



ZAPOTRZEBOWANIE NA KADRY MEDYCZNE

Analiza obecnej sytuacji.
Rekomendacje.
Model planowania kadr medycznych.

Zespół Alumnów Fundacji im. Leśława A. Pagi



Fundacja
im. Leśława A. Pagi



LIDERZY
OCHRONY
ZDROWIA

Niniejsze opracowanie powstało w ramach projektu współpracy partnerskiej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, a Fundacją im. Leśława A. Pagi i stanowi komentarz ekspercki do raportu „Health Workforce Planning Methodologies across EU”. Przygotowując niniejszy dokument dokonano analizy polityki kadrowej w zakresie zawodów medycznych realizowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Szczególną uwagę poświęcono kadrze lekarskiej i pielęgniarskiej, której deficyty stanowią problem ogólnoeuropejski. Dokument zawiera również rekomendacje, których implementacja może w znacznym stopniu przyczynić się do usprawnienia polityki kadrowej dotyczącej zawodów medycznych.

Fundacja im. Leśława A. Pagi od 2003 roku realizuje projekty szkoleniowo-edukacyjne dla studentów oraz absolwentów uczelni wyższych, a także dla uczniów i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych. Celem Fundacji im. Leśława A. Pagi jest działalność promująca dobre praktyki w biznesie i wspierająca utalentowanych studentów i absolwentów zajmujących się problematyką gospodarczą (finanse, energetyka, healthcare, innowacje). Poprzez swoje działania przyczyniamy się do budowy kapitału intelektualnego oraz umacniania regionalnego, skonsolidowanego rynku kapitałowego w Europie środkowo-wschodniej.

Autorzy



Dominika Krupa



Mateusz Jankowski



Aleksandra Staniak



Weronika Jewczak



Magdalena Krupiarz



Filip Pawliczak



Natalia Wierzicka



Marta Barycza



Sylwia Kwiatek-Markiewicz

KONTAKT

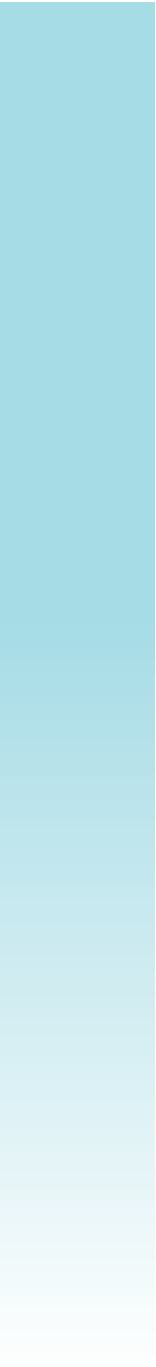
sekretariat@paga.org.pl

(22) 537 73 33

www.paga.org.pl

Spis treści

Stan kadr medycznych	5
Lekarze	7
Demografia	7
Specjalizacja	8
Emigracja	9
Analiza organizacji planowania zapotrzebowania na kadry lekarskie	9
Przyjęcia na studia medyczne	9
Szkolenie specjalizacyjne lekarzy	10
Odpowiedzialność za proces podejmowania decyzji	11
Zaangażowanie interesariuszy	11
Lista interesariuszy	11
Rola interesariuszy	12
Rola komunikacji w procesie prognozowania zapotrzebowania na kadry medyczne	12
Organy odpowiedzialne za planowanie zapotrzebowania na kadry medyczne	12
Pielęgniarki	13
Demografia	13
Kształcenie pielęgniarek w liceach medycznych	13
Płatne staże podczas studiów	14
Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych	14
Napływ kadr pielęgniarskich z krajów sąsiednich	14
Aktywizacja zawodowa pielęgniarek nie podejmujących pracy w zawodzie	15
Rola absolwentów zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia	18
Szkolenia specjalizacyjne farmaceutów	20
Rekomendacje	22
Identyfikacja deficytów kompetencyjnych w ochronie zdrowia	22
Uruchomienie drugiej ścieżki zawodowej umożliwiającej szybsze przekwalifikowanie się z innych zawodów medycznych	22
Wprowadzenie personelu medycznego - opiekun i asystent medyczny	23
Wzmocnienie roli medycyny rodzinnej w systemie ochrony zdrowia	23
System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jako priorytetowe działanie w zakresie polityki kadrowej	23
Określenie długofalowych celów polityki kadrowej państwa	24
Model planowania kadr medycznych - KadroLAB 2017-2035	24



Stan kadr medycznych

W sektorze ochrony zdrowia wyróżniamy dziewięć głównych zawodów medycznych, regulowanych poprzez stosowne ustawy. Do regulowanych zawodów medycznych zaliczani są:

- lekarz (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty);
- lekarz dentysta (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty);
- pielęgniarka (ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej);
- położna (ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej);
- ratownik medyczny (ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym);
- farmaceuta (ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich);
- diagnosta laboratoryjny (w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej);
- felczer (ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera);
- fizjoterapeuta (ustawa z 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty).

Zawody medyczne nieregulowane odrębną ustawą zdefiniowano na podstawie:

- rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 15, poz. 142 z późn. zm.);
- rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644 z późn. zm.);
- ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Do nieregulowanych zawodów medycznych i około medycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia zaliczamy:

- asystentka dentystyczna
- asystent pielęgniarski
- dietetyk
- edukator zdrowotny
- epidemiolog
- embriolog kliniczny
- fizyk medyczny
- higienistka dentystyczna
- higienistka szkolna
- inżynier medyczny
- logopeda
- masażysta
- mikrobiolog

- neurologopeda
- optometrysta
- opiekun dziecięcy
- opiekun medyczny
- optyk okularowy
- ortoptystka
- protetyk słuchu
- promotor zdrowia
- psychoterapeuta
- psycholog kliniczny
- psychoseksuolog
- radiofarmaceuta
- sanitariusz szpitalny
- specjalista terapii uzależnień
- specjalista zdrowia publicznego
- surdologopeda
- technik analityki medycznej
- technik dentystyczny
- technik elektroradiolog
- technik farmaceutyczny
- technik ortopeda
- terapeuta zajęciowy
- toksykolog

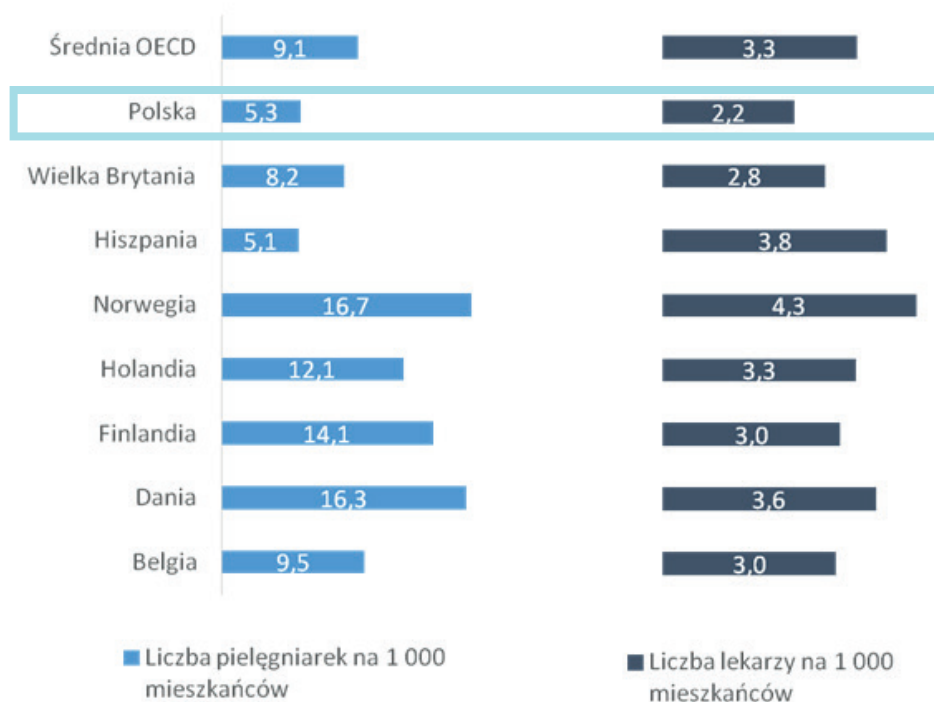
Obecnie nie istnieje jeden akt prawny definiujący pojęcie „zawodu medycznego”, który zawierałby wykaz wszystkich zawodów medycznych i okołomedycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Z uwagi na fakt, iż część zawodów medycznych określona jest w dokumentach autorstwa innych Ministerstw niż Ministerstwo Zdrowia, wskazane byłoby stworzenie wykazu wszystkich zawodów medycznych oraz tych mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Lekarze

Demografia

W Polsce dane demograficzne dotyczące środowiska lekarskiego zapewnia Samorząd Lekarski w postaci Okręgowych Izb Lekarskich. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL)¹ aktualna liczba lekarzy, będących członkami Izby wynosi 144 487 osób, z czego liczba lekarzy aktywnie wykonujących zawód wynosi 132 793 osób, co stanowi 92% uprawnionych. W grupie aktywnych zawodowo lekarzy przeważają kobiety, stanowiąc 57,6% lekarzy wykonujących zawód. NIL w raporcie z 2015 r. wskazuje, iż średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi 49,5 lat, a średni wiek aktywnego zawodowego lekarza specjalisty wynosi 54,5 lat. Aktualna analiza struktury wiekowej wykazała, że ponad połowa praktykujących lekarzy (51,2%) przekroczyła 50 rok życia - odpowiednio 49,2% kobiet i 53,8% mężczyzn. Niepokojący jest również fakt, iż 16,6% aktywnych zawodowo lekarzy (co stanowi 22 117 osób) jest powyżej 65 roku życia - odpowiednio 16,4% kobiet i 17% mężczyzn.

Według danych OECD w Polsce średnio na 1000 mieszkańców przypada 2,2 lekarza i 5,3 pielęgniarki. W porównaniu do średniej OECD można zauważyć, że obecnie brakuje w Polsce 1 lekarza na 1000 mieszkańców.

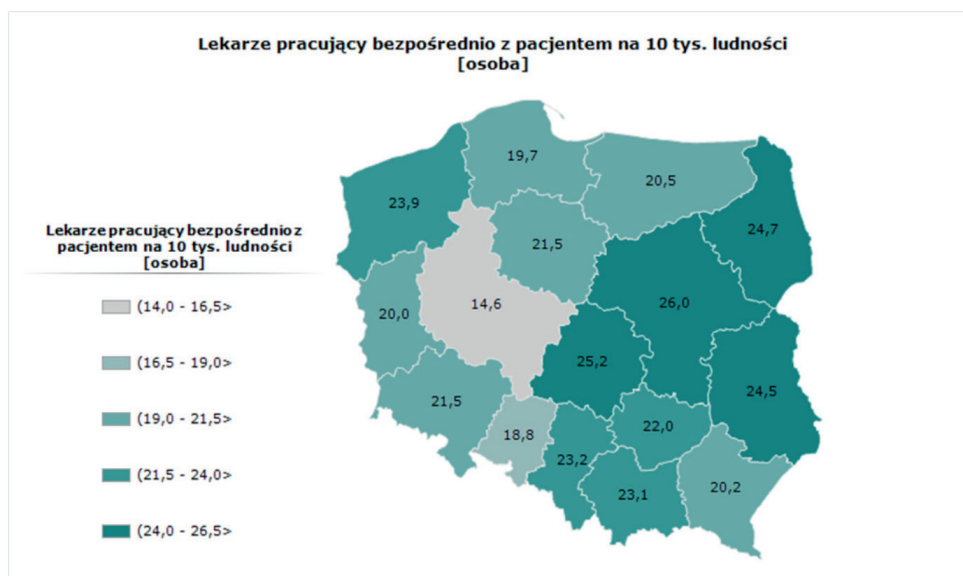


Rys. 1. Kadry medyczne w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wybranych krajach, 2013.

Dane te stanowią średnią dla całego kraju, nie uwzględniając różnic pomiędzy poszczególnymi województwami wynikających z nierównomiernego rozmieszczenia terytorialnego lekarzy.

¹ Naczelna Izba Lekarska, Informacje statystyczne. Dostępne pod adresem: <http://www.nil.org.pl/rejstry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego² zawartych w dokumencie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.” wynika, iż najmniej lekarzy przypadających na 10000 mieszkańców jest w Wielkopolsce i na Opolszczyźnie - odpowiednio 14,6 i 18,8 lekarza. Regionem o najwyższej liczbie lekarzy jest Mazowsze - 26 lekarzy na 10 tys. ludności. Szczegółowe dane na temat liczby lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców przedstawiono na Rysunku 2.



Rysunek 2. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności w roku 2013.
Źródło: Dziedzina Baza Wiedzy Zdrowie i Ochrona Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny.

Specjalizacja

Według danych NIL łączna liczba posiadanych przez lekarzy specjalizacji (uwzględniając specjalizacje dostępne zarówno dla lekarzy, jak i lekarzy dentystów) wynosi 145 524. Należy zaznaczyć, iż wielu lekarzy posiada kilka specjalizacji, przez co dokładne zdefiniowanie zakresu czasowego, jaki dany lekarz poświęca na pracę w ramach poszczególnej specjalizacji, jest niemożliwe do określenia.

Prawie połowę (49,1% co daje 71 460 specjalizacji) wszystkich posiadanych specjalizacji stanowią specjalizacje w jednej z pięciu podstawowych dziedzin medycyny. Jest to odpowiednio: 28 955 specjalistów chorób wewnętrznych (19,9% ogółu), 14 891 pediatrów (10,2% ogółu), 10 995 specjalistów medycyny rodzinnej (7,5% ogółu), 8 907 chirurgów ogólnych (6,1% ogółu), 7 712 specjalistów położnictwa i ginekologii (5,3% ogółu).

Na mocy rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r. Minister Zdrowia wyszczególnił 15 specjalizacji lekarskich i 1 dentystyczną określonych jako priorytetowe dziedziny medycyny, w obrębie których deficyty kadrowe są najliczniejsze.

Priorytetowe dziedziny medycyny:

- anestezjologia i intensywna terapia
- chirurgia onkologiczna

- geriatria
- ginekologia onkologiczna
- hematologia
- medycyna ratunkowa
- medycyna rodzinna
- neonatologia
- neurologia dziecięca
- onkologia kliniczna
- onkologia i hematologia dziecięca
- patomorfologia
- pediatria
- psychiatria dzieci i młodzieży
- radioterapia onkologiczna
- stomatologia dziecięca

Emigracja

Według danych NIL w 2015 roku wydano 9320 zaświadczeń (co stanowi 7% praktykujących lekarzy w danym roku) związanych z uznawaniem w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej tzw. podstawowych kwalifikacji do wykonywania zawodu. Dokument ten stanowi podstawę do ubiegania się o podjęcie pracy lekarzy w krajach członkowskich UE. Pobranie zaświadczenia nie jest równoznaczne z emigracją, niemniej jednak sygnalizuje skalę problemu. Co więcej, nie ma jednoznacznych danych mówiących o emigracji lekarzy poza kraje członkowskie UE (np.: USA, Kanada, Australia). Ponadto, dostępne dane nie uwzględniają podziału na migrację stałą i czasową (telemedycyna, dyżurowanie weekendowe, itd.). Liczba lekarzy, którzy wyemigrowali z kraju jest nieznana, gdyż nie funkcjonuje system monitoringu migracji kadr medycznych. Dane dotyczące migracji są niepełne, a problem migracji kadr medycznych, z uwzględnieniem jej potencjalnych przyczyn, wymaga ścisłego monitoringu na poziomie centralnym.

Analiza organizacji planowania zapotrzebowania na kadry lekarskie

Przyjęcia na studia medyczne

Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego koordynuje limity przyjęć na kierunki medyczne na uczelniach medycznych poprzez zapewnienie odpowiedniej puli środków finansowych. Każda z uczelni medycznych samodzielnie określa możliwości dydaktyczne, jakimi dysponuje w danym roku akademickim, które następnie zgłasza Ministerstwu Zdrowia. Finalne limity przyjęć na studia medyczne

ogłaszane są przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie zgłaszanych przez uczelnie propozycji limitów. Ponadto, w związku z istnieniem służb medycznych podległych Ministerstwu Obrony Narodowej, jak i Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji, także ci ministrowie mogą nadzorować proces rekrutacji, a także określać liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy odpowiednich specjalizacji koniecznych do realizowania działań odpowiednich służb.

W ciągu ostatnich kilku lat zauważamy stały wzrost limitów przyjęć na kierunek lekarski na uczelniach medycznych. Działanie to należy uznać za jak najbardziej zasadne, niemniej jednak wymagające stałej kontroli w zakresie jakości prowadzonego kształcenia. Zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski realizowany przez uczelnie medyczne wymaga stałego wzrostu nakładów finansowych przekazywanych poszczególnym uczelniom, gdyż wzrost liczby studentów wymaga zwiększenia liczby pracowników akademickich oraz poszerzenia bazy dydaktycznej. Jest to warunek niezbędny do zachowania odpowiedniego poziomu kształcenia, zwłaszcza w zakresie praktycznych umiejętności klinicznych. Problem „przepełnienia” grup dziekańskich na kierunku lekarskim jest licznie podnoszony przez studentów medycyny.

Otwarcie kierunku lekarskiego na uczelniach o profilu niemedycznym stanowi kolejny krok do zwiększenia liczby młodych lekarzy. Efekty tego działania widoczne będą za około 5 lat, kiedy pierwsi absolwenci medycyny realizowanej przez uczelnie o profilu niemedycznym wejdą na rynek pracy.

Rok rozpoczęcia studiów	Limity przyjęć	Rok ukończenia studiów	Studia stacjonarne	Studia niestacjonarne	Razem lekarze absolwenci	Różnica pomiędzy przyjętymi studentami a absolwentami
2007	3213	2013	2831	143	2974	239
2008	3402	2014	2763	207	2970	432
2009	3578	2015	2875	312	3187	391
2010	3788	2016	3000	238	3238	550

Tabela 1. Limity przyjęć na kierunek lekarski w poszczególnych latach, z uwzględnieniem studentów stacjonarnych i niestacjonarnych. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MZ.

Szkolenie specjalizacyjne lekarzy

Zapotrzebowanie na liczbę lekarzy ogółem (na podstawie liczby lekarzy pracujących w danym województwie oraz corocznej liczby absolwentów lokalnej uczelni medycznej) jest analizowane przez odpowiednich konsultantów wojewódzkich oraz komisje w Urzędach Wojewódzkich. Sugerowane przez konsultanta wojewódzkiego zapotrzebowanie jest rozpatrywane przez wojewodę, na podstawie którego opinii składany jest wniosek do Ministerstwa Zdrowia w kwestii przyznania środków na odpowiednie miejsca stażowe i miejsca szkoleniowe w odpowiednich specjalnościach medycznych. Przyznanie przez MZ miejsc, zgodnie z procentowym (%) zapotrzebowaniem, jest wiążące i obliguje wojewodę do rozdysponowania ich w obrębie wolnych miejsc szkoleniowych w placówkach akredytowanych oddzielnie do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza i określonych odrębnymi wymogami szkoleń specjalizacyjnych.

Odpowiedzialność za proces podejmowania decyzji

Za podejmowanie wiążących decyzji odpowiedzialny jest Minister Zdrowia, jednakże ciężar odpowiedzialności spoczywa także na wojewodach. Niemniej jednak, obecnie nie istnieje specjalny urząd, na którym spoczywałaby odpowiedzialność za realizację planów polityki kadrowej w zawodach medycznych.

Zaangażowanie interesariuszy

Stosunkowo niewielkie zaangażowanie pozostałych interesariuszy w prognozowanie zapotrzebowania na kadry medyczne w Polsce wynika z wykluczenia ich w procesie decyzyjnym. Jedyne możliwości zgłaszania zapotrzebowania na kadry medyczne mają miejsce na linii kontaktu ordynatorów odpowiednich jednostek i dyrektorów szpitali, w których dochodzi do sytuacji braków kadrowych, z konsultantami wojewódzkimi. Na podstawie zbieranych informacji tworzą oni rekomendacje dla wojewody. W przedstawionej sytuacji należy podkreślić fakt braku regulacji angażujących niższe poziomy realizacji świadczeń (Podstawowa Opieka Zdrowotna), a także, całkowicie pomijany, element realizacji świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, gdzie zapotrzebowanie jest czasem o wiele wyższe niż w szpitalach prowadzących szkolenia specjalizacyjne, a zatem posiadających większą liczbę pracowników z tytułu ich znacznej rotacji. Ponadto, niezrozumiałym jest brak zaangażowania ze strony instytucji płatnika tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, który - oprócz wykluczania z kontraktowania podmiotów z narastającymi brakami kadrowymi - nie uznaje kwalifikacji lekarzy rezydentów, którzy w ramach kontraktowania są pomijani jako pracownicy placówek medycznych. Należy również wskazać na bierność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako interesariusza, w którego interesie jest sprawna diagnoza, skuteczne wyleczenie i szybki powrót pacjenta do pracy, co pozwala na ograniczenie kosztów wynikających z tytułu potencjalnych rent i zasiłków związanych z utratą zdrowia i czasową niezdolnością do pracy.

Obecny model nie uwzględnia także zaangażowania podmiotów prywatnych, których udział w procesie kształcenia kadry medycznej ogranicza się obecnie do wpłat składek na Fundusz Pracy. Zwiększenie możliwości odbywania specjalizacji w podmiotach prywatnych (rezydent uwzględniany w kontrakcie z NFZ jako pełnoprawny pracownik danej jednostki), umożliwienie prawne dopłat do rezydentury w formie dodatkowej umowy oraz pozyskiwanie danych dotyczących przyszłego zapotrzebowania na kadry od podmiotów niepublicznych mogłoby przynieść wielostronne korzyści oraz podnieść jakość kształcenia podyplomowego lekarzy.

Lista interesariuszy

- Ministerstwo Zdrowia
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Ministerstwo Obrony Narodowej
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- Wojewodowie
- Konsultanci Wojewódzcy
- Świadczeniodawcy – zarówno prywatni jak publiczni

Potencjalni interesariusze - obecnie bez realnego wpływu na liczbę kadr:

- Medyczne Towarzystwa Naukowe
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- Studenci i lekarze absolwenci
- Samorząd lekarski
- Pacjenci

Rola interesariuszy

Rolą interesariuszy jest określenie zapotrzebowania na kadry medyczne – zarówno w aspekcie liczby przyjmowanych na studia medyczne, liczby miejsc do odbywania stażu podyplomowego, a także w kwestii liczby miejsc specjalizacyjnych w trybach: rezydenckim i pozarezydenckim. Na podstawie zgłaszanego zapotrzebowania podejmowane są decyzje, mające na celu jego zaspokojenie.

Rola komunikacji w procesie prognozowania zapotrzebowania na kadry medyczne

Dane Okręgowych Izb Lekarskich o stanie demografii kadr medycznych są publikowane na stronach własnych Izb. Dane dotyczące zapotrzebowania na specjalistów w danych dziedzinach medycyny są publikowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych. Dane dotyczące liczby przyznawanych, wolnych i planowanych miejsc szkoleniowych publikowane są zarówno przez Ministerstwo Zdrowia, jak i Urzędy Wojewódzkie. Niepokojącym jest fakt, iż dane oraz rekomendacje, z których korzystają Konsultanci Wojewódzcy, są niejawnie, co wzbudza wrażenie braku transparentności szczególnie w dziedzinach, w których świadczeniodawcy i płatnik alarmują, iż, z uwagi na braki kadrowe, realizowanie świadczeń może być znaczne opóźnione w czasie.

Organy odpowiedzialne za planowanie zapotrzebowania na kadry medyczne

W ramach obowiązującego systemu planowania - przy uwzględnieniu dużej rotacyjności na stanowiskach Ministra Zdrowia, Wojewodów, czy Konsultantów Wojewódzkich - w zasadzie brak jest członków personelu stałego odpowiedzialnego za proces planistyczny. Nie ma także instytucji odpowiedzialnych za takie planowanie, a wszystkie instytucje pośredniczące (Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych itp.) mają charakter wykonawczy i nie biorą udziału w realizacji polityki kadrowej państwa. Brak osób ponoszących odpowiedzialność za planowanie i duża zmienność na wymienionych stanowiskach powoduje, iż kreowanie kadry medycznej w Polsce ma charakter krótkoterminowy i nie odpowiada realnym potrzebom zdrowotnym obywateli w perspektywie średnio- i długoterminowej.



Rysunek 3. Aktualny model określania zapotrzebowania na kadry medyczne. Źródło: Opracowanie własne

Pielęgniarki

Demografia

Dane demograficzne dotyczące pielęgniarek i położnych gromadzone są przez Samorząd Pielęgniarek i Położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) na swojej stronie internetowej publikuje aktualne dane dotyczące tych zawodów medycznych. Wedle danych NIPiP dostępnych za rok 2016 aktualna liczba zarejestrowanych pielęgniarek wynosi 288 395 przy średnim wieku pielęgniarki wynoszącym 50,79 lat. W przypadku położnych liczba zarejestrowanych wynosi 36 806 osób przy średniej wieku 48,72 lat.

Dokładna analiza sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce dostępna jest w raporcie: „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” przygotowanym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Raport dostępny na stronie NPiP.

Kształcenie pielęgniarek w liceach medycznych

Jednym z pomysłów na zwiększenie liczby pielęgniarek wzbudzającym szeroką dyskusję w środowisku medycznym jest pomysł powrotu do kształcenia pielęgniarek w liceach medycznych. Związki, samorządy zawodowe i towarzystwa naukowe nie zgadzają się na ich

powrót wskazując, że rozwiązanie to było dobre kilkadziesiąt lat temu, a powrót do kształcenia pielęgniarek w liceach medycznych obniżyłby prestiż tego zawodu.

Należy zauważyć, że obecnie można zostać pielęgniarką z prawem wykonywania zawodu i stopniem magistra bez doświadczenia zawodowego. Po 3 latach studiów można uzyskać licencjat i tytuł zawodowy, a następnie rozpocząć studia magisterskie, bez podjęcia pracy zawodowej. Warto zauważyć, że zawód pielęgniarki jest zawodem wymagającym opanowania wielu umiejętności praktycznych, niezbędnych do sprawnego podjęcia przyszłej pracy. Wskazaniem byłoby skupienie się na kształceniu pielęgniarek w zakresie umiejętności praktycznych. Warty rozważenia mogłaby być idea szkół zawodowych (trwające 2 lata) dających tytuł zawodowy, a następnie możliwość dalszego rozwoju na uczelniach wyższych skierowana do osób chcących rozwijać swoją wiedzę i kwalifikacje. Wyodrębnienie procedur i świadczeń zarezerwowanych dla poszczególnych grup pielęgniarek – tj. pielęgniarki-absolwentki studiów magisterskich oraz pielęgniarki-absolwentki szkół zawodowych – pozwoli na szybszy przyrost kadry pielęgniarskiej. Za dodatkowe wsparcie personelu pielęgniarskiego można uznać stanowisko opiekuna medycznego, który mógłby odciążać pielęgniarkę w podstawowych czynnościach pielęgnacyjnych, wymagających mniejszych kompetencji. Kształcenie opiekunów medycznych mogłoby być realizowane przez licea medyczne.

Płatne staże podczas studiów

Jedną z propozycji, potencjalnie zwiększających atrakcyjność zawodu pielęgniarki, jest umożliwienie odbycia przez studentów pielęgniarstwa płatnych staży na wybranym oddziale szpitalnym, który wliczałby się w staż pracy zawodowej pielęgniarki. Co więcej, działanie to stanowiłoby czynnik motywujący studentów pielęgniarstwa do podejmowania dodatkowych staży na oddziałach kierujących w stronę wybranej dziedziny pielęgniarstwa. Podczas stażu student nie tylko zasila obsadę pielęgniarską danego oddziału, ale też zapoznaje się ze specyfiką pracy na poszczególnym oddziale oraz ma możliwość poznania potencjalnego miejsca przyszłej pracy.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Dokumentem stanowiącym narzędzie pomocne do oszacowania deficytów kadr pielęgniarskich jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Obecnie Samorząd Pielęgniarek i Położnych prowadzi prace nad opracowaniem nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, co należy uznać za działanie jak najbardziej wskazane i wymagające pełnego wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Napływ kadr pielęgniarskich z krajów sąsiednich

Jedną z propozycji wartą rozważenia jest umożliwienie imigracji pielęgniarek z krajów ościennych np. z Ukrainy. Pielęgniarki spoza krajów UE, które zdobędą tytuł licencjata i zdażą egzaminy zawodowe, będą „równe” polskim pielęgniarkom i gotowe do podjęcia pracy w zawodzie. Z uwagi na obawę przed potencjalną dalszą migracją pielęgniarek, które uzyskały uprawnienia do pracy na terenie całej UE należałoby określić czas, jaki absolwenci polskich studiów z krajów spoza UE muszą przepracować w Polsce w zawodzie. Rozwiązanie to

wymaga określenia warunków wydawania prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarek z wschodniej granicy.

Aktywizacja zawodowa pielęgniarek nie podejmujących pracy w zawodzie

Odnotowany w roku 2015 wzrost liczby pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu związany, zgodnie z wnioskami płynącymi z raportu „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.”³, z przyrostem nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalnym ubytkiem spowodowanym odchodzeniem starszych roczników, nie powinien wpływać na postrzeganie sytuacji kadry pielęgniarskiej w Polsce jako pozytywnej. Najbardziej liczna aktywna grupa zawodowa pielęgniarek i położnych obejmuje przedział wiekowy 45-54 lata. Ponadto, z uwagi na starzenie się społeczeństwa, wzrasta liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo również w starszych rocznikach. Jednakże, liczba nowych pielęgniarek i położnych nie zapewnia zastępowalności pokoleń w przypadku tej grupy zawodowej. Należy zauważyć, że nie wszyscy absolwenci studiów pielęgniarsstwa i położnictwa zgłaszają się do okręgowych izb pielęgniarek i położnych po prawo wykonywania zawodu. Tym samym, tracimy z rynku pracy wykwalifikowane kadry, które rezygnują z pracy w wyuczonym zawodzie.

W latach 2007-2009⁴ po dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu zgłosiło się tylko 43% absolwentów kierunków pielęgniarsstwo i położnictwo. W latach 2014-2015 liczba absolwentów uzyskujących prawo wykonywania zawodu wśród pielęgniarek zmalała do średnio 31%. Wśród absolwentów położnictwa w roku 2014 po taki dokument zgłosiło się 47% absolwentów a w roku 2015 - 37%. Kolejnym problemem jest niski odsetek zatrudnionych absolwentów spośród posiadających prawo wykonywania zawodu. Odpowiednio w latach 2014-2016 wśród absolwentów pielęgniarsstwa pracę zawodową podjęło 41% uprawnionych, natomiast wśród absolwentów położnictwa - 35%. Dane prezentujące zgłaszalność absolwentów studiów pielęgniarsstwa i położnictwa po dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu oraz liczbę zatrudnionych absolwentów prezentują tabele nr 2 i 3.

Rok uzyskania dyplomu	Liczba absolwentów*		Liczba absolwentów uzyskujących pwz**	Liczba zatrudnionych absolwentów	Liczba zatrudnionych absolwentów uzyskujących pwz wg stopnia wykształcenia	
	I st.	II st.			I st.	II st.
2016	b.d.	b.d.	3 344	1 050	3 327	17
2015	8 482	3 018	3 433	1 418	3 404	29
2014	7 161	5 433	3 077	1 553	3 041	36
Razem	15 643	5 433	9 854	4 021	9 772	82

Tabela 2. Liczba absolwentów na kierunku pielęgniarsstwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu w latach 2014-2016.

* Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dane z systemu POL-on – stan na 5.10.2016 r.

** Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych – stan na 3.03.2017 r.

Źródło: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych.

Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 2017, s. 20.

3 *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, red. Małgorzata Żyra, Ewa Malesa, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2015

4 *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020.* Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2010

Rok uzyskania dyplomu	Liczba absolwentów*		Liczba absolwentów uzyskujących pwz**	Liczba zatrudnionych absolwentów	Liczba zatrudnionych absolwentów uzyskujących pwz wg stopnia wykształcenia	
	I st..	II st.			I st..	II st.
2016	b.d.	b.d.	492	107	474	18
2015	1 049	539	592	198	563	29
2014	1 030	498	713	345	685	28
Razem	2 079	1 037	1 797	650	1 722	75

Tabela 3. Liczba absolwentów kierunku położnictwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu w latach 2014-2016.

* Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dane z systemu POL-on – stan na 5.10.2016 r.

** Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych – stan na 3.03.2017 r.

Źródło: *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych.*

Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 2017, s. 20

Na podstawie powyższych danych można wysnuć wnioszek, że grupa pielęgniarek wykwalifikowanych i uprawnionych do wykonywania zawodu, ale nie podejmujących pracy w zawodzie oraz grupa absolwentów niezgłaszających się po dokument potwierdzający prawo do wykonywania zawodu stanowi istotny problem systemu edukacji i systemu ochrony zdrowia. Z uwagi na malejącą liczbę pielęgniarek i położnych uzyskujących prawo wykonywania zawodu i podejmujących pracę zawodową, a rosnącą grupę pielęgniarek nieaktywnych zawodowo należy podjąć strategiczne działania w celu zwiększenia atrakcyjności zawodu. Jest to niezbędne, aby poprawić sytuację kadrową w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz zabezpieczyć potrzeby kraju w tym zakresie.

Za nadrzędny priorytet powinno się przyjąć podniesienie prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej. Co prawda jest to działanie długofalowe, ale pozwoli na przyciąganie nowych zasobów kadrowych oraz zachęci do powrotu pielęgniarki nieaktywne zawodowo. Na realizację tego priorytetu powinien składać się szereg działań organizacyjnych i prawnych nadających tej grupie zawodowej określoną rangę w systemie ochrony zdrowia. Rozpoczęcie prac w tym zakresie powinno rozpocząć się od uregulowania norm czasu pracy pielęgniarki i położnej oraz form zatrudnienia tej grupy zawodowej. Odpowiedzialność jaka towarzyszy wykonywanej pracy, umiejętność szybkiej oceny sytuacji oraz koncentracja nie może zostać w żaden sposób zachwiana ani osłabiona w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów będących pod ich opieką. Obecnie bezpieczeństwo to niejednokrotnie jest zachwane z uwagi na przemęczenie pielęgniarek i położnych wykonujących swoje obowiązki w kilku miejscach pracy. Sytuacja ta jest wymuszona chęcią zapewnienia godnych warunków ekonomicznych życia oraz brakiem kadr medycznych.

Należy podjąć również działania zmierzające do zmniejszenia obowiązków biurokratycznych pielęgniarek i położnych. Mnogość dokumentacji i systemów sprawozdawczych powoduje, że kontakt z pacjentem schodzi na drugi plan w wykonywanych obowiązkach zawodowych ze względu na konieczność dopełnienia wymagań formalnych. Pielęgniarki i położne, dla których praca jest swego rodzaju misją, przytłoczone obowiązkami biurokratycznymi prawdopodobnie szybciej wypalają się zawodowo i decydują się na zmianę wykonywanego zawodu. Poczucie pełnienia misji ma pozytywny wpływ na wypełnianie roli zawodowej, a także samopoczucie i funkcjonowanie społeczne pielęgniarek. Może stanowić również skuteczną obronę przed wypaleniem zawodowym⁵. Ratunek oraz możliwość zapewnienia odpowiednich

5 Marcysiak M., Dąbrowska O., Marcysiak M. *Duchowość i poczucie misji w zawodzie pielęgniarki*. Problemy Pielęgniarstwa 2014, tom 22, zeszyt nr 2, str.165-171.

warunków pracy może stanowić przyspieszenie prac nad informatyzacją ochrony zdrowia oraz integracja systemów sprawozdawczych. Ponadto, należy rozważyć wprowadzenie do szpitali asystentów zajmujących się kompletowaniem i wypełnianiem dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczej. W takim systemie pielęgniarka mogłaby więcej czasu poświęcić na opiekę nad pacjentem, pozostawiając część obowiązków formalnych do wykonania asystentowi. Dokumentacja sporządzona przez asystenta musiałaby każdorazowo zostać zautoryzowana i zweryfikowana przez pielęgniarkę lub położną, której powierzono opiekę nad danym pacjentem.

Zwiększenie samodzielności zawodu przejawiające się podczas wykonywanych czynności związanych z procesem leczenia i możliwość podejmowania decyzji w tym zakresie wpłynęłaby pozytywnie na postrzeganie prestiżu zawodu. Pielęgniarstwo i położnictwo to kierunki studiów odpowiednio przygotowujące do samodzielnej pracy z pacjentem, na co nie pozwala system prawny uzależniający pracę pielęgniarki od dyspozycji i zaleceń wydawanych przez lekarzy, dając pielęgniarcę prawo do oceny tych zaleceń pod kątem posiadanej wiedzy i doświadczenia oraz ewentualnej odmowy wykonania, jeżeli dyspozycja lub zalecenie są niezgodne z posiadaną wiedzą medyczną i mogą szkodzić pacjentowi. Tak przyjęta ścieżka postępowania wpływa pośrednio na powstawanie kolejek oczekujących i pojawianie się trudności w uzyskaniu świadczeń u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz w trakcie leczenia szpitalnego. Przeniesienie określonego zakresu obowiązków do wyłącznych kompetencji pielęgniarek i położnych usprawni proces udzielania świadczeń oraz pozwoli na rozładowanie kolejek oczekujących. Prace w tym zakresie zostały już rozpoczęte, szczególnie w kontekście wystawiania recept lekarskich i kwalifikacji do szczepień ochronnych. Jednakże, należy dokonać analizy czynności i procesów, które mogą wykonywać i prowadzić w całości lub części pielęgniarki i położne samodzielnie, a następnie dostosować system prawny. Analizę taką mogłaby opracować Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która obecnie zajmuje się analizą udzielanych świadczeń medycznych i ich wyceną. W tym miejscu należy również wskazać słuszność edukacji lekarzy w zakresie postrzegania kadr pielęgniarskich jako zawodu samodzielnego i wspomagającego, a nie jedynie pomocniczego w udzielaniu świadczeń, ale również rozwijanie wśród samych pielęgniarek i położnych świadomości swojej samodzielności.

Kolejnym działaniem zachęcającym pielęgniarki i położne do podjęcia pracy w zawodzie może okazać się wsparcie w rozwijaniu kompetencji zawodowych. Aby pozyskać w systemie ochrony zdrowia wykwalifikowanych specjalistów należy rozważyć finansowanie lub dofinansowanie specjalizacji i kursów specjalistycznych tuż po zakończeniu studiów. Profit ten mógłby zostać przeznaczony dla najlepszych studentów lub dla wszystkich zainteresowanych po przejściu odpowiednich procesów kwalifikacyjnych. Wybór dofinansowywanych lub finansowanych specjalizacji i kursów powinien zostać skorelowany z aktualnymi potrzebami zdrowotnymi. Taki element gratyfikacyjny mógłby wpłynąć na zwiększenie odsetka absolwentów pozostających na rynku pracy w zawodzie pielęgniarki lub położnej. Podobny mechanizm można zastosować dla pielęgniarek, które podjęły decyzję o podjęciu pracy w innym zawodzie lub z innych przyczyn nie są aktywne. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej wygasa, jeżeli zawód ten nie jest wykonywany przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat⁶. Aby zachęcić pielęgniarki i położne do dalszego pełnienia obowiązków zawodowych można rozważyć monitorowanie czasu nieaktywności pielęgniarek i położnych, a po upływie 2-3 lat takiej nieaktywności zachęcić do powrotu do wykonywania zawodu poprzez złożenie oferty kursu lub specjalizacji połączonego z doradztwem zawodowym.

6 Art. 26. ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 poz. 2020)

Ponadto, rozwiązaniem zasługującym na rozważenie jest potraktowanie studiów pielęgniarских jako tzw. kierunku zamawianego, połączonego z zapewnieniem po ich ukończeniu miejsca pracy na okres co najmniej 3 lat. Program taki mógłby zostać wprowadzony jako pilotaż na wybranych uczelniach, a następnie, w przypadku osiągnięcia zakładanych celów, rozszerzany na kolejne uczelnie medyczne. Kolejnym czynnikiem jest atrakcyjność finansowa wykonywanego zawodu pielęgniarki i położnej względem innych zawodów. Aby zachęcić pielęgniarki i położne do rozpoczęcia pracy lub powrotu do niej należy zapewnić w sposób systemowy finansowanie wynagrodzenia za wykonywaną pracę, aby zmniejszyć różnice pomiędzy poziomem wynagrodzenia pielęgniarek i lekarzy. Zwiększanie samodzielności wykonywanego zawodu oraz dokładanie nowych obowiązków powinno znaleźć odzwierciedlenie w wynagrodzeniu.

Podsumowując, w obliczu stwierdzonego niedoboru kadr pielęgniarских w polskim systemie ochrony zdrowia oraz niekorzystnych danych określających liczbę pielęgniarek i położnych otrzymujących dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu oraz liczbę absolwentów podejmujących pracę w zawodzie należy podjąć szybkie działania strategiczne i systemowe w celu wzmocnienia prestiżu i atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej. Działania te powinny zostać poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i powodów, dla których pielęgniarki i położne nie są aktywne zawodowo oraz próbą określenia zadowalającego poziomu wynagrodzenia dla kadr pielęgniarских.

Rola absolwentów zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia

Zdrowie publiczne to interdyscyplinarny i wielowymiarowy kierunek studiów pozwalający rozwijać wiele umiejętności, co może być zarówno jego zaletą, jak i pułapką. Studenci zdrowia publicznego są potencjalną grupą zawodową przygotowaną do realizacji założeń polityki zdrowotnej w odniesieniu do obszaru zdrowia publicznego. Konieczne jest pogłębianie wiedzy z zakresu konkretnej specjalizacji, aby, po ukończeniu kierunku, absolwent posiadał kwalifikacje i umiejętności atrakcyjne na rynku pracy. Ze względu na dynamikę rozwoju medycyny oraz powiązanych z nią gałęzi branżowych konieczna jest ciągła aktualizacja programu kształcenia studentów zdrowia publicznego oraz dostosowanie do potrzeb rynku pracy. W efekcie uczelnie, poszerzając ofertę edukacyjną, umożliwiają studentom wybór różnych specjalności, w ramach których, poza podstawowym programem nauczania wspólnym dla wszystkich studentów z danego roku, poszerzana jest wiedza specjalistyczna.

W tym miejscu należy wspomnieć, iż u podstaw prac nad opracowaniem projektu ustawy o zdrowiu publicznym leżała również konieczność zdefiniowania profilu zawodowego absolwenta kierunku zdrowie publiczne oraz unormowanie obszarów działalności specjalistów zdrowia publicznego. Ten krok był szczególnie istotny właśnie z uwagi na interdyscyplinarność kierunku, ale też możliwości wsparcia systemu ochrony zdrowia przez wykwalifikowane i kompetentne kadry, które będą w stanie realizować założenia polityki zdrowotnej państwa, w szczególności w obliczu niekorzystnych prognoz demograficznych i ich konsekwencji. Jednakże, przepisy ustawy o zdrowiu publicznym⁷ wskazują tylko, że do zadań z zakresu zdrowia publicznego należy rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego⁸. Ustawa nie porusza w dalszych jej zapisach kwestii zagospodarowania

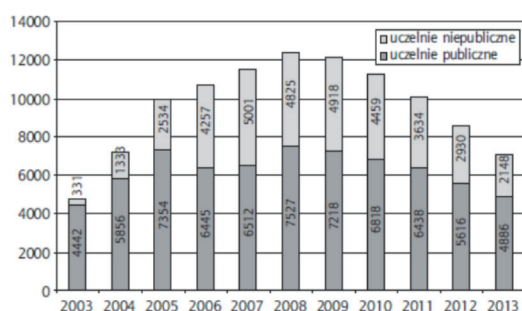
7 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U.2016, poz. 2013)

8 Art. 2 pkt. 8 ustawy o zdrowiu publicznym.

kompetencji absolwenta zdrowia publicznego w systemie. Nie określa również profilu zawodowego absolwenta, tym samym pozostawiając tę kwestię do określenia w programach kształcenia ustalanych i opracowywanych przez uczelnie medyczne.

W obliczu dyskusji na temat konieczności planowania kadr medycznych, z powodu problemów z zabezpieczeniem odpowiedniej ilości kadr dla potrzeb zdrowotnych i profilaktycznych ludności, słusznym wydaje się wykorzystanie kompetencji absolwentów zdrowia publicznego. Przykładem zagospodarowania potencjału może być powierzanie absolwentom zdrowia publicznego roli koordynatorów, którzy byłoby odpowiedzialni za prowadzenie pacjentów przez proces leczenia wyznaczony przez lekarzy prowadzących lub pomoc pacjentom w poruszaniu się po procedurach funkcjonowania systemu, będąc tym samym łącznikiem między pacjentem a systemem. Jednak, w tym celu konieczne jest utworzenie odpowiednich specjalności lub rozbudowanie programów kształcenia, a przede wszystkim, unormowania w przepisach prawa.

Dodatkowo, w obliczu reformy systemu ochrony zdrowia, likwidacji obecnie funkcjonującego płatnika - Narodowego Funduszu Zdrowia oraz tworzenia nowych struktur organizacyjnych odpowiedzialnych za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, warto zastanowić się nad odpowiednim przygotowaniem studentów i absolwentów zdrowia publicznego do pełnienia ról w nowej rzeczywistości systemu. Po likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, jak wskazano w Narodowej Strategii Zdrowia przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia⁹, zdecydowana część jego kompetencji zostanie przekazana Ministrowi Zdrowia. Zadania regionalne związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych będą realizowane przez nowo utworzone Wojewódzkie Urzędy Zdrowia (WUZ), podległe pionowo ministrowi, a poziomo – wojewodzie. Do zadań WUZ ponadto należeć będzie kontraktowanie części zakresów świadczeń, nadzorowanie działania szpitali, AOS i POZ, tworzenie, realizacja i nadzór nad wykonaniem planu finansowego opieki zdrowotnej dla województwa. Reforma systemu będzie wymagała zaangażowania do ich realizacji zorientowanych we wprowadzanych zmianach pracowników administracyjnych. Pełnienie tych ról, po odpowiednim rozszerzeniu kwalifikacji o wiadomości z obszarów zmian połączonych z wiedzą z zakresu zobowiązań zabezpieczenia bezpieczeństwa zdrowotnego przez jednostki samorządu terytorialnego, mogłoby zostać powierzone absolwentom kierunku zdrowie publiczne. Tutaj znów należy wskazać na konieczność rozszerzenia konkretnych kwalifikacji już w czasie studiów oraz zmiany podstaw programowych kierunków, które w odpowiedni sposób przygotowują studentów do poznania zreorganizowanego systemu.



Rysunek 4. Studenci kierunku ZP uczelni publicznych i niepublicznych w latach 2003-2013.

Źródło: *Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne?* Cianciara D., Piotrowicz M., Lewtak K.¹⁰

⁹ *Narodowa służba zdrowia - Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018*. Ministerstwo Zdrowia, 2017, dostęp: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radiwill-przedstawil-zalozenia-reformy/>

¹⁰ Cianciara D., Piotrowicz M., Lewtak K., Gajewska M., Urban E., *Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne?* *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 589-597

Na podstawie danych prezentowanych na stronach internetowych poszczególnych uczelni, w nadchodzącym roku akademickim (2017/2018) 9 na 11 uczelni medycznych w Polsce umożliwia swoim studentom wybór spośród średnio 4 specjalności kierunkowych. Do najczęściej tworzonych obszarów specjalności należy: zarządzanie w ochronie zdrowia/ organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia (8 uczelni); promocja zdrowia (4 uczelnie); epidemiologia, statystyka i informatyka medyczna/ epidemiologia i biostatystyka (3 uczelnie); programy zdrowotne/ zarządzanie programami zdrowotnymi (2 uczelnie); badania kliniczne i ocena technologii medycznych/monitorowanie badań klinicznych (2 uczelnie); medycyna ratunkowa i zarządzanie kryzysowe/ ratownictwo specjalistyczne (2 uczelnie). Do najmniej popularnych specjalności, które oferuje tylko 1 uczelnia, należą m.in.: edukator zdrowia; jakość w opiece zdrowotnej; opiekun osób starszych. Szczegółowe dane przedstawione zostały w Tabeli 4.

Analizując wybierane przez uczelnie medyczne obszary poszerzania wiedzy specjalistycznej wśród studentów należy zauważyć, że są to obszary atrakcyjne pod względem ewentualnych korzyści finansowych płynących z zatrudnienia (zarządzanie w ochronie zdrowia, monitorowanie badań klinicznych), panującej mody (badania kliniczne i ocena technologii medycznych/monitorowanie badań klinicznych) lub braku utworzenia studiów magisterskich dla kierunku realizowanego w ramach studiów licencjackich (medycyna ratunkowa i zarządzanie kryzysowe/ ratownictwo specjalistyczne). Specjalności te i ich promocja nie są dostosowane do aktualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i potrzeb kadrowych. Tylko jedna uczelnia realizuje rozszerzony program w kierunku edukacji edukatorów zdrowia, mających duże znaczenie w działaniach profilaktycznych, oraz opiekunów osób starszych, jako uzupełnienia dla systemu w świetle zmniejszającej się populacji wykwalifikowanych pielęgniarek czynnych zawodowo. Nie zaplanowano utworzenia specjalności odpowiadającej potrzebom reformowanemu systemowi ochrony zdrowia przy trwającym trendzie kształcenia kadry zarządzającej.

Wydaje się, że specjalności na kierunku zdrowie publiczne, biorąc pod uwagę liczbę absolwentów kierunku (Tabela 4), mogą stać się uzupełnieniem systemu ochrony zdrowia. Jednakże ich tworzenie oraz utrzymywanie istniejących powinno być poparte dokładną analizą sytuacji kadrowej i zdrowotnej społeczeństwa. Ponadto, dla specjalności szczególnie istotniej, biorąc pod uwagę interes społeczeństwa i bezpieczeństwo zdrowotne, rekomenduje się zastosowanie gratyfikacji w postaci stypendium lub gwarancji zatrudnienia po ukończeniu studiów z daną specjalnością. Wydaje się, że tak przyjęta formuła pozwoli na przyszłe zapewnienie i utrzymanie zasobów kadrowych specjalistów na odpowiednim poziomie. Ponadto, w obliczu niekorzystnych prognoz demograficznych, zaprezentowane podejście do specjalności może przyczynić się do szybszego uszczelnienia braków kadrowych w postaci kard pielęgniarskich w odniesieniu do części zadań opiekuńczo- pielęgnacyjnych, które mogłyby w pewnej części przejąć wykwalifikowany opiekun medyczny/ opiekun osób starszych.

Szkolenia specjalizacyjne farmaceutów

Na mocy ustawy Prawo Farmaceutyczne szkolenie specjalizacyjne w ramach kształcenia podyplomowego farmaceutów może być prowadzone jedynie przez podstawowe jednostki organizacyjne uczelni, które prowadzą studia na kierunku farmacja, po uzyskaniu akredytacji udzielonej przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 15 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji możliwa jest realizacja szkoleń specjalizacyjnych z poniższych dziedzin:

- analityka farmaceutyczna;
- bromatologia;
- farmacja apteczna;
- farmacja kliniczna;
- farmacja przemysłowa;
- farmacja szpitalna;
- farmakologia;
- lek roślinny;
- radiofarmacja;
- toksykologia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 15 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów uchyliło dotychczasowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2003 r. Na mocy obecnie obowiązującego rozporządzenia z listy szkoleń specjalizacyjnych usunięto specjalizacje z:

- mikrobiologii i biotechnologii farmaceutycznej
- toksykologii;
- zdrowia publicznego;
- zdrowia środowiskowego.

Wprowadzono z kolei możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie radiofarmacji.

Na dzień 11 maja 2017 w Polsce istnieje 10 jednostek szkolących, w których magistrowie farmacji mogą realizować program 9 z 10 dostępnych dziedzin farmacji. We wszystkich ośrodkach możliwa jest realizacja szkolenia specjalizacyjnego z dziedziny farmacji aptecznej. Pięć ośrodków szkolących realizuje program szkolenia z zakresu farmacji szpitalnej. W dwóch ośrodkach farmaceuci mogą realizować specjalizację z farmacji klinicznej. Specjalizacje z dziedziny bromatologii, farmakologii, toksykologii, leku roślinnego, analityki farmaceutycznej oraz farmacji przemysłowej prowadzą jedynie pojedyncze ośrodki. Ze względu na brak ośrodka szkolącego w Polsce niemożliwa jest obecnie realizacja szkolenia specjalizacyjnego z dziedziny radiofarmacji.

Należy także zwrócić uwagę że, w odróżnieniu od specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentystów, koszty za szkolenie specjalizacyjne ponosi specjalizant. Płatny jest również Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Farmaceutów.

Oprócz obciążenia finansowego związanego z koniecznością opłat za realizację kursu specjalizacyjnego, utrudnieniem dla farmaceutów jest także kwestia logistyczna – konieczność dojazdów do niekiedy odległego ośrodka specjalizacyjnego. Usprawnieniem w realizacji szkoleń specjalizacyjnych dla farmaceutów mogłoby być ułatwienie ośrodkom akademickim uzyskania miana ośrodków specjalizacyjnych w danej dziedzinie. W przypadku niektórych specjalizacji, jak chociażby zlikwidowanych specjalizacji ze zdrowia publicznego lub zdrowia środowiskowego, warte rozważenia mogłoby być umożliwienie farmaceutom realizacji specjalizacji w ośrodkach innych niż wyłącznie wydziały farmaceutyczne.

Rekomendacje

Identyfikacja deficytów kompetencyjnych w ochronie zdrowia

Obecne podejście do problemu deficytu kadr medycznych opiera się na liczbowym zdefiniowaniu braków w zakresie poszczególnych specjalności. Warte rozważenia jest podjęcie działań w celu określenia deficytów kompetencyjnych w poszczególnych zawodach medycznych. Identyfikacja deficytów kompetencyjnych, wyrażona w liczbie zadań/świadczeń do wykonania, pozwoli na identyfikację zadań, których realizację uniemożliwiają braki kadrowe. Dodatkowo, analiza kompetencji i zadań poszczególnych zawodów medycznych dostarczy danych na temat zadań, które mogłyby zostać przejęte przez mniej wykwalifikowany personel pomocniczy, pozwalając na to, aby lekarze i pielęgniarki skupili się na najbardziej wymagających zajęciach. Działanie to stanowić może podstawę do sprawnego wprowadzenia pomocniczych zawodów opiekuna i asystenta medycznego.

Uruchomienie drugiej ścieżki zawodowej umożliwiającej szybsze przekwalifikowanie się z innych zawodów medycznych

W obliczu stwierdzonych braków kadrowych w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i położnej oraz lekarzy, należy podjąć strategiczne działania w celu zwiększenia liczby wykwalifikowanych pracowników w systemie, aby zapewnić w przyszłości zastępowalność pokoleń oraz podjąć kroki w celu zabezpieczenia powstałych obecnie braków. Głównym efektem problemów kadrowych są problemy w możliwości zabezpieczenia funkcji opiekuńczo - pielęgnacyjnych zaspokajających potrzeby pacjentów. Obecnie, z uwagi na mnogość obowiązków związanych z procesem leczenia oraz kompletowaniem dokumentacji, czas poświęcany pacjentowi stanowi niezbędne minimum związane z udzielaniem świadczeń. Wśród codziennych obowiązków brak jest jednak czasu na poświęcenie uwagi sferze psychicznej i duchowej pacjenta, dotrzymanie towarzystwa w trudnych chwilach związanych z chorobą i pomocy w czynnościach rehabilitacyjnych.

Jednym z rozwiązań mającym na celu przeciwdziałanie obecnym brakom kadrowym jest umożliwienie przekwalifikowania się w wykonywanym zawodzie okołomedycznym. Wykorzystanie już wykwalifikowanych pracowników i posiadanych przez nich kompetencji może usprawnić rozwiązanie trudnej sytuacji kadrowej w jakiej znalazł się polski system ochrony zdrowia. Ratownicy medyczni czy studenci zdrowia publicznego posiadają, po ukończeniu studiów I stopnia, podstawową wiedzę medyczną, którą mogliby wykorzystać przy pełnieniu funkcji wspomagających w systemie. Przekwalifikowaniu się albo poszerzeniu kompetencji mogłoby służyć utworzenie ścieżki pomostowej do wykonywania innego zawodu niż pierwotnie wyuczony. Dla przykładu, absolwent I stopnia studiów: zdrowie publiczne mógłby po ukończeniu krótkiej ścieżki pomostowej uzyskać kwalifikacje do pełnienia roli edukatora zdrowia, koordynatora lub opiekuna medycznego. Ratownik medyczny z kolei, po ukończeniu takiej ścieżki, mógłby pełnić w systemie rolę pomocy pielęgniarskiej lub opiekuna medycznego. Organizację takich ścieżek można powierzyć Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego lub uczelniom medycznym po określeniu warunków jakie dany absolwent musi spełnić, aby zakwalifikować się do tej formy edukacji.

Kolejnym rozwiązaniem jest umożliwienie w trakcie studiów I stopnia wybrania dodatkowej ścieżki rozszerzającej podstawowy program studiów o kwalifikacje umożliwiające wykonywanie innego zawodu wspomagającego takiego jak edukator, koordynator czy opiekun medyczny/ opiekun osób starszych. Poza ukończeniem podstawowego programu edukacji absolwent uzyskałby dodatkowe poświadczenie uprawniające do wykonywania konkretnej roli w systemie ochrony zdrowia.

Wprowadzenie personelu medycznego - opiekun i asystent medyczny

Z uwagi na czas trwania procesu kształcenia personelu medycznego - 5 lat w przypadku pielęgniarki i 13 lat w przypadku lekarza specjalisty - warte rozważenia jest wprowadzenie zawodu opiekuna medycznego i asystenta medycznego. Opiekun medyczny stanowiłby wsparcie dla pielęgniarek, poprzez realizowanie zadań z zakresu podstawowych czynności pielęgnacyjnych. Obszar, w którym wprowadzenie stanowiska opiekuna medycznego mogłoby potencjalnie przynieść największą korzyść stanowią szpitalne oddziały internistyczne, na których liczba zadań spoczywająca na personelu pielęgniarskim jest szczególnie liczna. Kolejnym zawodem, którego wprowadzenie stanowiłoby natychmiastowe działanie, mające na celu poprawę sytuacji kadr medycznych jest stanowisko asystenta medycznego. Do potencjalnych zadań asystenta medycznego należy przede wszystkim wskazać odciążenie personelu medycznego od prac biurokratycznych, które stanowią jedną z dominujących przyczyn niezadowolenia personelu medycznego z wykonywanej pracy.

Wzmocnienie roli medycyny rodzinnej w systemie ochrony zdrowia

Niepokojącym jest fakt, iż specjalizacja z medycyny rodzinnej stanowi jedynie 7.5% spośród wszystkich posiadanych przez lekarzy specjalizacji. Podstawowa Opieka Zdrowotna stanowi pierwszą linię kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia i to właśnie od lekarza rodzinnego zależy przebieg procesu leczniczego pacjenta. Mimo, iż lekarze POZ stanowią filar systemu ochrony zdrowia, to ich rola oraz postrzeganie przez środowisko są nieadekwatne do pełnionej funkcji. Potwierdzeniem tej tezy jest fakt, iż miejsca specjalizacyjne w ramach medycyny rodzinnej w wielu województwach nie zostają w pełni wykorzystane. Należy podjąć niezwłoczne kroki, mające na celu podniesienie prestiżu specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jednym z działań mogących potencjalnie zwiększyć prestiż medycyny rodzinnej jest zwiększenie kompetencji lekarza rodzinnego. Warte rozważenia jest zwiększenie możliwości lekarzy rodzinnych w zakresie czynności diagnostycznych (m.in. możliwość zlecenia badania TK, MR lub USG Doppler) oraz wykonywania podstawowych zabiegów w zakresie tzw. małej chirurgii. Za zwiększeniem kompetencji lekarzy rodzinnych powinna iść reforma finansowania procedur w POZ. Wprowadzenie budżetu na realizację poszczególnych procedur przez lekarzy rodzinnych stanowiłaby zachętę do wykonywania tych świadczeń.

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jako priorytetowe działanie w zakresie polityki kadrowej

Jednym z dominujących problemów obecnej polityki kadrowej w zakresie zawodów medycznych stanowi brak centralnego monitoringu stanu kadr medycznych. Dane dotyczące kadr medycznych zbierane są głównie przez samorządy poszczególnych zawodów

medycznych. Co więcej, obecnie nie funkcjonuje system monitorowania migracji pracowników ochrony zdrowia. Wprowadzenie Systemu Monitorowania Kształcenia pozwoli na dokładny monitoring dostępnych zasobów kadrowych, z uwzględnieniem szkolących się adeptów kierunków medycznych i wyszczególnieniem etapu kształcenia, na którym znajduje się osoba odbywająca szkolenie. Ponadto, dane z systemu informatycznego pozwolą na prognozowanie liczby lekarzy, którzy uzyskają specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny. Warte rozważenia jest umożliwienie kierownikom placówek ochrony zdrowia zgłaszania zapotrzebowania na kadry medyczne w ich ośrodkach. Rozwiązanie to dostarczy dodatkowych danych, które stanowiąc będą wsparcie modelu prognostycznego.

Określenie długofalowych celów polityki kadrowej państwa

Aktualnie realizowane działania z zakresu polityki kadrowej charakteryzują się brakiem spójności i nie zawierają celów określonych na przyszłe lata. W ramach realizacji polityki kadrowej w zakresie zawodów medycznych wskazane jest określenie celów na najbliższe 15 lat. Z uwagi na czasochłonność procesu kształcenia nowych kadr medycznych, który w przypadku lekarzy specjalistów wynosi średnio 13 lat, kształtowanie polityki kadrowej jest działaniem wieloletnim i wymagającym konsekwencji w realizacji. Jednym z przykładów działań, które wymaga modyfikacji stanowi procedura przyznawania miejsc rezydenckich w ramach szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Obecnie obowiązujący model zakłada, iż liczba miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach medycyny jest określana co pół roku. Sugeruje się dokonanie identyfikacji obecnych deficytów kadrowych w zakresie specjalistów poszczególnych dziedzin. Działanie to powinno zostać wykonane przy współpracy konsultantów wojewódzkich oraz kierowników podmiotów leczniczych działających w poszczególnych województwach. Dane uzyskane z powyższego działania stanowiąc będą podstawy do określenia zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych specjalnościach medycyny. Dodatkowo stanowiąc to będzie źródło informacji dla młodych lekarzy, którzy będą w stanie przewidzieć czy wybrana przez nich specjalność jest pożądana z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i znajdzie się w puli miejsc rezydenckich.

Model planowania kadr medycznych - KadroLAB 2017-2035

Model planowania kadr medycznych „KadroLAB 2017-2035” stanowi interaktywne narzędzie umożliwiające prognozowanie zapotrzebowania na kadry medyczne w warunkach polskich.

Model został zainspirowany raportem „Health Workforce Planning Methodologies across EU” wydanym w 2015 roku przez Joint Action of the European Union on Health Workforce Planning and Forecasting a także włoskim narzędziem prognostycznym udostępnionym przez autorów raportu.

Zaproponowane rozwiązanie umożliwia analizę wpływu szeregu zmiennych na dostęp do kadr medycznych w Polsce. Uwzględniono podstawowe wskaźniki demograficzne, dane na temat aktualnego stanu kadr medycznych w kraju, przewidywanej wydajności systemu szkolnictwa wyższego oraz uproszczonego opisu problemu migracji lekarzy.

Jak działa model?
Model działa poprzez zestawienie twardych danych, takich jak dane demograficzne w Polsce, liczba lekarzy aktywnych zawodowo w 2016 roku, prawdopodobieństwo zgonu czy wiek emerytalny oraz zmiennych, takich jak limity przyjęć na studia, liczba lekarzy emigrujących oraz imigrujących w celu określenia różnicy pomiędzy popytem na lekarzy w Polsce a liczbą aktywnych zawodowo lekarzy.
Z czego się składa?
Trzema najważniejszymi elementami modelu są: • dane o popycie na lekarzy (liczba miejsc pracy w kraju); • dane o odpływach (lekarze odchodzący z polskiego rynku pracy); • dane o przyptywach (lekarze wchodzący na polski rynek pracy).
Jak z niego korzystać?
Na początku, aby uzyskać informację na temat współczynnika niedoboru kadr medycznych, należy ustalić jaka jest pożądana liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców Polski, dzięki czemu model obliczy prognozowany popyt na lekarzy na lata 2016-2035. Następnie, na podstawie danych wynikających z aktualnej liczby lekarzy w kraju, wymieralności lekarzy, ilości lekarzy przechodzących na emeryturę oraz emigrujących z kraju, model wylicza ilu lekarzy rocznie tracimy z rynku pracy. Równocześnie, poprzez zestawienie ilości absolwentów uczelni wyższych oraz lekarzy obcokrajowców, którzy rozpoczynają pracę w Polsce model określa liczbę lekarzy wchodzących na rynek pracy. Otrzymujemy więc w prostym równaniu różnicę pomiędzy liczbą dostępnych lekarzy w kraju a popytem na lekarzy.
Jakie są jego najważniejsze funkcje?
Podstawową zaletą modelu jest jego elastyczność. Daje on możliwość dostosowywania na przestrzeni lat 2016-2035 zmiennych, na które mogą wpływać decyzje, oraz prognozować zapotrzebowanie na lekarzy na ich podstawie. Zmienne, które można w prosty sposób dostosowywać i testować, to: • pożądana liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców Polski; • limity przyjęć na studia • emigracja lekarzy z Polski; • imigracja lekarzy do Polski. Dodatkowo, model można w prosty sposób aktualizować podając takie dane jak najnowsze prognozy demograficzne, aktualną liczbę aktywnych lekarzy, procent studentów otrzymujących tytuł lekarza, itp.
Co dalej?
Model w obecnym stanie jest tylko poglądowym narzędziem, pokazującym na ogólnopolskich danych lekarskich, w jaki sposób można wykorzystać dostępne informacje do oszacowania niedoboru kadr medycznych. Po rozszerzeniu modelu o dane demograficzne w podziale na województwa, oraz rozszerzeniu informacji o innych specjalistów medycznych (np. lekarze dentyści, pielęgniarki, diagnostki laboratoryjni, farmaceuci), lub ich specjalizacje, model będzie w stanie wyliczać stopień niedoboru wybranej specjalizacji w wybranym województwie, zwiększając w ten sposób precyzję.

MODEL PLANOWANIA KADR MEDYCZNYCH

KadroLAB 2017-2035



 **Ministerstwo Zdrowia**

 **Fundacja**
im. Lesława A. Pagi

 **LIDERZY**
OCHRONY
ZDROWIA

Niniejsze narzędzie analityczne umożliwia oszacowanie przyszłego zapotrzebowania na wybrane kadry medyczne w Polsce na poziomie krajowym lub regionalnym w ramach zadeklarowanych przez użytkownika scenariuszy.

Copyright © 2017. Zespół projektowy Fundacji im. Lesława A. Pagi. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rysunek 5. Ekran powitalny w modelu KadroLAB.

START

Ludność

Popyt na lekarzy

Liczba lekarzy 2016

Prawdopodobieństwo zgonu

Wiek emerytalny

Limity przyjęć na uczelnie medyczne

Procent absolwentów

Migracja

Obliczenia - przyszłość

WYNIK

ID zmiennej: 2

Zmienna: Zapotrzebowanie na kadry medyczne w latach 2016-2035

Opis: Liczba aktywnych zawodowo specjalistów potrzebnych do zaspokojenia popytu populacji

Źródło: Health at a Glance: Europe 2016 - OECD

Komentarz: Popyt na lekarzy jest obliczany na podstawie współczynnika liczby lekarzy na 1000 mieszkańców. W komórce C16 należy wpisać docelową liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców, jaka mogłaby zaspokajać całą populację w Polsce, następnie w wierszu 17 pokaże się popyt na lekarzy w kolejnych latach. W 2016 roku Raport Health at a Glance ocenił iż w Polsce przypada 2,2 lekarza na 1000 mieszkańców a średnia Europejska to 3,4. W związku ze starzejącym się społeczeństwem model zakłada, że zapotrzebowanie na lekarzy będzie wzrastać o 0,01 z każdym rokiem.

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Docelowa liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	3,4	3,41	3,42	3,43	3,44	3,45	3,46	3,47	3,48	3,49	3,5	3,51	3,52	3,53	3,54	3,55	3,56	3,57	3,58	3,59
Zapotrzebowanie na kadry medyczne	131 230	131 503	131 745	131 956	132 120	132 235	132 328	132 387	132 393	132 365	132 290	132 208	132 074	131 909	131 713	131 485	131 222	130 933	130 641	130 306

Rysunek 6. Karta definiowania parametrów – wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców.

START

Ludność

Popyt na lekarzy

Liczba lekarzy 2016

Prawdopodobieństwo zgonu

Wiek emerytalny

Limity przyjęć na uczelnie medyczne

Procent absolwentów

Migracja

Obliczenia - przyszłość

WYNIK

Numer zmiennej: 5

Zmienna: Przejście na emeryturę w latach 2015-2035 - kobiety i mężczyźni

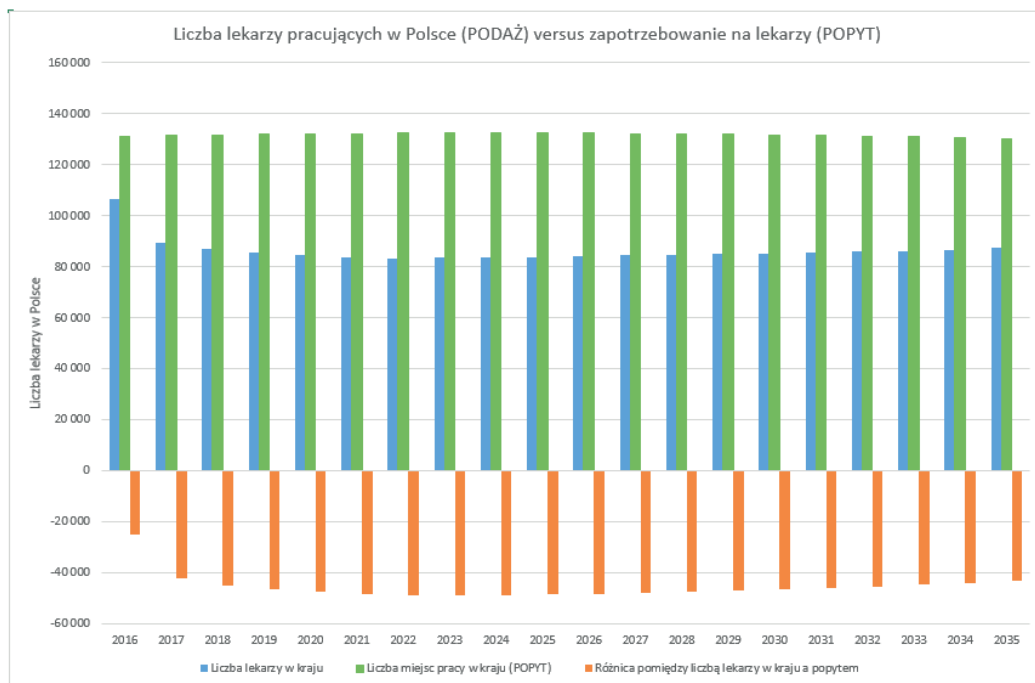
Opis: Prawdopodobieństwo przejścia na emeryturę w zależności od wieku z podziałem na kobiety i mężczyzn.

Źródło: Oszacowanie własne

Komentarz: W poniższej tabeli zamieszczono oszacowanie prawdopodobieństwa przejścia na emeryturę w danym wieku w zależności od roku. Ze względu na brak szczegółowych danych zastosowano liniowo rosnący procent lekarzy odchodzących na emeryturę począwszy od 60 roku życia dla kobiet i 65 roku życia dla mężczyzn.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Wiek przejścia na emeryturę - kobiety																					
70	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
69	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
68	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
67	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
66	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
65	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
64	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
63	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
62	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
61	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
60	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Rysunek 7. Karta definiowania parametrów – współczynnik przejścia lekarzy na emeryturę według wieku.



Rysunek 8. Wykres wyników – Zestawienie ewolucji liczby lekarzy w kraju, planowanego zapotrzebowania oraz niedoboru w zasobie kadr medycznych.



Rysunek 9. Karta wyników – kalkulacja dostępnego zasobu lekarzy w horyzoncie 20 lat.

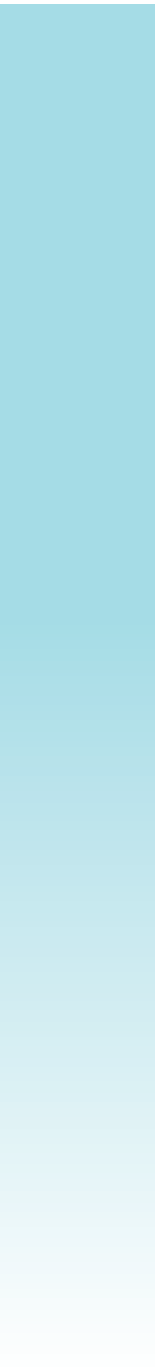
Specjalność	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Gdański Uniwersytet Medyczny	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*
Health economics and governance of health systems	1	-	-	-	-
Programy zdrowotne / zarządzanie programami zdrowotnymi	1	-	1	-	-
Zarządzanie w ochronie zdrowia / organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia	1	1	1	1	-
Promocja zdrowia	1	1	-	1	-
Badania kliniczne i ocena technologii medycznych / monitorowanie badań klinicznych	-	1	-	1	-
Komunikacja społeczna w ochronie zdrowia	-	-	-	1	-
Kodowanie i klasyfikacja procedur medycznych	-	-	-	1	-
Opiekun osób starszych	-	-	-	1	-
Medycyna ratunkowa i zarządzanie kryzysowe / ratownictwo specjalistyczne	-	-	-	-	-
Epidemiologia, statystyki i informatyka medyczna / epidemiologia i biostatystyka	-	1	-	-	-
Ubezpieczenia zdrowotna i pielęgnacyjne	-	-	-	-	-
Nadzór sanitarno-epidemiologiczny	-	-	-	-	-
Edukator zdrowia	-	-	-	-	-
Bezpieczeństwo i higiena pracy	-	-	-	-	-
Zdrowie publiczne w wymiarze globalnym	-	-	-	-	-
Zdrowie środowiskowe	-	-	-	-	-
Zdrowie środowiskowe i profilaktyka chorób środowiskowo zakaźnych	-	-	-	-	-
System zarządzania jakością w radiologii	-	-	-	-	-
Psychologia zdrowia publicznego	-	-	-	-	-
Zarządzanie kryzysowe w zdrowiu publicznym	-	-	-	-	-
Jakość w opiece zdrowotnej	-	-	-	-	-
European Public Health	-	-	-	-	-
SUMA	4	4	2	6	0

Tabela 4. Specjalności na kierunku zdrowie publiczne oferowane przez uczelnie medyczne w roku akademickim 2017/2018

* brak danych o prowadzonych specjalnościach w ramach kształcenia na kierunku zdrowie publiczne

Źródło: opracowanie własne.

Uniwersytet medyczny w Łodzi	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy	SUMA
-	-	-	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	2
1	1	-	1	1	-	8
1	-	-	-	-	-	4
-	-	-	-	-	-	2
-	-	-	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	1
-	-	-	-	-	-	1
1	-	-	1	-	-	1
1	-	-	1	-	-	3
1	-	-	-	-	-	1
-	1	-	-	-	-	1
-	-	-	1	-	-	1
-	-	-	1	-	-	1
-	-	-	1	-	-	1
-	-	-	1	-	-	1
-	-	-	1	-	-	1
-	-	-	-	-	1	1
-	-	-	-	-	1	1
-	-	-	-	-	1	1
-	-	-	-	-	1	1
-	-	-	-	-	1	1
5	2	0	8	1	5	37



*Autorzy raportu składają podziękowania
Ewie Padze, Sylwii Gromadzie i Annie Gruszczyńskiej
za umożliwienie wzięcia udziału w dyskusji
na temat problemu niedoboru kadr medycznych w Polsce
oraz nieocenioną pomoc i wsparcie organizacyjne.*

*Dziękujemy również Katarzynie Gruchale, Agnieszce Grabowskiej,
Alinie Klimczak-Wieczorek i Jackowi Rozumowi
za współpracę przy przekładzie na język polski raportu
„Health Workforce Planning Methodologies across EU”.*

*Podziękowania kierujemy także do Paolo Michelutti, współautora
wspomnianego raportu, który udostępnił włoskie narzędzie, na kanwie
którego powstał niniejszy model, a także wspierał zespół radą i pomocą.*

