



## **Stanowisko oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat Edukacji Medycznej**

*Przygotowano na podstawie:*

*IFMSA Policy Statement "Global Policy on Medical Education"*

### **Oświadczenie**

Jednym z podstawowych celów statutowych Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland jest poprawa jakości Edukacji Medycznej w Polsce (Statut IFMSA-Poland § 8, punkt 2, litera i). Za działania Stowarzyszenia w tym obszarze jest odpowiedzialny Program Stały ds. Edukacji Medycznej (SCOME). Działania SCOME skupiają się wokół realizacji projektów i tzw. rzecznictwa interesów (*ang. advocacy*). Rzecznictwo interesów to szereg działań skierowanych do instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie polityki w danej dziedzinie, podejmowanych w celu promowania i przekonywania do najlepszych rozwiązań dotyczących tej dziedziny. Rzecznictwo interesów dotyczące edukacji medycznej skierowane jest m.in. do Ministerstwa Zdrowia i Władz Uczelni realizujących kształcenie na kierunkach medycznych.

W tym dokumencie IFMSA-Poland przedstawia poglądy w 10 kluczowych obszarach działania, do których należy się odnieść:

1. Kształcenie Ustawiczne;
2. Zrównoważony rozwój zasobów ludzkich w ochronie zdrowia;
3. Badania naukowe i Innowacje;
4. Środowisko nauczania, Edukacja oraz Misja Kształcenia;
5. Czytelne i Porównywalne Stopnie Naukowe;
6. Mobilność;
7. Międzynarodowa Otwartość i Edukacja w zakresie Globalnych Aspektów Zdrowia;
8. Etyka praktyk studenckich i stażów za granicą;
9. Wymiar Społeczny, Sprawiedliwy Dostęp i Realizacja;
10. Otwarty Dostęp, Otwarte Zasoby Edukacyjne i Otwarte Dane;
11. Zapewnianie Wysokiej Jakości;
12. Zarządzanie Uczelnią Medyczną.

IFMSA-Poland pragnie zaangażować się w promocję i rozpowszechnianie tych fundamentalnych wartości razem z innymi zainteresowanymi organizacjami i uważa włączenie studentów w ten proces za bardzo istotny w kwestii ich edukacji.



## Wstęp

IFMSA-Poland utrzymuje, że wszyscy ludzie mają prawo do dostępu do opieki zdrowotnej na wysokim poziomie. Wierzymy, że odpowiednią jakość tej opieki możemy osiągnąć jedynie poprzez zapewnienie pracowników sektora ochrony zdrowia posiadających umiejętności i wyznających wartości, które są niezbędne by wpłynąć pozytywnie na społeczeństwo, któremu służą. Z tego powodu, jako studenci medycyny, czujemy się odpowiedzialni za zapewnienie odpowiedniej jakości Edukacji Medycznej dotyczącej nas, jak i przyszłych pokoleń. Studenci medycyny powinni mieć wkład w postępowanie Edukacji Medycznej, nie tylko dlatego że dysponują unikalnym punktem widzenia będąc bezpośrednio w nią zaangażowanymi i widząc efekty reform, przez co mogą zapewnić najlepsze możliwe rezultaty tego procesu, ale także dlatego, iż wierzymy, że studenci są kompetentnymi, aktywnymi i konstruktywnymi partnerami w rozwijaniu i zarządzaniu systemem Edukacji Medycznej.

W związku z wpływem efektów Edukacji Medycznej na naszą zawodową przyszłość, IFMSA-Poland wierzy, że udział studentów w tych działaniach zapewni uczciwość i równość. Wspierając ten pogląd prezentujemy niniejsze Stanowisko, które dotyczy kluczowych kwestii powiązanych z Edukacją Medyczną.

IFMSA-Poland stwierdza również, że organizacje studenckie przyczyniają się do rozwoju naukowego studentów, umożliwiając im nabywanie cennych umiejętności przywódczych i odpowiedzialności indywidualnej poprzez angażowanie się w organizację różnych wydarzeń. IFMSA-Poland utrzymuje, że Edukacja Medyczna powinna być zawsze odpowiednia, aktualna, oparta na dowodach naukowych i zasadach etycznych podkreślonych w Deklaracji Genewskiej i Helsińskiej. [1][2]

IFMSA-Poland podtrzymuje, że Edukacja Medyczna powinna dostosowywać się do ciągłych zmian społeczeństwa. IFMSA-Poland uważa następujące dokumenty za filary niniejszego oświadczenia:

- WFME Global Standards of Medical Education [3] [4] [5]
- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools [6]
- WFME/WHO Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education [7]
- WHO Education Guidelines [8]
- WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide [9]



## Tekst główny

IFMSA-Poland wierzy w świat, w którym wszyscy studenci medycyny są zjednoczeni w aspektach ochrony zdrowia i są wyposażeni w niezbędną wiedzę, umiejętności, zdolności i wartości, aby przyjmować postawy przywódcze lokalnie i globalnie. Aby zapewnić jak najwyższe możliwe efekty naszych działań dla społeczeństwa, któremu służymy, IFMSA-Poland zobowiązuje się promować i rozpowszechniać te wartości Edukacji Medycznej dla wszystkich zainteresowanych i uważa zaangażowanie studentów medycyny w ten proces za kluczowe.

### 1. Kształcenie Ustawiczne

Kształcenie Ustawiczne (*Lifelong Learning – LLL*) jest definiowane jako „wszelkie działania edukacyjne podejmowane przez całe życie, w celu rozwinięcia wiedzy, umiejętności i kompetencji w obrębie osobistej, obywatelskiej, społecznej i/lub związanej z zatrudnieniem perspektywy”. [10] IFMSA-Poland wierzy, że ustawiczne kształcenie się przez ciągłą edukację (*Continuous Medical Education – CME*) i ciągłe doskonalenie zawodowe (*Continuous Professional Development – CPD*) to kamienie węgielne rozwoju Edukacji Medycznej. [11] Aby zapewnić postęp edukacji i metod nauczania, jak również doskonałości nauczania, Program Rozwoju Kadry (*Faculty Development Programme*) jest istotny dla rozwoju zawodowego nauczycieli przedmiotów klinicznych. [12]

IFMSA-Poland nawołuje, by:

- I. Kształcenie Ustawiczne było definiowane jako efekt kształcenia dla wszystkich studentów medycyny.
- II. Medyczne programy nauczania były zaprojektowane w celu przygotowania studentów do rozwoju umiejętności, których uczą się całe życie, takich jak samoocena i przygotowanie do ciągłej edukacji.
- III. Umiejętności nabywane podczas Kształcenia Ustawicznego były odrębnie oceniane przez Uczelnie Medyczne.
- IV. Medyczne programy nauczania rozwijały we współpracy z pracodawcami lekarzy, organizacjami medycznymi i pacjentami i/lub tymi, którzy troszczą się o edukację podyplomową.
- V. Szkoły medyczne i instytucje ochrony zdrowia zapewniały możliwości zdobywania międzynarodowego doświadczenia studentom i lekarzom, jak również edukatorom poprzez konferencje, spotkania, warsztaty i wymiany, aby poszerzali swoje horyzonty na temat Edukacji Medycznej, budowali postawy partnerskiej współpracy i zachęcali do nabywania proaktywnego podejścia.
- VI. Szkoły medyczne powinny zapewnić nauczycielom akademickim doskonalenie umiejętności nauczycielskich poprzez Program Rozwoju Kadry.

### 2. Zrównoważony rozwój zasobów ludzkich w ochronie zdrowia

IFMSA-Poland twierdzi, że kształcenie przed- i podyplomowe stanowią główne filary Edukacji Medycznej przyszłych lekarzy i powinny być ze sobą zintegrowane oraz zrównoważone względem siebie. Obecnie widoczny jest globalny trend zwiększania liczby uczelni medycznych. [13][14] Niestety podejmowane wysiłki w celu zapewnienia edukacji o wysokiej jakości napotykać przeróżne wyzwania, takie jak: brak odpowiedniej infrastruktury i wyposażenia w placówkach dydaktycznych, niedobór kompetentnej klinicznie kadry dydaktycznej czy brak dynamicznych metod kształcenia. [15] W związku z tym istnieje konieczność stworzenia międzynarodowego systemu akredytacji, w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości Edukacji Medycznej. System taki należy wprowadzić we współpracy z Rządem, by zapewnić ciągłość jego implementacji i monitorowania. Należy podkreślić, iż wzrost liczby pracowników sektora ochrony zdrowia nie może być osiągnięty kosztem obniżenia jakości ich kształcenia. [16]



IFMSA-Poland nawołuje, by:

- I. Odpowiednio planować liczbę nowoprzyjmowanych studentów na kierunki medyczne na podstawie pojemności dydaktycznej uczelni wynikającej z liczby nauczycieli akademickich oraz zasobów materiałowych i infrastruktury edukacyjnej.
- II. Odpowiednio planować liczbę nowoprzyjmowanych studentów na kierunki medyczne na podstawie zapotrzebowania w danym kraju, tak samo w liczbie ogólnej lekarzy, jak i w poszczególnych specjalizacjach, by nie marnować środków finansowych i zasobów ludzkich. Ma to się odbywać w poszanowaniu zasady wspierania sprawiedliwego dostępu do szkoły medycznej, zgodnie z przyjętymi normami odpowiedzialności społecznej uczelni medycznych.
- III. W sposób ciągły oceniać i kontrolować liczbę przyjmowanych studentów zarówno na poziomie uczelni, jak i władz państwowych na podstawie informacji zwrotnych pozyskiwanych zarówno od nauczycieli akademickich, pracodawców, ale także od studentów i pacjentów oraz wszystkich zaangażowanych w Edukację Medyczną.
- IV. Istniała silna i godna zaufania współpraca pomiędzy ośrodkami akademickimi oraz innymi placówkami dydaktycznymi, w celu zapewnienia edukacji klinicznej na odpowiednio wysokim poziomie dla wszystkich studentów.
- V. Dobór efektów kształcenia oraz programów studiów budowany był w oparciu o kompetencje wymagane od lekarzy kończących studia medyczne, które uzgodnione będą przez wszystkie zainteresowane strony. Dobór ten powinien być także oparty na międzynarodowych opracowaniach z wytycznymi m. in. *CanMEDS Physician Competency Framework*. [17]
- VI. Regularnie oceniać wprowadzanie efektów kształcenia przez Uczelnie Medyczne w celu ewaluacji efektywności procesu nauczania oraz umożliwienia wprowadzania stosownych poprawek.
- VII. Uczelnie Medyczne służyły pomocą studentom oraz wspierały w kwestii rozwoju kariery zawodowej.
- VIII. Uczelnie Medyczne jak i inne placówki ochrony zdrowia dzieliły się obowiązkiem nauczania przyszłych pokoleń lekarzy poprzez promocję i umożliwianie nauczania klinicznego indywidualnym studentom jako element ich rozwoju zawodowego. Jedną z metod jest motywowanie lekarzy do dzielenia się własną pracą i doświadczeniem ze studentem podążającym za mentorem. Nauczanie bowiem winno być obowiązkową częścią pracy lekarza na rzecz systemu ochrony zdrowia.
- IX. Oceniać postępy studentów Uczelni Medycznych przed ukończeniem studiów, by zapewnić odpowiednio wysokie kompetencje oczekiwane od absolwentów.
- X. Rząd, Uczelnie Medyczne i inne placówki ochrony zdrowia zapewniały odpowiednie warunki pracy i uczenia się, szanowały profesje medyczne, zapewniały dostęp do awansu zawodowego oraz rozwoju osobistego, a także odpowiednio wynagradzały pracowników zgodnie z wykształceniem i odpowiedzialnością społeczną, aby zapewnić odpowiednią liczbę pracowników ochrony zdrowia.

### 3. Badania naukowe i Innowacje

IFMSA-Poland podtrzymuje, że umiejętność przeprowadzania i interpretacji badań naukowych oraz oceny opublikowanych rezultatów jest kluczowym wynikiem kształcenia każdego studenta kierunku medycznego. IFMSA-Poland wierzy, że prowadzenie badań w dziedzinie Edukacji Medycznej ma wyjątkowy wpływ na doskonalenie systemu kształcenia oraz poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce. IFMSA-Poland uznaje potrzebę odejścia od edukacji opartej na opinii na rzecz edukacji opartej na faktach (*Best Evidence Medical Education, BEME*). [18]

IFMSA-Poland nawołuje do:

- I. Wprowadzenia obowiązkowych kursów z metodologii badań naukowych, zarówno teoretycznych jak i praktycznych.
- II. Wspierania inicjatyw naukowych finansowo i logistycznie przez szkoły medyczne, placówki opieki zdrowotnej oraz Rząd.



- III. Inwestowania na rzecz badań naukowych w dziedzinie Edukacji Medycznej ze strony szkół medycznych, placówek opieki zdrowotnej oraz Rządu.

#### 4. Środowisko nauczania, Edukacja oraz Misja Kształcenia

IFMSA-Poland głęboko wierzy w znaczenie doświadczenia zawodowego wszystkich pracowników ochrony zdrowia posiadających odpowiednią wiedzę i umiejętności oraz prezentujących właściwe postawy, wynikające z zajmowanych stanowisk. Cechy te umożliwiają świadczenie opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie, czego wymaga się w ich przyszłym środowisku pracy. Nadmierna koncentracja na edukacji przedklinicznej oraz nauczanie podzielone na odrębne, specjalistyczne działy nie przygotowuje pracowników służby zdrowia do pracy zespołowej oraz nie gwarantuje nabycia umiejętności przywódczych, niezbędnych w XXI wieku (Joint Learning initiative, 2004; WHO, 2006a; GHWA, 2008; Frenk, et al., 2010) [19]. IFMSA-Poland uznaje WFME Global Standards on Medical Education oraz wytyczne WHO jako narzędzia do poprawy Edukacji Medycznej w Polsce.

IFMSA-Poland nawołuje:

- I. Uczelnie Medyczne do ukierunkowania kształcenia w stronę skoncentrowanej na pacjencie edukacji interdyscyplinarnej. Aby to osiągnąć, przyszli pracownicy ochrony zdrowia muszą zdobyć odpowiednią wiedzę, umiejętności i postawy, a ich edukacja musi być praktyczna.
- II. Uczelnie Medyczne i zakłady opieki zdrowotnej do zapewnienia motywującego środowiska nauczania, w którym członkowie zespołu opieki zdrowotnej będą mogli pracować grupowo od początku ich kariery.
- III. Uczelnie Medyczne do zmiany metodyki ze skoncentrowanej na nauczycielu do bardziej skoncentrowanej na studentach, z ich upodmiotowieniem oraz włączeniem elastycznych ścieżek kształcenia i nauczania dostosowanego do indywidualnych potrzeb poszczególnych studentów.
- IV. Uczelnie Medyczne do wspierania rozwoju centrów Edukacji Medycznej, które powinny być odpowiedzialne za opracowywanie zaawansowanych metod nauczania i ewaluacji zdobytych kompetencji, zgodnie z aktualnymi standardami Edukacji Medycznej.
- V. Uczelnie Medyczne, aby motywowały studentów medycyny do bycia zwolennikami poprawy opieki zdrowotnej oraz rozwoju umiejętności przywódczych. Uczelnie Medyczne powinny także organizować zajęcia ponadprogramowe, aby zwiększać zaangażowanie studentów.
- VI. Uczelnie Medyczne do angażowania studentów w tematykę Edukacji Medycznej, aby w przyszłości mogli zostać kompetentnymi nauczycielami i zapewnić zrównoważony rozwój oraz ciągłe doskonalenie systemu nauczania medycznego w Polsce, dostosowanego do wymagań populacyjnych oraz zgodnego z trendami demograficznymi.
- VII. Uczelnie Medyczne do organizacji obowiązkowych warsztatów dla nauczycieli akademickich w ramach Programu Rozwoju Kadr, dzięki którym będą mogli ulepszyć swoje umiejętności dydaktyczne i przyczynić się do rozwoju Uczelni.
- VIII. Aby platformy e-learningowe oraz masowe, otwarte kursy online (MOOCs), stały się narzędziami przyczyniającymi się do rozwoju Edukacji Medycznej, przy jednoczesnym pozostawieniu tradycyjnych metod nauczania jako podstaw trybu nauki. Włączenie nauczania e-learningowego do Edukacji Medycznej może ułatwić wdrożenie zaawansowanej metodyki nauczania, dzięki której nauczyciele nie będą jedynie dystrybutorami treści, ale także moderatorami kształcenia oceniającymi kompetencje przyszłych adeptów sztuki medycznej. [20]



## 5. Czytelne i Porównywalne Stopnie Naukowe

Uczelnie Medyczne są zobowiązane do prowadzenia przejrzystych programów nauczania zarówno w ramach odpowiedzialności społecznej jak i zewnętrznej oceny jakości kształcenia wszystkich zaangażowanych stron, wliczając w to kandydatów na studentów oraz pracodawców opieki zdrowotnej oraz organizacje Edukacji Medycznej, będące odpowiedzialne za akredytację szkół medycznych.

IFMSA-Poland wzywa Uczelnie Medyczne do:

- I. Upublicznienia informacji o programie nauczania z uwzględnieniem curriculum i efektów kształcenia.
- II. Załączania do dyplomu dokumentu, który zawierałby standaryzowany opis poziomu, treści i statusu ukończonych studiów, aby umożliwić międzynarodowe uznanie dyplomu oraz ułatwić naukowe i profesjonalne uznanie kwalifikacji. Dokument taki musiałby być udostępniony na koniec studiów automatycznie i nieodpłatnie.
- III. Wprowadzenia systemu zaliczeń bazującego na nakładzie oczekiwanej od studenta pracy i osiągniętych efektów kształcenia, w celu zwiększenia rozpoznawalności stopni naukowych na poziomie międzynarodowym, a także promocję wymian naukowych.

## 6. Mobilność

Wiedza, umiejętności i doświadczenie zawodowe absolwentów szkół medycznych powinny być kompatybilne z potrzebami pacjentów, ponieważ po ukończeniu szkoły staną oni twarzą w twarz z chorymi, dla których niezbędna będzie najlepsza możliwa pomoc. IFMSA-Poland uznaje możliwość zdobywania międzynarodowych doświadczeń podczas praktyk studenckich za istotną wartość dodaną w procesie edukacji studentów medycyny. Uczestnictwo w międzynarodowych wymianach, spotkaniach i innych wydarzeniach daje pracownikom ochrony zdrowia możliwość edukacji w zakresie medycyny globalnej oraz szanse na nawiązanie znajomości z innymi studentami, pacjentami czy personelem medycznym na światowym poziomie. Ponadto, działania na szczeblu międzynarodowym stwarzają studentom medycyny możliwość zdobycia niezwykle przydatnych umiejętności pracy w środowisku zróżnicowania kulturowego. Kolejną zaletą uczestnictwa w wymianach międzynarodowych jest możliwość samodzielnego zaprojektowania planu zajęć, co wpływa na motywację do pracy i pozwala rozwijać zdolność samokształcenia. Maksymalizacja efektu kształcenia wymaga jasno określonych i realistycznych wyników edukacyjnych, a także odpowiedniego planowania i wkładu własnego studenta. [21]

IFMSA-Poland wzywa do:

- I. Uznania przez Uczelnie Medyczne czasu, pracy i kompetencji zdobytych przez studenta po powrocie z zagranicy, poprzez honorowanie punktów edukacyjnych (edukacja formalna) i wartości dodanej (edukacja pozaformalna).
- II. Skonstruowania takiego planu studiów, który umożliwi, a wręcz zachęca studentów do uczenia się za granicą, a studentów zagranicznych do studiowania na uczelni przyjmującej. Uczelnie Medyczne powinny umożliwić realizację części studiów na uczelni zagranicznej.
- III. Zaoferowania mobilności studentom oraz pracownikom Uczelni Medycznych.
- IV. Utworzenia stanowiska pracy, którego zadaniem jest ułatwienie organizacji i obsługi administracyjnej wymian zagranicznych dla studentów, pracowników oraz wykładowców.
- V. Wspierania inicjatyw studenckich, takich jak wymiany IFMSA i innych wydarzeń międzynarodowych, ponieważ umożliwia to zwiększenie mobilności studentów medycyny oraz rozwój Edukacji Medycznej w Polsce.
- VI. Wspierania finansowego mobilności przez Rząd, Samorzady i Uczelnie.



- VII. Rząd do wspierania studentów medycyny w pozyskiwaniu niezbędnej dokumentacji umożliwiającej mobilność. Kwestie wizowe nie mogą być barierą dla studentów medycyny w zdobyciu doświadczeń na arenie międzynarodowej, ponieważ jest to istotna wartość dodana w ich procesie edukacji.

### **7. Międzynarodowa Otwartość i Edukacja w zakresie Globalnych Aspektów Zdrowia**

Deklaracja z Alma-Ata przyjęta w 1978 roku na Międzynarodowej Konferencji dotyczącej Podstawowej Opieki Zdrowotnej, mówi o stawianiu pacjentów w centrum systemu ochrony zdrowia. [22] Mimo tego, znaczące włączenie przedstawicieli społeczeństw oraz studentów w zarządzanie służbą zdrowia na lokalnym i ogólnopolskim poziomie oraz podejmowanie decyzji w instytucjach edukacyjnych wydaje się być rzadkie. [23] Reformy Edukacji Medycznej powinny dotyczyć koordynacji działań różnych sektorów, zarówno publicznego, jak i prywatnego, w celu dostosowania systemów opieki zdrowotnej i planowania zatrudnienia w sektorze ochrony zdrowia do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i możliwości wyższego szkolnictwa medycznego, jak również stworzenia silniejszej więzi między Edukacją Medyczną, społeczeństwem i świadczeniodawcami usług zdrowotnych. [24]

IFMSA-Poland wierzy, że Edukacja Medyczna musi odzwierciedlać zarówno Społeczne Uwarunkowania Zdrowia, jak i międzynarodowe aspekty praktyki medycznej. [25] Nauczanie przeddyplomowe dotyczące globalnego wymiaru zdrowia znacząco zyskało na znaczeniu w ciągu ostatnich lat. Wydaje się być to odpowiedzią częściowo na potrzeby studentów, a częściowo na rosnącą globalizację, rozprzestrzenianie się patogenów między granicami państw i międzynarodową migrację pracowników ochrony zdrowia. [26] Ponadto, IFMSA-Poland widzi potrzebę wzięcia odpowiedzialności za większy wkład w poprawę działania systemów zdrowotnych i stanu zdrowia społeczeństwa. [27]

IFMSA-Poland wzywa do:

- I. Zaangażowania się polskich szkół medycznych we współpracę z innymi szkołami medycznymi na całym świecie. Tworzy to możliwości wdrożenia międzynarodowych programów zdrowotnych.
- II. Wzięcia przez wszystkie Uczelnie Medyczne odpowiedzialności za włączenie w program nauczania kompleksowych treści dotyczących globalnych aspektów zdrowia. Aby to osiągnąć, szkoły medyczne muszą zapewnić dostęp do nauczania o globalnych aspektach zdrowia, zarówno w ramach obowiązkowych, jak i fakultatywnych elementów programu nauczania. Powinny także wspierać i zachęcać studentów do ponadprogramowego doksztalcania się i działania w tym obszarze. Edukacja powinna zapewnić wiedzę, umiejętności i kompetencje w tematach takich jak: globalne rozprzestrzenianie się chorób, systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach, wpływ społecznych determinant zdrowia, sprawiedliwość w opiece zdrowotnej, dostęp do leków podstawowych i uzupełniających, racjonalne użycie leków na receptę, prawo i etyka oraz międzykulturowość.

### **8. Etyka praktyk studenckich i stażów za granicą**

Wymiany zagraniczne, jako forma praktyk studenckich, są okazją do poznania funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w różnym kontekście kulturowym. IFMSA-Poland zachęca studentów do poszerzania horyzontów w dziedzinie praktyki medycznej i do zwiększania efektów kształcenia w temacie globalnych aspektów zdrowia. [28]

IFMSA-Poland dąży do stworzenia trwałej współpracy na równych warunkach w ramach organizacji praktyk studenckich w krajach na całym świecie, mając na względzie różnice kulturowe, odmienności w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej i zróżnicowane zasoby. Należy zwrócić uwagę na aspekty etyczne wymian, takie jak przeprowadzanie przez studenta za granicą procedur, do których wykonywania nie posiada kwalifikacji i upoważnienia w kraju, z którego pochodzi. Takie działania mogą narazić bezpieczeństwo pacjenta i studenta, a także stanowią pogwałcenie podstawowych zasad profesjonalizmu lekarskiego.



IFMSA-Poland zdaje sobie sprawę, że wielu studentów wybiera kraje o niskich lub średnich przychodach jako miejsce odbycia wymiany zagranicznej, jednak zwraca uwagę na negatywny wpływ, jaki może mieć to na lokalne społeczności, zwłaszcza w miejscach, gdzie personel medyczny i zasoby są ograniczone.

IFMSA-Poland rozpoznaje problem niesprawiedliwości w obrębie obecnego systemu organizacji praktyk studenckich i wzywa do:

- I. Międzynarodowej dyskusji nad strukturą praktyk studenckich zagranicą, bardziej rygorystyczną standaryzacją szkoleń odbywanych przez studentów przed rozpoczęciem praktyk, oczekiwaniami dotyczącymi nauki oraz monitorowaniem i oceną wymian.
- II. Trwałej współpracy pomiędzy zainteresowanymi instytucjami, która powinna skupiać się na podejmowaniu wysiłków, także edukacyjnych, umożliwiających zminimalizowanie potencjalnego ryzyka wynikającego z ulokowania studentów w szczególnie wrażliwych systemach opieki zdrowotnej i zwiększenie wynikających z tego korzyści dla studentów.
- III. Zapewnienia przez wszystkie instytucje i organizacje zaangażowane w organizację wymian międzynarodowych korzyści dla każdej ze stron oraz utrzymywanie zrównoważonych relacji dla dobra studentów, lokalnych społeczności i zdrowia na świecie.

### **9. Wymiar Społeczny, Sprawiedliwy Dostęp i Realizacja**

IFMSA-Poland wierzy w znaczenie równego dostępu do Edukacji Medycznej. Jako przedstawiciele profesji medycznych lekarze posiadają zarówno przywilej jak i odpowiedzialność za opiekę nad pacjentami. Zaufanie, którym darzy ich społeczeństwo, musi wiązać się z akceptacją przez Uczelnie Medyczne oraz lekarzy przyjęcia odpowiedzialności za to społeczeństwo, któremu służą. [29]

IFMSA-Poland wzywa do:

- I. Stworzenia przez Uczelnie Medyczne oraz Rząd systemu, w którym dostęp do Edukacji Medycznej zależy od zdolności, umiejętności i potencjału kandydatów, a nie od ich statusu socjoekonomicznego. Ma to na celu zwiększenie różnorodności wśród przyszłych lekarzy oraz uczynienie profesji medycznych reprezentatywnymi względem społeczności, której służą.
- II. Dążenia przez Uczelnie Medyczne do finansowego uniezależnienia od opłat za nauczanie, co ma na celu zminimalizowanie ich wpływu na studentów, zwolnienia z opłat studentów o niskim statusie socjoekonomicznym lub zapewnienia alternatywnych metod finansowania, które w całości pokryją koszty ich kształcenia i życia w czasie studiów. Studenci nie powinni być stawiani przed koniecznością pracy zarobkowej w celu zapewnienia sobie środków do życia w wymiarze, który mógłby mieć negatywny wpływ na dostęp, uczestnictwo i ukończenie edukacji medycznej.
- III. Wdrożenia zaleceń zawartych w dokumencie „Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools”, w celu uczynienia polityki uczelni medycznych odpowiedzialną w kwestii trendów oraz przemian społecznych..
- IV. Skupienia uwagi przez Uczelnie Medyczne na lokalnych społecznościach, którym służą, a także by w edukacji, badaniach i świadczeniu usług rozważyły zaangażowanie w działania i współpracę ze wszystkimi ważnymi podmiotami działającymi w sektorze ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ogólnopolskim.

### **10. Otwarty Dostęp, Otwarte Zasoby Edukacyjne oraz Otwarte Dane**

IFMSA-Poland uznaje akademickie materiały naukowe za bardzo ważne narzędzia zarówno w badaniach, jak i edukacji. IFMSA-Poland pragnie zauważyć, że rosnące ceny czasopism naukowych, podręczników i innych pomocy dydaktycznych są przyczyną problemów finansowych zarówno uczelni, jak i studentów medycyny.





Dostęp do tych materiałów jest przez to ograniczony, co może być przyczyną obniżenia jakości opieki zdrowotnej i zmniejszenia korzyści płynących z badań naukowych. [30] [31]

IFMSA-Poland uważa, że lepszą alternatywą dla obecnie istniejącego systemu z ograniczonym dostępem do zasobów naukowych jest otwarta nauka. Stowarzyszenie wspiera inicjatywy dążące do wprowadzenia jej założeń, a konkretnie Open Access (Otwarty Dostęp), definiowanego jako darmowy i natychmiastowy dostęp do artykułów naukowych zamieszczonych w Internecie z możliwością użycia ich do realizacji własnych, niekomercyjnych celów; Open Educational Resources (Otwarte Zasoby Edukacyjne), definiowanego jako możliwość swobodnego użycia, adaptacji i dzielenia się wysokiej jakości materiałami edukacyjnymi oraz Open Data (Otwarte Dane), definiowanego jako możliwość swobodnego użycia, dzielenia się i rozbudowy baz danych. [32]

IFMSA-Poland wzywa:

- I. Uczelnie wyższe, rządy państw, instytucje finansujące projekty naukowe, naukowców i nauczycieli akademickich do wspierania inicjatyw mających na celu użycie i tworzenie Otwartych Zasobów Edukacyjnych, wdrażania polityki, która zapewni objęcie Otwartym Dostępem dorobku naukowego pracowników uczelni wyższych, zachęcania do publikowania w czasopismach realizujących założenia Otwartego Dostępu, a także do poszukiwania i używania Otwartych Zasobów Edukacyjnych zamiast drogich, tradycyjnych materiałów dydaktycznych, tam gdzie wydaje się to stosowne z akademickiego punktu widzenia i pasujące do danego programu nauczania.
- II. Uczelnie wyższe do przygotowania studentów medycyny do pracy z czasopismami naukowymi, bazami danych i zasobami edukacyjnymi spełniającymi założenia Otwartego Dostępu.
- III. Studentów do edukowania, opowiadania się za i podejmowania działań w sposób, który doprowadzi do implementacji założeń Otwartego Dostępu, Otwartych Danych i Otwartych Zasobów Edukacyjnych. [33]

## 11. Zapewnianie Wysokiej Jakości

Potrzeba reform i poprawy jakości Edukacji Medycznej, wzrost liczby uczelni medycznych na całym świecie w ciągu ostatnich dekad, a także potrzeba zabezpieczenia jakości systemu ochrony zdrowia w obliczu postępującej globalizacji oraz coraz większej mobilności personelu medycznego przyczyniły się do wzrostu znaczenia procesu akredytacji jako narzędzia zapewniającego wysoką jakość kształcenia medycznego. IFMSA-Poland jest przekonane, iż dbałość o wysoką jakość kształcenia medycznego jest niezbędna do utrzymania odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej. IFMSA-Poland wspiera istnienie procesów akredytacji uczelni medycznych, których celem powinna być pomoc uczelniom w podwyższaniu standardów edukacyjnych. IFMSA-Poland popiera również wytyczne zawarte w *WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education*, ponieważ uważamy, że system akredytacji uczelni medycznych jest kluczowy dla podwyższania standardów, zapewnienia wysokiej jakości Edukacji Medycznej, a także dla stworzenia odpowiednich warunków dla zwiększenia mobilności studentów oraz lekarzy. [34]

IFMSA-Poland wzywa:

- I. Uczelnie Medyczne do sporządzenia wewnętrznych oraz zewnętrznych systemów zapewniania jakości kształcenia zgodnych ze światowymi standardami wyznaczonymi przez WFME.
- II. Uczelnie Medyczne do stworzenia narzędzi do ewaluacji jakości nauczania oraz kompetencji kadry dydaktycznej, a także do zapewnienia studentom materiałów dydaktycznych o treści adekwatnej i stosownej do danego programu nauczania.
- III. Uczelnie Medyczne do regularnego publikowania aktualnych, bezstronnych i obiektywnych informacji na temat wyników działania programów zapewniania jakości kształcenia.
- IV. Uczelnie Medyczne do poprawy efektywności uzyskiwania informacji zwrotnej na temat jakości kształcenia, poprzez dokładne analizy oraz efektywne wdrażanie rozwiązań. Pozyskiwanie informacji powinno odbywać się w sposób zapewniający ochronę danych osobowych studentów.



- V. Instytucje akredytacyjne, jeśli uczelnia medyczna nie spełnia standardów danej jednostki akredytacyjnej, do wyznaczenia terminu na spełnienie danych standardów oraz zapewnienia wskazówek mających w tym pomóc. Jednostka akredytacyjna powinna także poinformować o konsekwencjach, które zostaną wyciągnięte w razie dalszego niedopełniania standardów przez uczelnię.
- VI. Rząd państwa do wspierania krajowych i lokalnych jednostek akredytacyjnych, których polityka oraz decyzje powinny być niezależne od Rządu państwa. Krajowe i lokalne centra akredytacyjne powinny być certyfikowane przez międzynarodowe centra akredytacji takie jak WFME.
- VII. Studentów do angażowania się we wszystkie aspekty zapewniania jakości edukacji. Studenci powinni mieć możliwość uczestniczenia nie tylko w procesie zbierania informacji, ale również w analizie, interpretacji, upowszechnianiu oraz wdrażaniu wyników. Studenci powinni być włączani do grona ekspertów zaangażowanych w proces akredytacji instytucji. Rekrutacja studentów do jednostek akredytacyjnych powinna odbywać się w sposób przejrzysty i wg określonych kryteriów, co zagwarantuje obiektywność procesu rekrutacji. Samorzady Studenckie powinny brać udział w procesie rekrutacji studentów. Agencje akredytacyjne powinny być zobowiązane zapewnić szkolenia dla studentów przed rozpoczęciem ich udziału w procedurze akredytacyjnej. Powinny zostać utworzone studenckie grupy recenzentów, które będą częścią zespołów dokonujących oceny uczelni medycznych.

## 12. Zarządzanie Uczelnią Medyczną

W szkolnictwie wyższym obserwuje się rosnące zainteresowanie zaangażowaniem i opinią studentów w kwestii ich edukacji oraz formowaniem współpracujących ze studentami grup, których celem jest omówienie programów nauczania i ułatwienie wprowadzenia koniecznych w nim zmian. [35] IFMSA-Poland wierzy, że Uczelnie Medyczne powinny umożliwiać studentom udział we wszystkich strukturach uczelnianych – włączając szczególnie te, które zajmują się pracami nad rozwojem programów nauczania, metodami rzetelnego oceniania, procedurami kwalifikacji w kształceniu podyplomowym, ewaluacją metod nauczania i zapewnienia najwyższej jego jakości oraz rozwoju na poziomie instytucjonalnym, ogólnopolskim i międzynarodowym.

IFMSA-Poland wzywa:

- I. Uczelnie Medyczne – do wspierania rozwoju organizacji studenckich, które są niezbędne w promowaniu reprezentacji studentów bazującej na demokracji. Studenci medycyny muszą mieć dostęp do kompleksowych i przejrzystych informacji dotyczących strategii edukacyjnych uczelni tak, aby mogli podejmować na ich podstawie świadome decyzje dotyczące Edukacji Medycznej.
- II. Samorzady oraz organizacje studenckie - do ulepszania obustronnej komunikacji pomiędzy uczelnią a reprezentacją studentów, do wspierania procesów demokratycznych w obrębie organizacji studenckich, do podejmowania działań na rzecz współpracy studentów na poziomie lokalnym, ogólnopolskim i międzynarodowym oraz do zabiegania o umożliwienie studentom pracy nad ewaluacją Edukacji Medycznej.

## Zobowiązania IFMSA-Poland

IFMSA-Poland zobowiązuje się do promowania i wspierania założeń niniejszego dokumentu wobec swoich zewnętrznych partnerów, a także podczas spotkań ogólnopolskich i międzynarodowych, by wspomagać członków w promowaniu i wspieraniu owych założeń wśród władz państwowych i ich uczelni medycznych. IFMSA-Poland zobowiązuje się ponadto do stwarzania możliwości studentom medycyny, które będą wcielać w życie główne założenia niniejszego dokumentu np. poprzez spotkania ogólnopolskie, warsztaty, ankiety, treningi, międzynarodowe wymiany naukowe i praktyki kliniczne.



## Źródła:

- [1] World Medical Association. Declaration of Geneva. Divonne-les-Bains, France. 2006
- [2] World Medical Association. Declaration of Helsinki. Fortaleza, Brazil, 2006
- [3] World Federation for Medical Education. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. 2012; .
- [4] World Federation for Medical Education. Postgraduate Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. 2015; .
- [5] World Federation for Medical Education. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. 2003; .
- [6] Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. 2010
- [7] World Health Organization / World Federation for Medical Education. WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education. 2005;
- [8] World Health Organization. Transforming and sealing up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013
- [9] World Health Organization. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. 2011
- [10] Communication From The Commission To The European Parliament. The Council. The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. 'An updated strategic framework for European cooperation in education and training'. Brussels, 16.12. COM 2008 865 final. Dostępne pod adresem:  
[http://csdle.lex.unict.it/Archive/LW/Data%20reports%20and%20studies/Reports%20and%20%20communication%20from%20EU%20Commission/20130508-123921\\_com-865\\_2008\\_enpdf.pdf](http://csdle.lex.unict.it/Archive/LW/Data%20reports%20and%20studies/Reports%20and%20%20communication%20from%20EU%20Commission/20130508-123921_com-865_2008_enpdf.pdf) [Accessed June 9th 2015]
- [11] World Federation for Medical Education. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. 2003;
- [12] D.H. Roberts, R.M. Schwartzstein, S.E. Weinberger. Career development for the clinician-educator. Optimizing impact and maximizing success. *Ann Am Thorac Soc.* 2014 Feb;11(2):254-9
- [13] Boulet J, Bede C, McKinley D, Norcini J. An overview of the world's medical schools. *Med Teach* 2007;Feb;29(1)206.
- [14] Segouin C, Hodges B, Brechat PH. Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing?. *Int J Qual Health Care* 2005 Aug; 17(4):2779.
- [15] World Health Organization. Transformative scale-up of health professional education: an effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. 2011;
- [16] Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps.. *Health Aff (Millwood)* 2012 Dec; (12):277484.
- [17] Royal College of physicians and surgeons of Canada. CanMEDS Physician Competency Framework. 2005
- [18] Harden, R.M, Grant, J., Buckley, G., Hart, I.R. (1999). BEME Guide No. 1: Best Evidence Medical Education. *Medical Teacher* 21(6): 553-562
- [19] World Health Organization. Transforming and sealing up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013
- [20] Ruiz, JG. et al (2006): The Impact of E-learning in medical Education. *Academic medicine* 2006 March 81;3: 207-212
- [21] Electives in undergraduate medical education: AMEE Guide No. 88; A. Lumb, D Murdoch-Eaton, 2014, 36: 557-572 *Medical Teacher*
- [22] Alma Alta Declaration (1978). Dostępne pod adresem:  
[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCwQFjABahUKEwjHoL3AnITGAhVzQIwKHfkbC7U&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpublications%2Falmaata\\_declaration\\_en.pdf&ei=HLR3VcfSPPOAsQT5t6yoCw&usg=AFQjCNFfHojVtggpww73WmyIYsVvaaR4fg&bvm=bv.95039771,d.cWc&cad=rja](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCwQFjABahUKEwjHoL3AnITGAhVzQIwKHfkbC7U&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpublications%2Falmaata_declaration_en.pdf&ei=HLR3VcfSPPOAsQT5t6yoCw&usg=AFQjCNFfHojVtggpww73WmyIYsVvaaR4fg&bvm=bv.95039771,d.cWc&cad=rja) [Accessed June 9th, 2015]



- [24] World Health Organization (2011). Transformative scale-up of health professional education: an effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health.
- [25] Bozorgmehr K (2010): Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health*. 2010 Oct 28;6:19.
- [26] Rowson M. et al. (2012): The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health*. 2012 Nov 13;8:35.
- [27] Global Consensus in Social Accountability of Medical Schools. Dostępne pod adresem: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDEQFjADahUKEwiWzLq1moTGAhUKGowKHfpuAJ0&url=http%3A%2F%2Fhealthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca%2Ffiles%2F2011%2F06%2F11-06-07-GCSA-English-pdf-style.pdf&ei=7bF3VdYhirSwBPrdgdAJ&usq=AFQjCNF9mMhT3UPISH2ThEiFsgKBrWhCmA&bvm=bv.95039771,d.cWc> [Accessed June 9<sup>th</sup>, 2015]
- [28] Miranda, J. J., Yudkin J.S, Willott, C. (2005). International Health Electives: Four years of experience. *Travel Medicine and Infectious Disease* 3(3): 133–141
- [29] Association for Medical Education in Europe (AMEE) ASPIRE Recognition of excellence in social accountability in a medical, dental, veterinary school criteria (2015). Dostępne pod adresem: <http://www.aspire-to-excellence.org/Areas+of+Excellence/> [Accessed on June 9<sup>th</sup> 2015]
- [30] The cost for an institutional print subscription of the journal *Brain Research* was \$19,952 in 2013 [Internet]. [cited 2014 Jun 29]. Dostępne pod adresem: <http://store.elsevier.com/product.jsp?issn=00068993>
- [31] The most common price per article for Elsevier journals on ScienceDirect is \$31.50 as of October 18, 2013 [Internet]. [cited 2014 Jun 29]. Dostępne pod adresem: <http://www.elsevier.com/online-tools/sciencedirect/articles#pay-per-view>
- [32] There are almost 10,000 journals registered in the Directory of Open Access Journals [Internet]. [cited 2014 Jun 29]. Dostępne pod adresem: <http://doaj.org/>
- [33] A Cover to Cover Solution How Open Textbooks are the Path to Textbook Affordability [Internet]. [cited 2014 Jun 29]. Dostępne pod adresem: <http://www.studentpirgs.org/reports/cover-cover-solution>
- [34] World Health Organization / World Federation for Medical Education. WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education. 2005;
- [35] Association for Medical Education in Europe (AMEE) ASPIRE Recognition of excellence in student engagement in a medical, dental, veterinary school criteria (2015). Dostępne pod adresem: <http://www.aspire-to-excellence.org/Areas+of+Excellence/> [Accessed on June 9<sup>th</sup> 2015]

#### Autorzy stanowiska oficjalnego:

Koordynator Narodowy ds. Edukacji Medycznej 2016 - Aleksandra Likońska  
Koordynator Narodowy ds. Edukacji Medycznej 2017 - Mateusz Marynowski  
Koordynator Narodowy ds. Edukacji Medycznej 2018 - Michał Chołubek  
Koordynator Narodowy ds. Edukacji Medycznej 2019 - Irmina Morawska  
Koordynator Narodowy ds. Szkoleń 2018- Klaudiusz Bolt