



Problemy w ochronie zdrowia

Kształcenie kadry medycznej

PIOTR WASILEWSKI, AGNIESZKA KALITA, MAŁGORZATA SZCZĘSNA

Niedobór lekarzy i innych specjalistów z dziedziny medycyny jest problemem, z którym boryka się wiele krajów na świecie. Starzejące się społeczeństwo i większa zapadalność na choroby przewlekłe oznaczają wzrost zapotrzebowania na usługi lecznicze. Dodatkowo w Polsce mamy niekorzystną strukturę wiekową personelu medycznego, oznaczającą brak zastępowalności pokoleń w najliczniejszych grupach zawodów medycznych, szczególnie wśród pielęgniarek. W ostatnich latach wzrosła wprawdzie liczba uczelni prowadzących kształcenie przeddyplomowe oraz miejsc odbywania specjalizacji, jednak z powodu długiego cyklu przygotowania zawodowego zmiany te mogą poprawić sytuację dopiero w przyszłości. Oprócz zwiększenia liczby specjalistów system kształcenia kadr medycznych powinien także sprzyjać podnoszeniu jakości edukacji. Kontrola NIK wykazała, że działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w ostatnich latach miały charakter doraźny i nie zapewniały efektywnego planowania i rozwoju kadr. Artykuł przedstawia szczegółowe ustalenia Izby.

Wprowadzenie

„Decydencie, pomyśl o pacjencie” oraz „Chcemy jakości w ochronie zdrowia” – pod takimi hasłami kilkuset młodych lekarzy z Porozumienia Rezydentów protestowało 30 września 2023 r. pod Ministerstwem Zdrowia przeciwko dokonującemu się, ich zdaniem, spadkowi poziomu edukacji przyszłych medyków. Uczestnicy wskazywali, że kształconych jest coraz

więcej lekarzy nie tylko na uniwersytetach medycznych, ale także na kierunkach uruchamianych przez inne uczelnie, często bez doświadczenia w prowadzeniu studiów medycznych¹. Podkreślano, że bez zapewnienia odpowiednich warunków nie może być dobrze wykształconych medyków.

Czy obawy młodych lekarzy są rzeczywiście uzasadnione? Czy istnieje zagrożenie dla jakości kształcenia wynikające

¹ W Polsce kierunek lekarski jest prowadzony przez dziewięć uniwersytetów medycznych, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz wydziały innych uczelni (w tym niepublicznych), których liczba systematycznie rośnie w kolejnych latach akademickich.

ze zwiększonej rekrutacji na kierunek lekarski i wzrostu liczby uczelni oferujących takie studia? Czy studenci kierunków medycznych są zawsze kształceni zgodnie z obowiązującymi standardami, a w podmiotach leczniczych – już po zakończeniu nauki i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu – zapewnia się im optymalne warunki do rozwoju zawodowego? Czy osoby kierujące tymi podmiotami właściwie zarządzają zasobami kadrowymi i zapewniają ciągłość funkcjonowania placówek w razie braków kadrowych? Takie pytania zadawali sobie kontrolerzy NIK, przygotowując program kontroli „Zasoby kadry medycznej w ochronie zdrowia”². Ze względu na wagę problemu, ale także duże różnice regionalne w możliwościach kształcenia zdecydowano się objąć badaniami kontrolnymi wszystkie województwa, planując kontrole zarówno na uczelniach, jak i w podmiotach leczniczych.

Od osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wymaga się wysokiego stopnia specjalizacji, jednocześnie wykonywane tam czynności są niezależne od siebie i wymagają koordynacji między różnymi grupami specjalistów³. Odpowiednie przygotowanie kadry medycznej jest więc długotrwałym i złożonym procesem, oznaczającym również konieczność

zabezpieczenia dużych nakładów ze środków publicznych. Z tego względu kontrolą objęto również Ministra Zdrowia, który odpowiadając za sektor ochrony zdrowia i sprawując nadzór nad jego zasobami kadrowymi powinien rzetelnie określać zapotrzebowanie na specjalistów i dostosować do niego model kształcenia.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Przeprowadzone w dużej liczbie jednostek badania kontrolne⁴ pozwoliły na dokonanie wielu ustaleń i sformułowanie wniosków systemowych. W artykule zaprezentowano je w czterech obszarach: planowanie kadr medycznych, kształcenie na kierunkach medycznych, rozwój kadry podmiotów leczniczych oraz wnioski pokontrolne.

Planowanie kadry medycznej

Planowanie kadry medycznej w skali kraju powinno mieć wymiar strategiczny, ukierunkowany na dostosowanie jej zasobów do obecnych i przyszłych potrzeb, aby przeciwdziałać niedoborowi lub nadmiarowi personelu⁵. Błędy w planowaniu skutkują poważnymi konsekwencjami przez wiele kolejnych lat. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że deficyt kadr medycznych to problem uniwersalny, występujący w wielu krajach świata⁶.

² Artykuł opracowany na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, nr ewid. 161/2022/P/22/047/KZD. Przeprowadzono ją w okresie od 1.6.2022 do 29.11.2022.

³ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001, s. 26.

⁴ Kontrolą objęto 60 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, 28 uczelni oraz 31 podmiotów leczniczych.

⁵ A. Domagała: *Planowanie kadr medycznych – potrzeba czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 11/2013, s. 148-158.

⁶ W Komisji Europejskiej w 2008 r. przygotowano raport pt. *Green Paper on the European Workforce for Health*, https://health.ec.europa.eu/publications/green-paper-european-workforce-health_en – prognozujący skalę przyszłego deficytu kadr, a w latach 2012–2014 realizowano specjalny projekt badaw-



Starzejąca się populacja oraz rosnąca zapadalność na choroby przewlekłe zwiększają popyt na świadczenia zdrowotne, a tym samym na personel medyczny. Sytuację w Polsce dodatkowo pogarszają konsekwencje kształcenia w zawodach medycznych niewystarczającej liczby osób w poprzednich latach, a także emigracja części profesjonalistów (szczególnie po akcesji Polski do Unii Europejskiej). Podaż na tym rynku jest bowiem wypadkową napływu nowych kadr, uwarunkowaną liczbą osób kończących kierunki medyczne i obcokrajowców podejmujących pracę w naszym kraju oraz naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych czy podejmowaniem pracy za granicą.

W Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego, dane pozyskiwane są z rejestrów oraz stron internetowych Komisji Europejskiej zawierających informacje o liczbie osób, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w poszczególnych krajach. Informacje dotyczące liczby takich zaświadczeń gromadzone są w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP (dalej Centralny Rejestr). Jednakże liczba wydanych zaświadczeń przez samorządy

zawodowe nie jest jednoznaczna z liczbą osób, które faktycznie wyjechały za granicę i podjęły pracę w zawodzie medycznym, ponieważ wspomniane rejestry obejmują wyłącznie zainteresowanych podjęciem pracy na terytorium Unii Europejskiej. Z danych Centralnego Rejestru wynika, że w latach 2018–2022 (do końca września) wydano 4884 zaświadczenia⁷.

Jak wykazała kontrola, Minister Zdrowia nie przygotował długookresowej strategii rozwoju kadr medycznych opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych⁸. Mogłaby ona być podstawą do podejmowania decyzji o liczbie kształconych lekarzy czy tworzeniu nowych zawodów/specjalizacji medycznych. Podejmowano natomiast doraźne, nie zawsze skuteczne działania, mające na celu zwiększenie możliwości kształcenia przeddyplomowego oraz specjalizacyjnego. Wyodrębniono dziedziny specjalizacji najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego (dziedziny priorytetowe); wprowadzono regulacje, dzięki którym lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wyższe wynagrodzenie zasadnicze; od 2016 r. znacznie zwiększono limity przyjęć na kierunek lekarski; pod koniec 2021 r. wprowadzono także regulacje, które przewidują wsparcie

czy (NEUJOBS) poświęcony określaniu potrzeb w zakresie kształcenia i zatrudniania lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Deficyt kadr medycznych w państwach UE szacowano na poziomie 1 mln zatrudnionych (UE-27), a prognozowana skala deficytu była najwyższa w nowych krajach członkowskich UE.

⁷ Liczba zaświadczeń wydanych tylko lekarzom (z wyłączeniem lekarzy specjalistów) od momentu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej (UE), tj. od 1 maja 2004 r. do 2019 r., wyniosła ok. 16 tys.

⁸ Na brak takiej strategii NIK wskazywała już w 2015 r. po kontroli kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych, por. Informacja o wynikach kontroli NIK: *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Warszawa, marzec 2016.

– ze środków budżetu państwa – osób odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim, z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia oraz wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne, których celem miało być zwiększenie wykorzystania liczby miejsc szkoleniowych.

Nie kwestionując celowości wspomnianych rozwiązań, NIK wskazała, że powinny one wynikać z długookresowej strategii dotyczącej rozwoju kadr medycznych. Taki dokument powstał jedynie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych w postaci Polityki wieloletniej państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa⁹. W ocenie NIK, uwzględnienie innych grup zawodowych, w tym lekarzy, w dokumencie strategicznym dotyczącym kadr medycznych pozwoliłoby na diagnozę i zidentyfikowanie najważniejszych problemów dotyczących tego obszaru oraz wskazanie pożądanych kierunków zmian systemowych. Wprowadzenie mechanizmów monitorowania i okresowej oceny wdrażania strategii poprawiłoby efektywność podejmowanych zadań.

Analizowane przez NIK zadania, zaplanowane w Polityce wieloletniej, nie były realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem. Jednym z nich miało być wprowadzenie systemu akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w latach 2018–2022. Przyznanie szerokiemu

kręgowi podmiotów uprawnień do kształcenia podyplomowego (uczelnie wyższe, instytuty, podmioty lecznicze, samorząd zawodowy, podmioty gospodarcze, organizacje pozarządowe) spowodowało dynamiczny, lecz trudny do kontrolowania rozwój oferty szkoleniowej, często niskiej jakości. Przyjęty model kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych umożliwił dużej grupie przedstawicieli tych zawodów ukończenie nauki, w tym uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie, bez korelacji z potrzebami systemu oraz często bez możliwości pełnego wykorzystania tych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku. Wdrożenie akredytacji w obszarze kształcenia podyplomowego tej grupy zawodowej mogłoby więc znacząco wpłynąć na poprawę jakości kształcenia. W Ministerstwie przygotowano projekt przepisów wprowadzających akredytację, jednak w czasie trwania kontroli NIK nie zakończono nawet analizy uwag zgłoszonych do projektu. Jak zauważyła Izba, ma ona dotyczyć jedynie organizatorów kształcenia realizujących szkolenie specjalizacyjne, a więc jedną z form kształcenia podyplomowego, podczas gdy w Polityce wieloletniej zaplanowano wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych¹⁰.

Planowanie rozwoju kadr medycznych utrudniał brak odpowiedniego modelu analitycznego, umożliwiającego

⁹ Dalej również Polityka wieloletnia – przyjęta uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z 15.10.2019.

¹⁰ Szkolenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być realizowane w formie szkolenia specjalizacyjnego, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych bądź dokształcających.



szacowanie zapotrzebowania na kadre medyczną. W konsekwencji Minister nie określił pożądanej liczebności kadry w poszczególnych zawodach medycznych w odniesieniu do liczby mieszkańców. Utrudniało to ocenę, czy liczba specjalistów jest odpowiednia do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. Jak wskazują eksperci, w modelach zapotrzebowania i prognozowania dotyczących personelu medycznego uwzględnia się przede wszystkim zmienne popytowe, których ilościowym wskaźnikiem jest korzystanie z usług. Szczególnie wnikliwie jest analizowany wzrost korzystania z usług zdrowotnych spowodowany zmianami demograficznymi, a przede wszystkim starzeniem się populacji¹¹.

Minister Zdrowia, już po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli, podpisał 23 grudnia 2022 r. zarządzenie w sprawie powołania Zespołu ds. modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadre medyczną, które umożliwiło podejmowanie działań pozwalających na wykorzystanie i rozwój jej potencjału. Do jego zadań należy przedstawianie rekomendacji dotyczących metod szacowania potrzeb

w poszczególnych zawodach medycznych w tym dotyczących lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych.

Skuteczność działań Ministra Zdrowia obniżał także brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne. W wypadku zawodów, dla których są prowadzone rejestry osób posiadających prawo ich wykonywania (np. pielęgniarek i położnych¹²) osoby nim objęte nie zawsze wywiązywały się z obowiązku aktualizacji danych. W odniesieniu do zawodów, dla których nie stworzono rejestrów braki informacyjne były jeszcze większe. Dotyczyły np. bieżącej informacji o liczbie ratowników medycznych, którzy mogą pracować także poza systemem ochrony zdrowia w ramach różnego rodzaju służb oraz o sposobach wykonywania zawodu ratownika.

Nieskuteczne były także działania Ministra Zdrowia podejmowane w celu zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi specjalizacjami lekarskimi¹³, istotnymi z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Natomiast znaczne ograniczenie liczby przyznanych przez Ministra rezydentur w dziedzinach

¹¹ S. Golinowska, E. Kocot, A. Sowa: *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 11/2013, s. 125-147.

¹² W wypadku pielęgniarek i położnych podstawowym źródłem danych jest Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (dalej CRPiP), prowadzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Gromadzone są w nim informacje o pielęgniarzach oraz położnych posiadających prawo wykonywania zawodu. Minister Zdrowia dofinansowuje koszty związane z prowadzeniem CRPiP. Pielęgniarki i położne wpisane do rejestru są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, nie później niż 14 dni od ich powstania.

¹³ Takich jak np. medycyna ratunkowa, choroby zakaźne, geriatrya, medycyna paliatywna czy patomorfologia. Istniejące zachęty finansowe były niewystarczające, natomiast niechęć do podejmowania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego w ramach tych specjalizacji wynikała z różnych przyczyn: brak bezpośredniego kontaktu z pacjentem i możliwości leczenia (patomorfologia), konieczność posiadania indywidualnych predyspozycji, a także ograniczone możliwości prowadzenia samodzielnej praktyki lekarskiej.

priorytetowych, w stosunku do propozycji wojewodów¹⁴, stwarzało ryzyko niezakwalifikowania się wszystkich lekarzy zainteresowanych tymi specjalizacjami. Zdaniem NIK może to utrudnić osiągnięcie odpowiedniej liczebności kadry medycznej, tym bardziej, że Minister Zdrowia w związku ze zmianą przepisów nie ma już możliwości przyznawania dodatkowych miejsc osobom niezakwalifikowanym. W pierwszym naborze centralnym, przeprowadzonym jesienią 2022 r., na specjalizacje w trybie rezydenckim zakwalifikowało się mniej lekarzy niż w latach poprzednich, wzrosła natomiast liczba przyjętych na specjalizacje prowadzone w trybie pozarezydenckim¹⁵. Dodatkowo NIK wskazała, że zmniejszyła się finansowa motywacja do wyboru specjalizacji priorytetowych, bowiem przy wzroście wynagrodzenia o 51% w okresie objętym kontrolą rezydenci wybierający je w 2022 r. zarabiali o 303 zł więcej, tj. 4%, niż ci kształcący się na pozostałych specjalizacjach. W 2019 r. różnica ta wyniosła 750 zł, tj. 16%.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie przeprowadził kompleksowych analiz odbywania stażu podyplomowego na podstawie zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu przekazywanych mu przez okręgowe rady lekarskie, co w ocenie

NIK było uzasadnione koniecznością zapewnienia odpowiedniego przygotowania zawodowego lekarzy.

Kształcenie na kierunkach medycznych

Ustalany przez Ministra Zdrowia limit przyjęć na jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim, prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim w roku akademickim 2021/2022, wzrósł o 8,5% w stosunku do roku 2019/2020¹⁶. W wypadku studiów niestacjonarnych na tym samym kierunku wzrost wyniósł 40,5%. Niekiedy uczelnie podejmowały decyzje o niewypełnianiu limitu miejsc na studiach niestacjonarnych, aby ograniczyć przyjęcie osób z gorszymi wynikami matur. W skontrolowanych placówkach liczba osób przyjętych na pierwszy rok studiów stacjonarnych na kierunku lekarskim w roku akademickim 2021/2022 była o 1,5% wyższa niż w poprzednim, natomiast na kierunku niestacjonarne o 15,3%.

Minister Zdrowia nie zrealizował wniosku NIK dotyczącego ogłaszania limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem postępowania rekrutacyjnego na uczelniach¹⁷. W roku akademickim 2019/2020

¹⁴ Takich jak psychiatria, pediatria, medycyna rodzinna czy anestezjologia i intensywna terapia.

¹⁵ Specjalizacja może odbywać się w trybie rezydentury lub w trybie pozarezydenckim. Różnicę między tymi dwoma trybami stanowi źródło finansowania. Osoby, którym udało się rozpocząć specjalizację w trybie rezydentury zostają zatrudnione na umowę o pracę, a ich wynagrodzenie jest wypłacane przez państwo. W przypadku specjalizacji odbywanej w trybie pozarezydenckim pensja jest wypłacana bezpośrednio z budżetu placówki medycznej.

¹⁶ Kontrola obejmowała lata akademickie 2019/2020, 2020/2021 oraz 2021/2022.

¹⁷ Taki m.in. wniosek NIK sformułowała po kontroli kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych, por. Informację o wynikach kontroli NIK: *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Warszawa, marzec 2016 r.



proces ten rozpoczął się 15 stycznia 2019 r., w roku 2020/2021 – 20 stycznia 2020 r., zaś w roku 2021/2022 – 19 marca 2021 r. i trwał odpowiednio sześć, sześć i cztery miesiące. Ministerstwo Zdrowia nie analizowało przyczyn przekroczenia limitów przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny przez niektóre uczelnie w latach akademickich 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 i jego wpływu na jakość kształcenia na poszczególnych uczelniach. W ocenie NIK, biorąc pod uwagę ograniczone możliwości dydaktyczne uczelni, ten wpływ może być znaczący.

Spośród wszystkich analizowanych kierunków¹⁸ największym zainteresowaniem cieszyły się studia stacjonarne na kierunku lekarskim. Liczba kandydatów na jedno miejsce wyniosła tam średnio 16,7 w roku akademickim 2019/2020 i 16,8 w roku akademickim 2021/2022. Rekrutacja była złożonym procesem, nie tylko z uwagi na bardzo dużą liczbę zainteresowanych, ale również to, że kandydaci składali wnioski o przyjęcie na wielu uczelniach, nie zawsze informując o wyborze innej placówki, co utrudniało wypełnienie limitów przyjęć. Skutkiem rezygnacji pierwotnie przyjętych kandydatów była konieczność uzupełnienia listy o osoby, które uzyskały mniejszą liczbę punktów i zajmowały dalsze

pozycje na liście rankingowej. W każdym roku prowadzono rekrutację uzupełniającą, czasem do końca października, co niekorzystnie wpływało na proces dydaktyczny.

Uczelnie prowadziły rekrutację na ogół z zachowaniem przepisów ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce¹⁹ oraz własnych regulacji. Jednak w wypadku siedmiu uczelni (25% kontrolowanych) wystąpiły nieprawidłowości. Nie przestrzegano wewnętrznych regulacji, a niekiedy nie zapewniono rzetelności gromadzonej dokumentacji. Dochodziło również do wydawania sprzecznych postanowień, które mogły wprowadzać w błąd kandydatów ubiegających się o przyjęcie.

Objęte badaniem kontrolnym programy studiów prowadzonych na uczelniach na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia oraz lekarskim odpowiadały na ogół wymogom określonym przepisami rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia²⁰ oraz rozporządzenia w sprawie studiów²¹. W wypadku ośmiu uczelni (29%) stwierdzono jednak nieprawidłowości w przygotowaniu programów kształcenia, polegające na zaplanowaniu zbyt małej liczby godzin lub punktów ECTS²² dla niektórych przedmiotów bądź naruszeniu wewnętrznej procedury ich tworzenia.

¹⁸ Lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo.

¹⁹ Ustawa z 20.7.2018 – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2022 r. poz. 574, ze zm.).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26.7.2019 w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, ze zm.).

²¹ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 27.9.2018 w sprawie studiów (Dz.U. z 2021 r. poz. 661, ze zm.).

²² System punktów ECTS (European Credit Transfer System) pozwala na ujednoczenie przyznawania punktów zaliczeniowych i tym samym studiowania na europejskich uczelniach. Liczba przyznanych punktów ECTS jest adekwatna do nakładu pracy studenta.

Zagrożeniem dla prawidłowej realizacji programów kształcenia były niewystarczające zasoby kadrowe niektórych uczelni. Problem ten dotyczył przede wszystkim nowo utworzonych kierunków w placówkach, które nie miały doświadczenia w kształceniu kadr medycznych. W sześciu (21%) nie przestrzegano art. 73 ust. 2 w związku z art. 120 ust. 2 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce, w wypadku niektórych kierunków studiów nie zapewniając wskazanego w tym przepisie udziału godzin zajęć prowadzonych przez nauczycieli akademickich zatrudnionych na danej uczelni jako podstawowym miejscu pracy. Problem ten pojawił się na nowo utworzonych kierunkach w szkołach, które nie miały doświadczenia w prowadzeniu kształcenia kadr medycznych. Uczelnie te nie były w stanie zatrudnić specjalistów dla danego kierunku w sytuacji, kiedy nie zrealizowały jeszcze pełnego cyklu kształcenia i nie były w stanie zapewnić poszczególnym pracownikom odpowiedniej liczby godzin w ramach etatów. Nauczyciele akademicy podlegali ocenie okresowej, której dokonywano z uwzględnieniem zasad określonych w statutach i zarządzeniach rektorów, wykorzystując w nich m.in. oceny studentów. Na sześciu uczelniach (21%) w procesie tym nie udało się uniknąć nieprawidłowości polegających na niedotrzymywaniu

przyjętych terminów dokonywania oceny oraz naruszeniu zasad jej przeprowadzania.

Zapewnieniu jakości i efektywności kształcenia nie sprzyjały także stwierdzone w siedmiu szkołach wyższych (25%) przypadki nadmiernej liczby godzin w ciągu dnia, niekiedy przekraczającej normy ustalone w wewnętrznych przepisach oraz nierównomierne ich rozłożenie, powodując nadmierne obciążenie studentów. Poprawie jakości procesu dydaktycznego miały służyć systematyczne działania polegające na rozbudowie bazy dydaktycznej. Realizowane projekty były na ogół współfinansowane ze środków Unii Europejskiej, m.in. w ramach programu operacyjnego „Wiedza, edukacja, rozwój 2014–2020”. Rozwój bazy dydaktycznej nie zawsze jednak nadążał za rosnącą liczbą studentów.

W wypadku negatywnej oceny jakości kształcenia sformułowanej przez Polską Komisję Akredytacyjną (PKA)²³ minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki²⁴ mógł, ale nie musiał cofnąć pozwolenia na utworzenie studiów na określonym kierunku²⁵. Mógł również zawiesić uprawnienie do kształcenia na danym kierunku studiów i poziomie kształcenia. W okresie zawieszenia uprawnień jednostka nie dokonuje rekrutacji oraz powinna wyeliminować stwierdzone błędy. Do takiej sytuacji doszło w placówce nadzorowanej przez

²³ Polska Komisja Akredytacyjna to niezależna instytucja działająca na rzecz doskonalenia jakości kształcenia. Członkowie PKA są powoływani przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Do zadań PKA należy m.in.: wyrażanie opinii w sprawie spełnienia warunków dotyczących prowadzenia studiów na określonym kierunku, poziomie i profilu oraz związku studiów ze strategią uczelni; przeprowadzanie oceny programowej, kompleksowej; a także prowadzenie działalności analitycznej, szkoleniowej oraz upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie jakości kształcenia.

²⁴ Lub Minister Zdrowia w przypadku uczelni nadzorowanych przez tego ministra.

²⁵ Na podstawie art. 56 ust. 1 pkt 1 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.



ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki – Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu (objętej kontrolą NIK) na kierunku lekarskim, po negatywnej ocenie PKA w 2019 r. (w 2021 r. kierunek oceniono już pozytywnie, jednak z okresem obowiązywania oceny skróconym do 2 lat). W przypadku innej uczelni, również nadzorowanej przez ministra i nieobjętej kontrolą NIK, pomimo negatywnej oceny kierunku lekarskiego sformułowanej przez PKA w 2021 r. nie cofnięto pozwolenia, ani nie zawieszono uprawnień – nadal prowadziła ona rekrutację na kierunek lekarski. W ocenie Izby taka sytuacja może stanowić zagrożenie dla jakości kształcenia na tym kierunku. Ministerstwo Edukacji i Nauki wyjaśniało, że na bieżąco monitorowało funkcjonowanie uczelni, reagując na stwierdzone nieprawidłowości, natomiast sposób reakcji wynikał z odmiennego stanu faktycznego poszczególnych spraw. Wydaje się, że problem wskazany przez NIK może narastać w kolejnych latach akademickich. Jak podał ostatnio dziennik „Rzeczpospolita”, aż jedenaście uczelni kształci lub będzie kształcić lekarzy mimo negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej²⁶.

Rozwój kadry podmiotów leczniczych

Rozwój zasobów kadrowych ochrony zdrowia wymaga odpowiednich działań podejmowanych przez kierownictwo podmiotów leczniczych. Powinny one dotyczyć zarówno lekarzy, jak i tzw. średniego personelu medycznego, do którego zalicza się m.in. pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów czy techników medycznych. Określenie „średni personel medyczny” straciło już jednak swoje pierwotne znaczenie, gdyż obecnie znaczna część osób wykonujących te zawody posiada wykształcenie wyższe, co najmniej na poziomie licencjatu. Z tego powodu oraz z uwagi na niewystarczającą liczbę lekarzy i wysokie koszty ich pracy wiele krajów, w tym Polska, stara się poszerzyć zakres pracy wykonywanej przez średni personel medyczny, przesuwając część obowiązków i zadań²⁷.

Ograniczone zasoby kadrowe oraz sytuacja na rynku pracy spowodowały, że kontrolowane szpitale miały trudności z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu medycznego, a efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi było znacząco utrudnione²⁸. W 26 spośród 31 skontrolowanych podmiotów leczniczych w okresie objętym kontrolą wystąpiły niedobory

²⁶ K. Wójcik: *Kuleje jakość kształcenia medyków*, „Rzeczpospolita”, 7.11.2023.

²⁷ R. Lewandowski, A. Kożuch, J. Sasak: *Kontrola zarządca w placówkach ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 69.

²⁸ W wypadku lekarzy dziedzinami medycyny najbardziej dotkniętymi niedoborem personelu, według analiz przeprowadzonych przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, na podstawie danych pochodzących z Centralnego Rejestru Lekarzy, NFZ oraz rekomendacji konsultantów krajowych, były: choroby wewnętrzne – wskaźnik rekomendowany to 108,6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 72,0 (różnica 36,6, tj. 33,7% wskaźnika rekomendowanego); medycyna rodzinna – wskaźnik rekomendowany to 44,3 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 28,7 (różnica 15,6, tj. 35,2%); psychiatria – wskaźnik rekomendowany to 20,0 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 10,5 (różnica 9,5, tj. 49,0%); medycyna pracy – wskaźnik rekomendowany to 14,1 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 7,1 (różnica 7,0, tj. 49,6%); geriatrya – wskaźnik rekomendowany to 7,8 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 1,3 (różnica 6,5, tj. 83,3%).

personelu medycznego. Trudności w pozyskaniu odpowiedniej kadry skutkowa-
ły w 18 podmiotach leczniczych (59%) koniecznością czasowego ograniczenia,
a nawet zakończenia działalności oddzia-
łów szpitalnych lub poradni, natomiast
w ośmiu placówkach koniecznością ogra-
niczenia liczby łóżek w poszczególnych
oddziałach, wynikającą z potrzeby spełnie-
nia wymogów zapewnienia odpowiedniej
liczby etatów pielęgniarskich w stosunku
do liczby łóżek. W tej sytuacji może dzi-
wić, że standardy kontroli zarządczej oraz
zarządzania ryzykiem w obszarze zarzą-
dzania kadrami nie były stosowane lub
stosowano je w ograniczonym zakresie
w 15 podmiotach leczniczych. W siedmiu
podmiotach nie przeprowadzano rzetel-
nych analiz stanu i struktury zatrudnie-
nia personelu medycznego. W znacznej
części szpitali motywacyjne rozwiązania
w systemie wynagradzania były stosowane
w ograniczonym zakresie, a pozapłacowe
instrumenty motywowania pracowników
nie zostały wprowadzane.

W 18 podmiotach leczniczych poszcze-
gólne grupy zawodowe wywierały presję
na kierownictwo szpitala, domagając się
podwyżki wynagrodzeń. Działania te przy-
bierały formę: sporów zbiorowych, nego-
cjacji ze związkami zawodowymi, spotkań,
pism, odmowy pełnienia dyżurów medycz-
nych, wypowiedziania klauzuli *opt-out*²⁹, jak

również składania wypowiedzeń umów
o pracę i cywilnoprawnych. Ponieważ
z uwagi na brak zgłoszeń kandydatów
prowadzenie skutecznej rekrutacji było
utrudnione, żądania płacowe były najczę-
ściej spełniane w wypadkach, gdy odejście
personelu stanowiłoby zagrożenie dla cią-
głości udzielania świadczeń.

W 21 podmiotach leczniczych (68%)
dochodziło do przypadków niezapewnie-
nia co najmniej 11 godzin nieprzerwanego
wypoczynku dobowego³⁰ personelowi me-
dycznemu zatrudnionemu na podstawie
umów o pracę i jednocześnie na podstawie
umów cywilnoprawnych lub wyłącznie
na podstawie umów cywilnoprawnych.
Ponadto w ośmiu podmiotach leczniczych
przekraczano maksymalną tygodniową
normę czasu pracy wynoszącą przeciętnie
48 godzin na tydzień³¹. W ocenie NIK to,
że lekarzy udzielających świadczeń na pod-
stawie umów cywilnoprawnych nie do-
tyczą gwarantowane w Kodeksie pracy
i w ustawie o działalności leczniczej mi-
nimalne normy odpoczynku nie oznacza,
że ich możliwości psychofizyczne są więk-
sze niż lekarzy zatrudnionych na podstawie
umowy o pracę. Przepisy o czasie pracy
powinny mieć zastosowanie do wszystkich
form zatrudnienia³². Nadzorem nad ich
przestrzeganiem powinni być objęci nie
tylko sami pracodawcy, lecz także osoby
wykonujące pracę na podstawie umów

²⁹ Przez klauzulę *opt-out* rozumie się pisemne oświadczenie pracownika dyżurującego o wyrażeniu zgody na pra-
cę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym.

³⁰ Art. 97 ust. 1 ustawy z 15.4.2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 poz. 991, ze zm.). Zgodnie z ust. 2
tego artykułu pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powin-
nien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

³¹ Art. 131 § 1 ustawy z 26.6.1974 Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465).

³² W ocenie NIK takie jest też *ratio legis* przepisów ustawy o działalności leczniczej.



cywilnoprawnych, bowiem przekroczenie dopuszczalnego czasu pracy stwarza ryzyko dla życia i zdrowia.

W 2019 r. i 2022 r. w trzech podmiotach leczniczych wystąpiły przypadki niezapewnienia minimalnej, dwuosobowej obsady pielęgniarskiej na dyżurach nocnych, która jest uważana za dobrą praktykę, postulowaną zarówno przez środowisko pielęgniarek i położnych, jak i przez NIK we wcześniejszych kontrolach³³.

Tworzenie regulacji prawnych

Z uwagi na poświęcone im regulacje można wyróżnić dwie grupy zawodów medycznych. Pierwsza to osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych – do ich wykonywania konieczne jest nie tylko posiadanie określonych kwalifikacji, potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, ale także uzyskanie uprawnienia do wykonywania danego zawodu, zgodnie z przepisami szczególnymi (lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, fizjoterapeuta, ratownik medyczny). W wypadku tej grupy przepisy określają m.in.: specyfikę wykonywania danego zawodu (zakres przedmiotowy, przedmiot zawodu), zasady związane z uzyskiwaniem kwalifikacji do jego wykonywania, zasady związane z prawem wykonywania zawodu, formy wykonywania zawodu, a także szkolenie podyplomowe (i specjalizacyjne). Drugą grupę stanowią osoby legitymujące się nabyciem fachowych

kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny; jednak w stosunku do tych zawodów nie zostały uregulowane zasady zdobywania kwalifikacji, prawo wykonywania zawodu, kształcenia podyplomowego, staży podyplomowych. Jednocześnie nie istnieją podstawy prawne pozwalające na odpowiednie stosowanie w odniesieniu do tej kategorii regulacji zawartych w ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej czy innych aktach prawnych.

Kontrola NIK przyczyniła się do zmniejszenia się liczby nieuregulowanych zawodów medycznych, a wiele z nich zyskało nowe podstawy prawne. Znalazły się one w niedawno uchwalonej ustawie o niektórych zawodach medycznych³⁴, która określiła zasady wykonywania 15 zawodów medycznych (w tym m.in. opiekuna medycznego, technika farmaceutycznego, protetyka słuchu i terapeuty zajęciowego), a także ich rozwoju zawodowego i odpowiedzialności zawodowej. Była to trzecia, tym razem udana próba uchwalenia tych przepisów. W V kadencji Sejmu RP projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych skierowano do Sejmu 14 marca 2007 r. (druk 1553). Nie został on jednak uchwalony z uwagi na skrócenie kadencji parlamentu. W trakcie VI kadencji w Ministerstwie Zdrowia opracowano projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty

³³ Informacja o wynikach kontroli NIK: *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, s. 10.

³⁴ Ustawa z 17.8.2023 o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1972).

w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, który regulował zasady uzyskiwania kwalifikacji i wykonywania 16 zawodów. Projekt został przyjęty i rekomendowany Radzie Ministrów przez Komitet Stały Rady Ministrów w 2010 r., jednakże zgodnie z decyzją Prezesa Rady Ministrów zwrócono go Ministerstwu Zdrowia z uwagi na brak możliwości zakończenia prac ustawodawczych nad tym aktem prawnym w czasie kadencji Sejmu i Senatu.

W trakcie kontroli prowadzonej w Ministerstwie Zdrowia w III kwartale 2022 r. kontrolerzy NIK zwrócili uwagę, że prace nad nowym projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych przebiegają opieszale. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazał projekt podmiotom zewnętrznym do zaopiniowania 21 stycznia 2022 r., wskazując 30-dniowy termin zgłaszania uwag. W Ministerstwie, do czasu zakończenia czynności kontrolnych w listopadzie, nie rozpatrzono tych uwag oraz nie przygotowano projektów rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla funkcjonowania ustawy. Tymczasem, zgodnie z § 13 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20 czerwca 2002 r. w sprawie Zasad techniki prawodawczej³⁵, jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania. Pytania kierowane do Ministra przez kontrolerów NIK w trakcie kontroli oraz ocena dotychczasowych

prac legislacyjnych zawarta w wystąpieniu pokontrolnym zmobilizowały Ministerstwo Zdrowia do przyspieszenia prac. W efekcie projekt został skierowany do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów 2 grudnia 2022 r., wraz z projektami rozporządzeń do ustawy, a 12 stycznia 2023 r. projekt został przyjęty przez Komitet. Dalsze prace przebiegały równie sprawnie, dzięki czemu w sierpniu 2023 r. ustawę udało się uchwalić.

Przewlekłość dotyczyła także innych projektów związanych z kadrami medycznymi, w tym projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Jej celem miało być wprowadzenie do systemu prawnego przepisów kompleksowo regulujących wykonywanie zawodu ratownika medycznego, utworzenie ram prawnych dla działania samorządu ratowników medycznych oraz zasad ich odpowiedzialności zawodowej. Istotną zmianą w stosunku do poprzednio funkcjonujących rozwiązań miało być także wprowadzenie możliwości kształcenia ratowników medycznych na studiach drugiego stopnia, co pozwoliłoby im na uzyskanie tytułu zawodowego magistra. 19 września 2019 r. skierowano go do uzgodnień i konsultacji publicznych z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag. 23 lipca 2021 r. projekt został ponownie skierowany do uzupełniających uzgodnień z tygodniowym terminem na przysyłanie uwag. 15 kwietnia 2022 r.

³⁵ Dz.U. z 2016 r. poz. 283.



Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt ustawy i rekomendował go Radzie Ministrów, która uczyniła to samo 20 września 2022 r. Sejm RP uchwalił ustawę 1 grudnia 2022 r., a weszła ona w życie 22 czerwca 2023 r.³⁶

W wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów na 2019 r., do którego wpisano projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, planowany termin jego przyjęcia przez rząd określono na III kwartał 2019 r.

NIK wskazała więc, że Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy trzy lata później niż planowano, a na przekroczenie terminu wpłynął przede wszystkim prawie dwuletni okres rozpatrywania przez Ministerstwo Zdrowia uwag zgłoszonych przez podmioty zewnętrzne. Ministerstwo argumentowało, że zakres zagadnień i obszarów regulowanych ustawą wymagał bardzo szerokich konsultacji i uzgodnień, zważywszy że materia objęta projektem dotyczyła właściwości kilku ministrów. Ponadto prace nad nim zbiegły się z epidemią COVID-19.

NIK zwróciła uwagę na dysproporcję pomiędzy 30-dniowym terminem, jaki mają podmioty zewnętrzne na przesłanie swoich propozycji, a bardzo długim czasem analizowania uwag przez Ministerstwo Zdrowia. Prowadzi to do sytuacji, w których ze względu na zachodzące w tym czasie zmiany prawne i organizacyjne konieczne staje się ponowne opinowanie projektu.

Wnioski pokontrolne

Kontrola NIK wykazała, że wzrost liczby uczelni kształcących na kierunkach medycznych, przede wszystkim lekarskim oraz systematyczny wzrost liczby studentów stwarza ryzyko dotyczące niezapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia. Wymaga to podjęcia odpowiednich działań systemowych, wynikających z długoletniej, przemyślanej strategii kształcenia w zawodach medycznych oraz mechanizmów zapewnienia jego jakości. Ważną rolę w tym procesie powinna odgrywać Polska Komisja Akredytacyjna dokonująca oceny programowej poszczególnych kierunków studiów.

Mając na uwadze liczne ustalenia dokonane w trakcie kontroli „Zasoby kadry medycznej w ochronie zdrowia”, a także ich charakter i skalę, NIK skierowała do Ministra Zdrowia wiele wniosków, z których część ma charakter *de lege ferenda*.

Najwyższa Izba Kontroli wskazała na konieczność przygotowania strategii rozwoju kadr medycznych, wyznaczającej pożądane kierunki zmian systemowych oraz zawierającej mechanizmy monitorowania i okresowej oceny jej wdrażania. Za niezbędne uznano również zapewnienie pełnej i terminowej realizacji działań przewidzianych w strategicznym dokumencie Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Z tą kwestią wiąże się wniosek dotyczący wprowadzenia systemu akredytacji organizatorów kształcenia, obejmującego wszystkie rodzaje kształcenia podyplomowego

³⁶ Dz.U. z 2022 r. poz. 2705.

pielęgniarek i położnych. Izba wskazała na konieczność przeprowadzenia analizy przebiegu dotychczasowych postępowań kwalifikacyjnych na specjalizację w trybie rezydenckim i wprowadzenia rozwiązań zwiększających efektywność naboru. Sprawniejszemu przebiegowi rekrutacji na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny powinno natomiast służyć wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na te kierunki jeszcze przed rozpoczęciem naboru. Za niezbędne NIK uznała także przeprowadzenie kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu przekazanych przez okręgowe rady lekarskie.

W ocenie Izby wskazane jest również zainicjowanie zmiany obowiązującego stanu prawnego w taki sposób, aby normy czasu pracy oraz prawo do odpoczynku były ustalane w odniesieniu do pracownika i uwzględniały łączny czas wykonywania

obowiązków u świadczeniodawców w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od liczby i formy zawartych umów³⁷. Niezbędne jest również podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu medycznego w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

PIOTR WASILEWSKI

doradca ekonomiczny,

AGNIESZKA KALITA

doradca ekonomiczny,

MAŁGORZATA SZCZĘSNA

doradca ekonomiczny,

Departament Zdrowia NIK

³⁷ Wniosek ten NIK sformułowała już w 2015 r. w Informacji o wynikach kontroli NIK: *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, a następnie w 2016 r. w Informacji o wynikach kontroli NIK: *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*. Dotychczas nie został zrealizowany.

Słowa kluczowe: kształcenie kadry medycznej, kształcenie na kierunkach medycznych, jakość kształcenia na kierunkach medycznych, kształcenie położnych i pielęgniarek

Bibliografia:

1. Directorate General for Health and Food Safety, *Green Paper on the European Workforce for Health*, European Commission, Brussels 2008.
2. Lewandowski R., Kożuch A., Sasak J.: *Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018.
3. Shortell S.M., Kaluzny A.D.: *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001.



4. Domagała A.: *Planowanie kadr medycznych – potrzeba czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 11/2013.
5. Golinowska S., Kocot E., Sowa A.: *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 11/2013.

ABSTRACT

Education of Medical Staff – Problems in the Health Sector

Shortage of doctors and other medical experts is a common problem in many countries. Aging societies and high incidence of chronic diseases imply a growing demand for medical services. Moreover, in Poland the age structure of medical personnel is unfavourable, which means that the present generations may not be replaced with the new ones in the largest groups of medical professionals, especially nurses. Over the last years, the number of schools that provide pre-university education has increased, and so has the number of places where persons can take practical specialised courses. Still, the long cycle of professional preparedness will improve the situation in the distant future only. The system of medical staff education should not only provide for an increased number of doctors, but it should also add to the improvement of education quality. The audit conducted by NIK showed that the activities undertaken by the Minister of Health over the last years were *ad hoc*, and they did not provide for effective planning and development of medical staff. The article presents the detailed findings of this audit.

Piotr Wasilewski, economic advisor,
Agnieszka Kalita, economic advisor,
Małgorzata Szczęsna, economic advisor,
Department of Health, NIK

Key words: medical staff education, education at medical departments, quality of education at medical departments, training of midwives and nurses