania pomiarów funkcji biologicznych, oceny naukowo ustalonych stanów faktycznych i analizy danych);
- wystarczającą znajomość anatomii, fizjologii i zachowania osób zdrowych i chorych, a także zależności występujących pomiędzy stanem zdrowia człowieka a fizycznym i społecznym środowiskiem w jakim on przebywa;
- odpowiednią wiedzę w zakresie dyscyplin medycznych i praktyki klinicznej, zapewniającą adeptowi kompleksowe postrzeganie chorób fizycznych i psychicznych oraz medycyny w aspekcie profilaktyki, diagnostyki i terapii oraz rozrodczości;
- odpowiednie doświadczenie kliniczne zdobyte w szpitalach pod odpowiednim nadzorem musi trwać, zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady, co najmniej sześć lat i obejmować 5500 godzin kształcenia teoretycznego i praktycznego na uniwersytecie lub pod nadzorem uniwersytetu.

Na studiach prowadzonych w ramach systemu bolońskiego i składających się ze studiów licencjackich i magisterskich tylko ukończenie studiów magisterskich pozwala na wykonywanie zawodu lekarza we wszystkich krajach Unii Europejskiej⁴. Studia licencjackie (Bachelor of Science) pozwalają na wykonywanie zawodów medycznych, nie uprawniają jednak do

³ Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005.

⁴ *The Bologna Process in Medical Education beyond 2010*. IFMSA Policy Statement 2009 online (PDF-Dokument; 323 kB).

prowadzenia działalności lekarskiej⁵. Do tej pory nie do końca jest wyjaśniony obszar zawodowy, do wykonywania którego uprawnia ukończenie studiów lekarskich na poziomie licencjackim⁶. Tylko w kilku krajach, które podpisały Deklarację Bolońską, wprowadzono studia licencjackie na kierunku lekarskim. Siedem krajów: Szwajcaria, Dania, Holandia, Belgia, Islandia, Armenia i Portugalia zobowiązało swoje wydziały lekarskie uniwersytetów do przeprowadzenia takiej restrukturyzacji (przeprowadzenie odpowiedniej reformy). Cztery inne pozostawiło decyzję swoim uczelniom. Kilkanaście krajów, w tym większość krajów Europy Wschodniej, a także Włochy i Hiszpania nie dopuszcza studiów licencjackich na kierunku lekarskim. Jedenaście krajów nie podjęło jeszcze ostatecznej decyzji w tej kwestii.

2. Studia medyczne w Polsce

System studiów medycznych w Polsce reguluje ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym z późniejszymi zmianami oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty^{7,8}.

Warunki przyjęcia na studia

Każdego roku minister zdrowia w rozporządzeniu określa limit przyjęć nowych studentów na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny dla wszystkich uczelni w Polsce i dla każdej indywidualnie. W roku akademickim 2016/2017 na kierunek lekarski rekrutować mogło szesnaście uczelni, zaś na kierunek lekarsko-dentystyczny dziesięć⁹. Rekrutacja na studia medyczne w Polsce odbywa się generalnie na podstawie wyników uzyskanych na maturze. Warunki oraz tryb rekrutacji na poszczególnych uczelniach mogą się jednak nieco różnić. Na niektórych uczelniach wymagane są dwa przedmioty – biologia i chemia z matury w trybie rozszerzonym (Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, ŚUM, Kielce, Lublin, Łódź, Poznań, Rzeszów, Szczecin, Zielona Góra), a na pozostałych uczelniach wymagane są trzy przedmioty – biologia i chemia z matury w trybie rozszerzonym plus fizyka lub matematyka – tryb rozszerzony lub podstawowy. Również progi punktowe decydujące o przyjęciu na studia są niejednakowe na różnych uczelniach. Ich wysokość zależy, w pierwszy rzędzie, od ilości kandydatów oraz od liczby miejsc na studiach, o które się ubiegają. I tak, w roku 2016, najwyższy próg punktowy w procentach na studia lekarskie był na Uniwersytecie Zielonogórskim (90,5%), a najniższy na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie (76 %).

Struktura studiów

⁵ Ch. Beneker, *Bachelor und Master in der Medizin - schon ein Modellversuch mobilisiert Widerstand*. *Ärzte Zeitung*, 11. 01 2010.

⁶ B. Hibbeler, E.A. Richter-Kuhlmann, *Bologna-Prozess in der Medizin: Warten auf den großen Wurf*. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Band 105, Nr. 46. Deutscher Ärzte-Verlag, 14. November 2008, s. A-2440, B-2078, C-2012.

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152].

⁸ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty [Dz.U. z 2011r. Nr 113, poz. 658].

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w prawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny [Dz.U. z 2016 r. poz. 982].

Od 2013 roku studia lekarskie trwają sześć lat. Cały program nauki realizowany jest w ciągu pięciu lat. Szósty rok jest tym, co wcześniej nazwane było stażem lekarskim po studiach (rokiem praktyki). Obecnie praktyka odbywa się w ramach studiów. Został zlikwidowany staż podyplomowy. Na pierwszym i drugim roku studiów wykładane są przedmioty teoretyczne, takie jak anatomia, biologia, biofizyka, chemia, histologia, biochemia i in. Zajęcia z tych przedmiotów w większości kończą się egzaminem. Od trzeciego roku zaczynają się przedmioty i zajęcia kliniczne. Odbywają się one w szpitalach, z pacjentami. Studenci odbywają je w małych grupach. Do programu nauczania należą także jednomiesięczne praktyki, m. in. Z zakresu pielęgniarstwa, chirurgii i pediatrii. Odbywają się one po każdym roku, w czasie letnich wakacji, na oddziałach szpitalnych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego¹⁰ od 2013 r. na zakończenie studiów lekarskich zdaje się Lekarski Egzamin Końcowy – LEK (wcześniej zdawało się LEP). Egzaminu tego nie zalicza około 10% studentów.

Od wyniku LEK-u zależą szanse na wybór specjalizacji. Najlepsi mają największy wybór, w związku z tym wynik tego egzaminu decyduje praktycznie o rodzaju specjalizacji, o którą można się ubiegać. Tytuł specjalisty w wybranej dziedzinie medycyny lekarze i lekarze dentyści uzyskują po zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), po wcześniejszym odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, albo po uznaniu tytułu specjalisty uzyskanego w innym kraju za równoważny. Nabór i odbywanie specjalizacji lekarskich regulują przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹¹ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów¹². W trakcie szkolenia specjalizacyjnego, w ramach programu ustalonego dla danej dziedziny medycyny, lekarze specjalizujący się udzielają świadczenia zdrowotne pod kierunkiem lekarza specjalisty. Lekarz może odbywać w tym samym czasie tylko jedno szkolenie specjalizacyjne. Do 2014 roku było 40 specjalizacji podstawowych (można je było robić bezpośrednio po odbyciu stażu jako pierwsze) i specjalizacje szczegółowe - podspecjalizacje (można je było zrobić mając tytuł specjalisty w odpowiedniej specjalności podstawowej). W nowym programie specjalizacji modułowych jest 77 specjalizacji lekarskich. W rozporządzeniu określony jest wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego oraz wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy. Część specjalizacji będzie odbywana według modułów jednolitych. System specjalizacji modułowych daje możliwość odbycia większości specjalizacji bezpośrednio po stażu podyplomowym (a nie jak dotychczas, w przypadku specjalizacji szczegółowych, po wcześniejszym uzyskaniu odpowiedniej specjalizacji podstawowej). Skróci to czas uzyskania tytułu specjalisty w wielu dziedzinach medycyny. Szkolenie specjalizacyjne w systemie modułowym rozpocznie się, gdy zostanie opracowany i zatwierdzony przez ministra zdrowia program specjalizacji dla tego sys-

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego [Dz.U. 2012 poz. 903].

¹¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza [Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152, Dz. U. 2011 nr 277 poz. 1634].

¹² Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów [Dz. U. 2013, poz. 26].

temu w danej dziedzinie medycyny oraz po uzyskaniu przez jednostki szkolące akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w modułowym systemie specjalizacji.

3. Studia medyczne w Niemczech

Studia medyczne w Niemczech regulowane są jednolicie w skali federalnej. Zgodnie z przepisami kształcenie lekarzy powinno przekazać „podstawową wiedzę, zdolności i umiejętności we wszystkich przedmiotach, które są potrzebne do kompleksowej opieki zdrowotnej ludności”. Kształcenie medyczne opiera się na wynikach badań naukowych i jest ukierunkowane na praktykę i na pacjenta¹³.

Warunki przyjęcia na studia

Warunkiem przystąpienia do studiów jest matura lub jej odpowiednik. Liczba kandydatów na studia medyczne jest znacznie większa niż uniwersytety mogą przyjąć, dlatego w Republice Federalnej Niemiec istnieje federalne ograniczenie przyjęć (numerus clausus), uzależniające liczbę miejsc na kierunkach lekarskich na uczelniach od ich możliwości kształcenia. Większość uczelni przyjmuje nowych studentów na semestr zimowy, ale niektóre przyjmują też w semestrze letnim. W semestrze letnim w 2014 roku w Republice Federalnej było 1659 miejsc na studiach lekarskich. W semestrze zimowym 2014/15 było 8999 miejsc, o które rywalizowało 43002 kandydatów, czyli 4.8 kandydata na jedno miejsce.

W latach 1986-1996 stworzono jednolity test na kierunki medyczne¹⁴ („Medizinertest” – test lekarski). Jest on nadal stosowany przez niektóre uczelnie (o jego stosowaniu, bądź nie decyduje uczelnia). Ze względu na znacznie wyższą liczbę kandydatów na kierunki lekarskie niż liczba miejsc, niektórzy kandydaci próbują uzyskać miejsce na studiach na drodze sądowej. Te procesy najczęściej skierowane są przeciwko błędom w obliczeniach możliwości kształcenia uczelni. Kiedy wynik procesu jest pozytywny dla pozywającego, to uniwersytety muszą stworzyć dodatkowe miejsca studiów. Koszty postępowania wynoszą około 1.500 do 10.000 euro¹⁵.

Struktura studiów

Studia w Niemczech trwają 12 semestrów i 3 miesiące. Zostały one podzielone na dwie części:

- A. Część przedkliniczna (od pierwszego do czwartego semestru), kończąca się pierwszym egzaminem lekarskim.
- B. Część kliniczna (od piątego do dwunastego semestru), kończąca się na ostatnim roku spójnym szkoleniem praktycznym o długości 48 tygodni.

¹³ *Approbationsordnung für Ärzte*. Berlin 2013.

¹⁴ www.itb-consulting.de [21.11.2016].

¹⁵ A. Wetter, *Das Geschäft mit den Uni-Klagen*, *Handelsblatt*. Nr. 95, 21. Mai 2013, ISSN 0017-7296, s. 25.

A) Część przedkliniczna

W okresie przedklinicznym student otrzymuje niezbędną wiedzę i podstawy teoretyczne medycyny. Na koniec fazy przedklinicznej student powinien rozumieć zasady naukowe oraz wiedzieć jak działa zdrowe ciało ludzkie i jak jest ono zbudowane (wiedzy o chorobach i ich leczeniu poświęcona jest część kliniczna). Aby zmierzyć się z „pierwszą częścią egzaminu lekarskiego”, na zakończenie okresu przedklinicznego, należy uzyskać zaliczenie z 14 przedmiotów: laboratorium z fizyki, chemii, biologii, fizjologii, biochemii/biologii molekularnej, kurs makroskopowej i mikroskopowej anatomii, kurs socjologii medycyny i psychologii, seminarium z fizjologii, biologii/biologii molekularnej, anatomii, terminologii medycznej oraz wprowadzenie do medycyny klinicznej. Obowiązkowa jest też praktyka pielęgniarska (90 dni, które można podzielić na dwie lub trzy części, co najmniej 30-dniowe) oraz szkolenie z pierwszej pomocy.

B) Część kliniczna

W ramach części klinicznej studiów nauczane są przedmioty związane z zastosowaniem praktycznym medycyny, takie jak medycyna ogólna, okulistyka, chirurgia, epidemiologia, rehabilitacja i in.

Czteromiesięczna praktyka kliniczna

Po zdaniu pierwszej części egzaminu lekarskiego, przed rozpoczęciem roku praktycznego, należy w czasie wolnym od zajęć zaliczyć w sumie cztery miesiące praktyki. Praktyka ta ma na celu zapoznanie studentów z bezpośrednią opieką lekarską nad pacjentem.

Odbywa się ona:

- przez okres jednego miesiąca w zakładzie dla pacjentów ambulatoryjnych, albo w odpowiednim gabinecie lekarskim,
- przez okres dwóch miesięcy w szpitalu,
- przez kolejny miesiąc w jednej z powyżej wymienionych instytucji.

Rok praktyczny

Rok praktyczny odbywa się na ostatnim roku studiów medycznych. Jest on podzielony na trzy szesnastotygodniowe okresy:

- chorób wewnętrznych,
- chirurgii,
- ogólnej praktyki medycznej lub jednej z pozostałych praktycznych dyscyplin klinicznych.

Przedmiotem kształcenia w tym okresie jest szkolenie przy pacjencie. Studenci powinni wiedzę i umiejętności, nabyte we wcześniejszym okresie studiów, pogłębić i poszerzyć. W tym celu wykonują oni, pod kierunkiem i na odpowiedzialność lekarza prowadzącego, przypisane im zabiegi. Biorą też udział w konferencjach klinicznych, włącznie z farmakoterapeutycznymi i kliniczno-patologicznymi. W czasie całego roku studenci mogą opuścić maksymalnie 30 dni (choroba lub urlop), przy czym nie więcej niż 20 dni w każdym z trzech okresów.

Egzaminy medyczne

Pierwsza część egzaminu lekarskiego, na koniec okresu studiów przedklinicznych, składa się z części pisemnej, ustnej i praktycznej. Część pisemna – nazywana często, ze względów historycznych – Physikum – przygotowywana jest przez Instytut Egzaminacyjnych Pytań Medycznych i Farmaceutycznych. Pierwsza część egzaminu lekarskiego uważana jest za zdaną, gdy zarówno część pisemna, część ustna i praktyczna zostały zdane. Warunkiem dopuszczenia do drugiej części egzaminu lekarskiego jest pozytywne zaliczenie 22 przedmiotów kierunkowych i dwunastu przedmiotów przekrojowych. Również część druga egzaminu lekarskiego (przed rokiem praktycznym) ma formę pisemną i przygotowywana jest przez ten sam Instytut. Część trzecia egzaminu lekarskiego (ustno-praktyczna) odbywa się po pozytywnie zakończonym stażu (roku praktycznym) i organizowana jest przez uczelnię. Dopiero wtedy można wystąpić o państwowe zezwolenie (Approbation) na wykonywanie zawodu lekarza.

Cechą szczególną kształcenia lekarzy w Niemczech, w stosunku do innych kierunków studiów, jest możliwość szybkiego uzyskania doktoratu. Na innych kierunkach studiów doktorat robi się zwykle na trzy- do pięcioletnich studiach doktoranckich. Czas trwania doktoratu medycznego sprowadza się od jednego do dwóch semestrów na studiach doktoranckich w pełnym wymiarze godzin, lub trzech do czterech semestrów, jeżeli promocja odbywa się równoległe do studiów. Rozprawa doktorska nie jest obowiązkowa w ramach i po ukończeniu studiów lekarskich w Niemczech. Można zakończyć studia po trzeciej części egzaminu lekarskiego i pracować jako lekarz bez doktoratu.

4. Studia medyczne w Anglii

System kształcenia lekarzy jest bardzo zróżnicowany i zależy od uczelni, na której jest realizowany. W ramach cztero- do sześcioletnich programów studiów podstawowych (Undergraduate – formalnie są to studia licencjackie) uzyskuje się tytuł licencjata z Medycyny lub Chirurgii (Bachelor of Medicine lub Bachelor of Surgery).

Warunki przyjęcia na studia

Aby studiować medycynę w Wielkiej Brytanii nie wystarczy zdać dobrze maturę. Trzeba także dobrze zdać, zależnie od uniwersytetu, brytyjskie egzaminy wstępne, tzw. BMAT (Bio-Medical Admissions Test)¹⁶ lub UKCAT (UK Clinical Aptitude Test)¹⁷.

Test BMAT, stosowany tylko w Oxford, Cambridge i University College London składa się z trzech części:

1. Testu wielokrotnego wyboru sprawdzającego ogólne umiejętności w rozwiązywaniu problemów, w rozumieniu argumentów, a także w analizie danych i umiejętności wnioskowania.
2. Testu wielokrotnego wyboru sprawdzającego umiejętność stosowania wiedzy z nauk ścisłych zdobytej w szkole.

¹⁶ www.admissionstesting-service.com [17.11.2016].

¹⁷ www.ukcat.ac.uk [17.11.2016].

3. Pracy pisemnej, w której na podane cztery pytania, trzeba wybrać jedno z nich i odpowiedzieć na nie. Ta część sprawdza umiejętność rozwijania idei i przedstawienia ich w sposób zwięzły i efektywny w formie pisemnej.

Test UKCAT składa się z pięciu części:

1. Rozumowania werbalnego – sprawdzającego zdolność do krytycznej oceny informacji, które są przedstawione w formie pisemnej.
2. Rozumowania ilościowego – sprawdzającego zdolność do krytycznej oceny informacji przedstawionych w postaci liczbowej.
3. Myślenia abstrakcyjnego – oceniającego umiejętność do wyciągania wniosków z podanych informacji.
4. Analizy decyzji – oceniającego zdolność do podejmowania właściwych decyzji i orzeczeń z wykorzystaniem złożonych informacji.
5. Umiejętności oceny sytuacji – oceniającego zdolność do zrozumienia sytuacji rzeczywistych oraz identyfikacji czynników krytycznych i odpowiedniego zachowania się w sytuacjach krytycznych.

Niezależnie od wyników egzaminów i ocen na świadectwach maturalnych często w doborze studentów odgrywają rolę również inne czynniki, takie jak np. staże w ochronie zdrowia i to zarówno w ambulatoryjnej, szpitalnej czy też w opiece społecznej. Nie przyjmuje się więcej studentów na uniwersytety niż na to pozwalają rzeczywiste możliwości kształcenia szpitalnego.

Struktura studiów

Studia medyczne w Anglii trwają średnio pięć lat. W trakcie pierwszych dwóch lat uczelnie stosują najczęściej PBL (problem-based learning)¹⁸. Nie ma tu wydzielonych przedmiotów (biochemia, anatomia itd.), jest tylko nauczanie zintegrowane wokół konkretnego problemu. Polega ono na zajęciach w małych grupach, a nauczanie oparte jest na rozwiązywaniu problemów w oparciu o konkretne przykłady najczęstszych i najważniejszych chorób. Studenci dostają do opracowania określony przypadek kliniczny i muszą go zdiagnozować, zaproponować leczenie, ewentualnie modyfikować to leczenie. Asystenci pełnią rolę przewodnika – mówią z czego się uczyć, co i z czego doczytać, gdzie szukać informacji. Takie podejście uczy myślenia logicznego, uczy także współpracy w zespole, co jest niewątpliwie korzystne. Są też zajęcia praktyczne oraz warsztaty doskonalenia zdolności komunikacyjnych (komunikowania między ludźmi). Prowadzone są one z profesjonalnymi aktorami. Dodatkowo do dyspozycji studentów są wszelkiego rodzaju pomoce naukowe, na przykład plastikowe manekiny do pobierania krwi lub fantomy tzw. SimMan – nowoczesny symulator pacjenta umożliwiający ćwiczenie prawie wszystkich czynności ratowniczych. Trzeci i czwarty rok to zajęcia kliniczne. Studenci biorą udział w obchodach na oddziałach szpitalnych, zbierają wywiady od pacjentów i obserwują różne procedury i badania. Wtedy można na przykład asystować przy operacji mózgu lub pomóc odebrać poród. Ogromny nacisk kładzie się na kontakt z chorymi oraz umiejętności komunikacyjne. Na piątym roku studenci przygotowują się do wykonywania zawodu lekarza.

¹⁸ D. Wood, *ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning*, British Medical Journal. 326, 2003, s. 328-330.

Normalny, pięcioletni program, jest porównywalny do programu polskich studiów medycznych. Podobnie jak w Polsce, angielscy studenci również rozpoczynają zdobywanie doświadczenia klinicznego od trzeciego roku studiów.

Po studiach podstawowych przyszły lekarz rejestruje się w GMC (General Medical Council) i jako tzw. „junior doctor”, odbywa staż lekarski, (tzw. Foundation Years) – pierwszy rok na internie, chirurgii i wybranym oddziale, drugi rok może składać się z niemal każdej specjalizacji. W ramach studiów podyplomowych (magisterskich) można wybierać pomiędzy różnymi dyplomami. Zależnie od uczelni istnieją tutaj różne możliwości. Zazwyczaj są to studia magisterskie kończące się tytułem magistra (MSc by research“, „MSc by Advanced Studies and Research“, „Master of Surgery”). Stopni specjalizacji jest kilka, zależnie od dziedziny medycznej. W trakcie całego szkolenia zdaje się egzaminy (tzw. Membership Exams oraz Further Specialty Training Exams). Aby zdobyć dany stopień, należy zdać egzaminy. Po ich zdaniu zostać można lekarzem ogólnym (GP) lub lekarzem specjalistą (consultant).

W programie studiów doktoranckich można wybierać między doktoratem („Doctor of Philosophy” - PhD), doktorem chirurgii stomatologicznej („Doctor of Dental Surgery” - DDS) czy też doktorem medycyny (Medical Doctor- MD), który nie jest jednak równoważny polskiemu doktoratowi.

5. Studia medyczne w Szwajcarii

W Szwajcarii pod pojęciem studiów medycznych rozumie się medycynę, stomatologię i weterynarię. Pierwsze dwa lata studiów dla lekarzy i lekarzy dentystów są identyczne. Studia weterynarii już w pierwszym półroczu różnią się znacząco od pozostałych dwóch kierunków.

Oferta studiów medycznych i warunki przyjęcia na studia

W Szwajcarii można studiować medycynę i stomatologię w języku niemieckim na następujących uczelniach: Uniwersytet w Bazylei, Uniwersytet w Bernie i Uniwersytet w Zurychu; natomiast w języku francuskim na: Uniwersytecie w Lozannie i Uniwersytecie w Genewie. Na Uniwersytecie we Freiburgu można uzyskać stopień licencjata (pierwsze trzy lata - Bachelor of Medicine). Od 2017 r. na Uniwersytecie w Lugano (Università della Svizzera italiana) będzie można kontynuować studia licencjackie rozpoczynające się na Uniwersytecie w Bazylei, a od 2020 wprowadzone zostaną na tym uniwersytecie studia magisterskie¹⁹. Generalnie studia medycyny w Szwajcarii możliwe są wyłącznie dla osób posiadających prawo pobytu w tym kraju. Wszystkie uniwersytety, które oferują możliwość studiowania na kierunku lekarskim dysponują szpitalami uniwersyteckimi.

Istotnym kryterium przyjęcia na studia lekarskie jest „Test przydatności do studiów medycznych” („Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz“ wzgl. „Test d’aptitudes pour les études de médecine en Suisse” lub „Test attitudinale per lo studio di medicina in Svizzera” – w skrócie EMS lub AMS)²⁰. Test przeprowadzany jest w języku niemieckim, francuskim lub włoskim. Obejmuje on 9 grup zadań (umiejętności matematyczne w kontek-

¹⁹ *Anmeldung zum Medizinstudium für das Herbstsemester 2017*, Bern 2016.

²⁰ <http://www.unifr.ch/ztd/ems>

ście naukowym, wyobraźnia przestrzenna, rozumienie tekstów naukowych, umiejętności koncentracji, umiejętności zapamiętywania figur, test pamięci werbalnej, test myślenia naukowego, test wizualnych umiejętności strukturyzowania, rozumienie i interpretacja wykresów i tabel) i może być powtarzany co najwyżej raz do roku. Za ważny uważa się ostatnio osiągnięty wynik.

Struktura studiów

Od roku 2007 na wszystkich uniwersytetach szwajcarskich stosowany jest system boloński. Po trzecim roku studiów uzyskuje się tytuł licencjata. W ciągu trzech lat trwania studiów magisterskich należy przygotować pracę magisterską. Po zdaniu egzaminów końcowych uzyskuje się tytuł magistra w dziedzinie medycyny („Master in Humanmedizin” lub „Master of Medicine”). Następnie, w kolejnym roku, można uzyskać tytuł doktora (Dr med.)²¹.

Struktura studiów medycznych w Szwajcarii zależy od uczelni. Pomędzy uczelniami różnice są znaczne. Przede wszystkim różnie uregulowane są staże praktyczne i okres przedspecjalizacyjny. Generalnie studia lekarskie dzielą się na studia przedkliniczne i kliniczne. Studia kończą się uzyskaniem tytułu magistra, który jest warunkiem dopuszczenia do egzaminu państwowego. Po zdaniem egzaminie państwowym, następuje pięć do sześciu lat, to okres specjalizacyjny (rezydentura), po którym można uzyskać tytuł lekarza specjalisty.

Studia przedkliniczne

Studia przedkliniczne trwają dwa lata. Rozkład wykładów i zajęć oraz egzaminy nieco różnią się w zależności od uczelni. Pierwszy semestr obejmuje zajęcia z anatomii, chemii i fizyki a także laboratoria w takich dziedzinach jak chemia, fizyka, fizjologia i medycyna psychospołeczna. Na drugim semestrze prowadzone są podstawy biochemii, nauk humanistycznych, biologii molekularnej komórki, embriologii, histologii i genetyki. W ramach laboratoriów, na drugim roku, studenci uczą się przede wszystkim anatomii na zwłokach ludzkich. Ponadto jest to czas studiowania m.in. biochemii, fizjologii i histologii. Pod koniec każdego semestru student zdaje testy wielokrotnego wyboru. Na zakończenie studiów przedklinicznych student zdaje cztery egzaminy ustne z: anatomii, histologii, biochemii i fizjologii. Testów i egzaminów przedklinicznych nie zdaje około 25% studentów rocznie. Każdy rok studiów można jeden raz (niektóre lata dwa razy) powtarzać.

Studia kliniczne

Wykłady w części klinicznej organizowane są w blokach tematycznych, w trakcie których studenci zapoznawani są z objawami, przebiegiem i powikłaniami różnych chorób. W godzinach popołudniowych są prowadzone praktyki kliniczne w szpitalach. Studenci razem z lekarzem prowadzącym udają się do łóżka chorego i badają pacjentów. Odbywają się także zajęcia w takich dziedzinach jak: etyka czy patologia. Na zakończenie każdego semestru przeprowadza się testy wielokrotnego wyboru. Odsetek niepowodzeń w tych testach jest bardzo niski. Piąty rok jest „rokiem wyboru”, podczas którego przyszli lekarze pracują jako asystenci

²¹ *Informationen über die Anmeldung zum Medizinstudium der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten.* Bern 2014.

w różnych szpitalach. Szósty rok studiów przygotowuje do egzaminu państwowego. W czasie tego roku odbywają kursy powtórzeniowe i kliniczne. Niektóre uniwersytety odchodzą nieco od tego schematu. Rok wyboru przedłuża się wtedy do szóstego roku studiów, a praktyki kliniczne, częściowo zgrupowane w blokach, odbywają się cotygodniowo. Rok wyboru (odpowiadający szóstemu rokowi studiów lekarskich w Polsce) odbywa się, w zależności od uniwersytetu, na piątym lub piątym i szóstym roku studiów. Studenci sami wyszukują sobie miejsca stażowe w szpitalach. Jedynym warunkiem jest to, że każda jednostka stażu musi trwać co najmniej jeden pełny miesiąc kalendarzowy.

Egzaminy końcowe

Podczas szóstego roku studiów student, żeby być dopuszczonym do egzaminu państwowego, musi zdać egzaminy uniwersyteckie. Egzaminy te przebiegają różnie w zależności od uczelni. Egzamin federalny z medycyny został, zgodnie z nową ustawą²², zrestrukturyzowany. Od roku 2011 przeprowadza się w Szwajcarii egzamin państwowy składający się z dwóch testów wielokrotnego wyboru zawierających po 150 pytań i ze standaryzowanego egzaminu obejmującego sprawdzanie zdolności i umiejętności medycznych²³.

Studia medyczne w Szwajcarii uznawane są za bardzo intensywne i bardzo jasno skonstruowane. Nie ma takiej swobody wyboru przez studentów tzw. przedmiotów fakultatywnych, jak w niektórych innych krajach.

Podsumowanie

Porównując systemy studiów medycznych w różnych krajach europejskich można zauważyć ich wady i zalety. Mimo na pozór dość dużych różnic są one do siebie programowo zbliżone. Różnią się natomiast sposobem przekazywania wiedzy i umiejętności. I tak np., studia medyczne w Anglii są dużo bardziej praktyczne niż w Polsce. Angielscy studenci w kontaktach z pacjentami są bardziej doświadczeni i pewni siebie niż ich polscy koledzy. Tak więc, przyszły lekarz w Anglii po drugim roku studiów, w celu zdobycia niezbędnego doświadczenia, jest w pełni wprowadzony w prace zespołu lekarskiego. Dla kierujących zespołami medycznymi jest bardzo ważne, aby zapewnić studentom jak najwięcej wiedzy praktycznej. Badania kliniczne odbywają się zawsze według tego samego schematu, po to by u studentów w miarę szybko wyrobić odpowiednie zachowania zawodowe. Niektórzy obcokrajowcy krytycznie oceniają w angielskim systemie kształcenia fakt, że studenci angielscy często nie mają tak kompleksowego przygotowania teoretycznego.

Unowocześniając polskie programy kształcenia na kierunkach lekarskich, warto mieć na uwadze rozwiązania funkcjonujące w innych krajach europejskich. W systemie kształcenia medycznego doświadczenie praktyczne odgrywa szczególną rolę, a kształcenie kliniczne powinno być jak najbardziej praktyczne i odbywać się przy pacjencie. Według rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów z dnia

²² *Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe* (MedBG). SR 811.11 Stand am 1 Januar 2016.

²³ Informations- und Studienberatungsseite "*Medizinstudium in der Schweiz*" vom ZTD Freiburg/ Schweiz, 2015.

26 września 2016 r.²⁴ na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym powinien przypadać jeden nauczyciel akademicki na czterdziestu studentów. Na szczęście uczelnie zdają sobie sprawę z tego, iż jeden asystent nie może opiekować się czterdziestoma studentami i same regulują tę kwestię na korzyść studentów. Według Polskiej Komisji Akredytacyjnej liczba studentów przypadająca na jednego asystenta waha się od czterech do jedenastu. W praktyce wygląda to tak, że grupy kliniczne liczą 6-7 osób. Asystent, pomimo starań, nie jest w stanie w pełni kontrolować i nauczyć praktycznie zawodu tak licznej grupy studentów. Przepisy jasno określają, że student może brać udział w udzielaniu świadczenia tylko pod ścisłym nadzorem. Ścisły nadzór nad 6-7 studentami jest dosyć trudny, jeśli nie niemożliwy. Mimo zbyt licznych grup, polscy studenci kierunków lekarskich dobrze oceniają asystentów prowadzących z nimi zajęcia praktyczne. Jak wynika z raportu NIK, nauczyciele akademicy, na naszych uczelniach, doskonale sobie radzą. Tym nie mniej, to właśnie część praktyczna studiów została przez studentów oceniona najbardziej krytycznie. Trzeba tu dodać, że np. w Niemczech na jednego asystenta przypada w trakcie zajęć praktycznych jeden do dwóch studentów.

Warto rozważyć prowadzenie zajęć opartych o nauczanie problemowe, które uczy współpracy w zespole i logicznego myślenia. W krajach, w których tego rodzaju studiowanie stało się standardem studenci uczą się praktyki już od pierwszego roku studiów; nauczanie praktyczne odbywa się równolegle z nauczaniem teoretycznym. Wydaje się jednak, że „nie należy wylewać dziecka z kąpielą”, tzn. nie należy rezygnować z solidnego przygotowania teoretycznego. Rozwiązaniem najwłaściwszym byłby pewnego rodzaju kompromis między nauczaniem klasycznym a problemowym. Porównując podręczniki polskie i zagraniczne, np. angielskie, widać, że te drugie są dużo przystępniej napisane. Polskie podręczniki zawierają z reguły tak dużo szczegółowych informacji, że niejednokrotnie studenci się w nich gubią.

Nierozstrzygnięta jest kwestia kształcenia lekarzy na studiach jedno- czy dwustopniowych. Wielu wykładowców w badanych krajach opowiada się za studiami jednostopniowymi. Trzeba tu dodać, że często studia formalnie dwustopniowe, jak np. w Wielkiej Brytanii, odpowiadają swoim charakterem studiom jednostopniowym, a stopień drugi sprowadza się tak naprawdę do stażu lekarskiego. Innego zdania są studenci. Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Studentów Medycyny "(International Federation of Medical Students' Associations - IFMSA), Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny (European Medical Students' Association - EMSA) oraz Federalne Reprezentacja Studentów Medycyny w Niemczech (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland - BVMD), opowiadają się za wprowadzeniem na kierunku lekarskim studiów licencjackich i magisterskich (Bachelor / Master w medycynie). Stowarzyszenia te widzą jednak w tego typu rozwiązaniach nie tylko nowe możliwości, ale i zagrożenia. Dlatego też, dla oddzielenia od innych kierunków, żądają wprowadzenia Bachelor of Medicine i Master of Medicine. Należy tu dodać, że w Polsce, zgodnie z nową ustawą²⁵, która wchodzi w życie 1 stycznia 2017 r., po jednolitych, 6-letnich studiach lekarskich, przywrócony zostanie staż podyplomowy.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów z dnia 26 września 2016 [Dz.U. poz. 1596 § 14].

²⁵ Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw [Dz. U. z dnia 15 grudnia 2016 r.].

Bibliografia

- Anmeldung zum Medizinstudium für das Herbstsemester 2017*, Bern 2016.
- Approbationsordnung für Ärzte*, Berlin 2013.
- Beneker Ch., *Bachelor und Master in der Medizin - schon ein Modellversuch mobilisiert Widerstand*, Ärzte-Zeitung vom 11 Januar 2010.
- Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG)*, SR 811.11 Stand am 1 Januar 2016.
- Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego I Rady z dnia 7 września 2005.*
- Hibbeler B., Richter-Kuhlmann E.A., *Bologna-Prozess in der Medizin: Warten auf den großen Wurf*, *Deutsches Ärzteblatt*. Band 105, Nr. 46. Deutscher Ärzte-Verlag, 14. November 2008, s. A-2440, B-2078, C-2012.
<http://www.unifr.ch/ztd/ems>
- Informationen über die Anmeldung zum Medizinstudium der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten*. Bern 2014.
- Informations- und Studienberatungsseite "*Medizinstudium in der Schweiz*" vom ZTD Freiburg/ Schweiz, 2015.
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. Informacja o wynikach kontroli NIK*, KZD.410.005.00.2015, Nr ewid. 220/2015/P/15/060/KZD, Warszawa 2015.
- Raport Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej*, Warszawa 2015.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, [Dz.U. 2013, poz. 26].
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie warunków prowadzenia studiów z dnia 26 września 2016 [Dz.U.poz.1596 § 14].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny [Dz.U. z 2016r. poz. 982].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego [Dz. U. Poz. 903].
- The Bologna Process in Medical Education beyond 2010*, IFMSA Policy Statement 2009 online (PDF-Dokument; 323 kB).
- Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw [Dz. U. 2016 poz. 2020].
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [Dz.U. 2011, Nr 113, poz. 658].
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152].
- Wetter A., *Das Geschäft mit den Uni-Klagen*, *Handelsblatt*. Nr. 95, 21. Mai 2013, ISSN 0017-7296, s. 25.
- Wood D., *ABC of learning and teaching in medicine*. Problem based learning, *British Medical Journal*. 326, 2003, s. 328-330.
- www.admissionstestingservice [17.11.2016].
- www.itb-consultung.de [21.11.2016].
- www.ukcat.ac.uk [17.11.2016].