

POLSKA AKADEMIA NAUK  
Wydział Nauk Medycznych  
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:

## **NIEDOBORY KADR MEDYCZNYCH**

*– Polskie Zdrowie 2.0*

---

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Jerzy Chudek

Mariola Dwornikowska-Dąbrowska

Zbigniew Gaciong

Gilbert Kolbe

Jakub Kosikowski

Bolesław Samoliński

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:

**„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu  
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”**

Policy Brief nr III.4  
wersja preprint

Warszawa, wrzesień 2023 r.

# POLICY BRIEF

## Wprowadzenie

---

System ochrony zdrowia to ważny i rosnący sektor gospodarki. Według raportu OECD *Health at a glance* z 2021 r., poświęconego kadrom w systemie ochrony zdrowia i opieki społecznej, w krajach europejskich daje zatrudnienie co dziesiątemu pracującemu, wykazując dalszy wzrost nawet w okresie kryzysu w latach 2008-2009. Na tym tle Polska wypada niekorzystnie – w ochronie zdrowia i opiece społecznej pracuje 6% zatrudnionych, a dystans względem pozostałych państw wymienianych w raporcie w ciągu dwóch dekad się zwiększa, co było spowodowane stagnacją. To, co powinno niepokoić najbardziej, to brak zmian w kontekście szybkiego starzenia się nie tylko populacji polskiej, ale również kadr medycznych.

Według danych GUS z 2022 r. w systemie ochrony zdrowotnej i pomocy społecznej były zatrudnione 924 454 osoby, przy czym 545 343 osoby w sektorze publicznym, a 379 111 w prywatnym. Sam system ochrony zdrowia zatrudniał 720 089 osób, przy niewielkiej przewadze sektora publicznego (384 058 vs 336 031 osób). Sektor publiczny zatrudniał 28 104 emerytów i rencistów (z czego większość – 22 925 – stanowią kobiety). Znaczaco mniej emerytów i rencistów zatrudniał sektor prywatny (8 356 osób).

Zapewnienie równego dostępu do usług medycznych dla całego społeczeństwa polskiego i skrócenie kolejek oczekujących na usługi pacjentów wymaga podjęcia działań logistycznych – zwiększenia liczby kształcących się pracowników, optymalizacji wykorzystania czasu wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego i odciążenia go od działań pomocniczych oraz administracyjnych. Powoduje to konieczność zwiększenia nakładów na tworzenie nowych etatów, również pomocniczych, i tworzenie nowych zawodów w ochronie zdrowia.

Struktura kadr medycznych jest złożona i obejmuje m.in. lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, psychologów, farmaceutów, dietetyków, diagnostów laboratoryjnych, statystyków medycznych.

Celem opracowania jest przedstawienie problemów kadr medycznych w Polsce. Najważniejsze aspekty dotyczące kadr medycznych, które szczegółowo omówiono poniżej, to:

1.	Starzejące się społeczeństwo polskie i rosnące zapotrzebowanie na świadczenia w ochronie zdrowia wymagają optymalizacji wykorzystania czasu wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego i odciążenia go od działań pomocniczych i administracyjnych.
2.	Niedobory kadry lekarskiej i pielęgniarskiej wymagają nie tylko zwiększenia nakładów na kształcenie kadry, ale również tworzenia zawodów pomocniczych, takich jak asystent lekarza, pomoc pielęgniarki, koordynator świadczeń, itp.
3.	Tworzenie warunków sprzyjających wydłużaniu aktywności zawodowej pielęgniarek może zmniejszyć niedobory kadry pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia.
4.	Porządkowanie kompetencji kadr medycznych oraz premiowanie kształcenia podyplomowego oraz rozszerzania zakresu umiejętności i kompetencji wśród pracowników ochrony zdrowia mogą zwiększyć atrakcyjność zawodów medycznych.
5.	Podjęcie działań w celu zahamowania odpływu kadry z publicznej ochrony zdrowia i ze szpitali (zróznicowanie wynagrodzeń).
6.	Poprawa warunków pracy w ochronie zdrowia poprzez modernizację jednostek ochrony zdrowia, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i satysfakcji z wykonywanej pracy może zahamować emigrację kadry medycznej.

## Struktura kadry medycznej w Polsce na tle krajów europejskich

Zgodnie z prowadzonymi rejestrami branżowymi na koniec 2020 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 153,3 tys. lekarzy; 42,9 tys. lekarzy dentystów; 303,2 tys. pielęgniarek; 39,8 tys. położnych; 36,5 tys. farmaceutów i 17,1 tys. diagnostów laboratoryjnych. Dane te przeszacowują liczbę pracowników medycznych wykonujących zawody, gdyż obejmują również osoby nieaktywne zawodowo (tab. 1).

Tabela 1. Liczba osób (w tys.) posiadających prawo wykonywania zawodów medycznych i aktywnych zawodowo

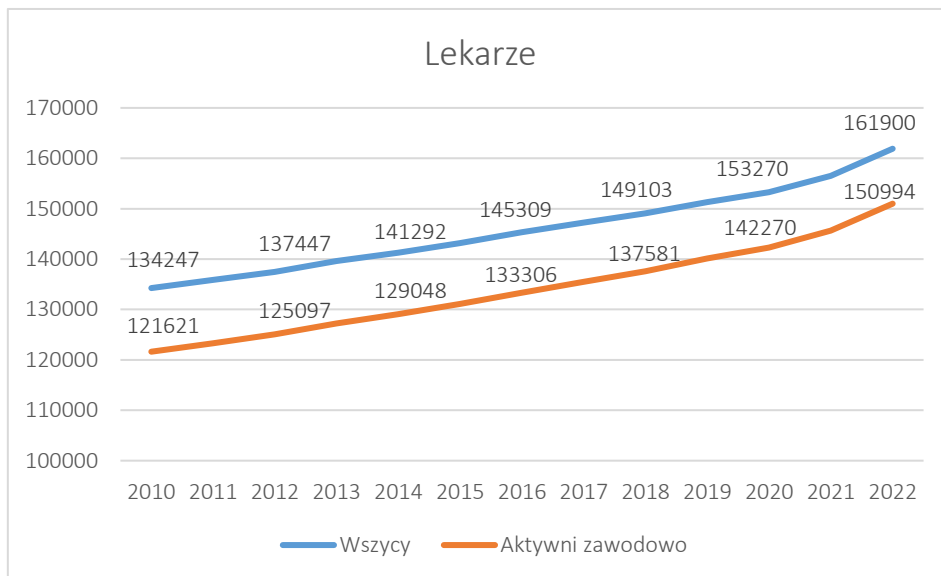
Grupa zawodowa	Posiadający prawo wykonywania zawodu				Aktywni zawodowo
	2010	2015	2020	2023	
Lekarze	134,2	143,2	153,3	162,2	151,3
Lekarze dentyści	37,3	40,2	42,9	44,8	40,3
Pielęgniarki	282,4	285,4	303,2	313,2	236,4
Położne	34,3	36,1	39,8	41,4	29,3
Farmaceuci	28,3	33,1	36,5	---	---
Diagności laboratoryjni	13,0	15,1	17,1	---	---
Ratownicy medyczni	---	---	17,0	---	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu GUS z 2021 r. oraz danych uzyskanych z rejestrów branżowych.

Liczba lekarzy w krajach UE wzrosła z około 1,5 mln w 2010 r. do 1,8 mln w 2020 r. We wszystkich krajach UE liczba lekarzy rosła szybciej niż liczba ludności w ciągu ostatniej dekady, tak więc średnio liczba lekarzy wzrosła z 3,4 na 1 000 mieszkańców w 2010 r. do 4,0 w 2020 r. (Raport OECD z 2022). Na tym tle Polska znajduje się poniżej średniej w krajach UE, chociaż wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu 1 000 mieszkańców wzrósł z 3,3 w 2010 r. do 3,8 w 2020 r., uwzględniając pracujących w wieku emerytalnym. W wartościach bezwzględnych liczba lekarzy aktywnych zawodowo w tym okresie zwiększyła się o 17% (wykres 1). Uwagę zwraca odsetek lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, który wynosił w 2020 r. średnio 20% w UE, a w Polsce 9%.

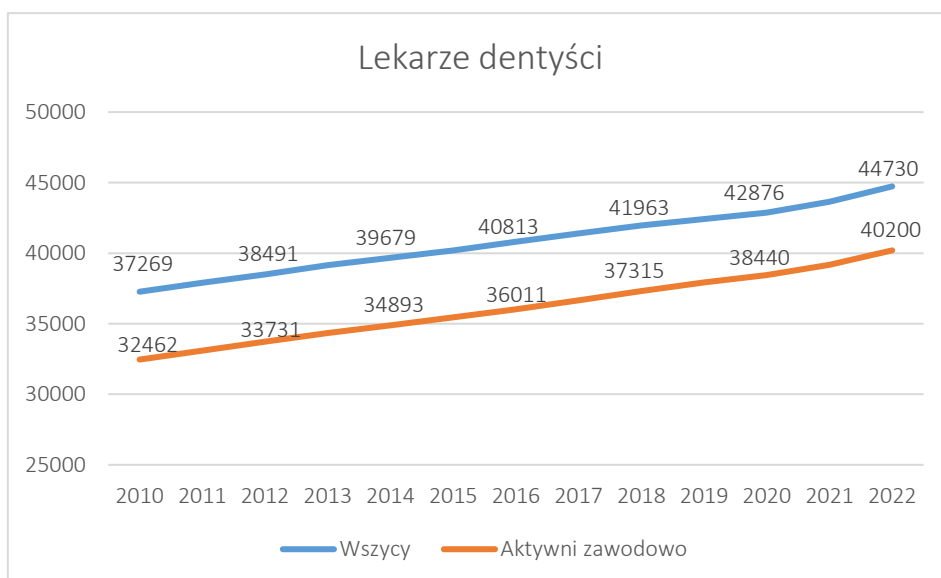
Aż 27% pracujących w UE lekarzy urodziło się w innych krajach niż te, w których pracują (dane za rok 2016, *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*). Przepływy lekarzy są zapewne jeszcze większe. Polska w tym procesie globalizacji jest niestety częściej „eksporterem” niż „importerem”. Lekarzy urodzonych poza Polską pracuje w systemie około 3 tys. (ostatnie dostępne dane z roku 2011), stanowiąc mniej niż 2% posiadających prawo wykonywania zawodu. Polska jest w grupie krajów, które raczej nie przyciągają obcokrajowców z powodu niskich płac.

Znacznie lepszą pozycję zajmuje Polska względem krajów UE co do liczby lekarzy dentyistów. W wartościach bezwzględnych na przestrzeni ostatniej dekady (2010-2020) liczba lekarzy dentyistów aktywnych zawodowo zwiększyła się o 18% (wykres 2). W przeliczeniu na 1 000 mieszkańców liczba lekarzy dentyistów zwiększyła się z 0,9 w roku 2010 do 1,0 w roku 2020. Średnia dla UE w tym okresie wzrosła z 0,7 do 0,8. (Raport OECD z 2022).



Wykres 1. Zmiany liczby lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu oraz aktywnych zawodowo w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy w Polsce.



Wykres 2. Zmiany liczby lekarzy dentyistów posiadających prawo wykonywania zawodu oraz aktywnych zawodowo w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy w Polsce.

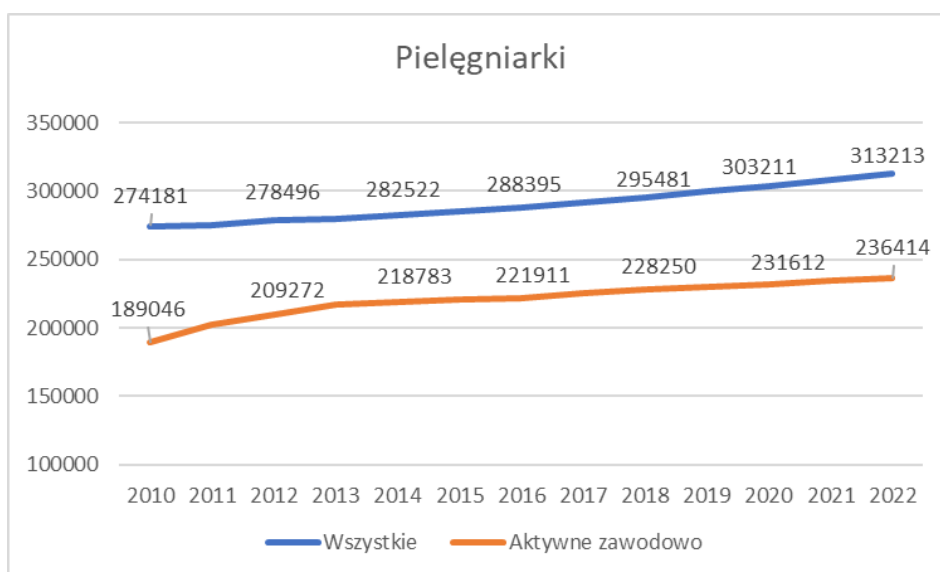
Już obecnie wiele krajów mierzy się z problemem niedoboru pielęgniarek, podczas gdy połowa pielęgniarek zbliża się do wieku emerytalnego. W nadchodzących latach oczekiwany jest dalszy wzrost zapotrzebowania na pracę pielęgniarek ze względu na starzenie się społeczeństw. W wielu krajach zwiększenie wskaźnika pracujących pielęgniarek w zawodzie po osiągnięciu wieku emerytalnego pozwala uniknąć zaostżenia istniejących niedoborów. Niektóre kraje korzystają na rekrutacji międzynarodowej w celu rozwiązania problemu niedoborów pielęgniarek, zaostżając braki w tych krajach, z których te pielęgniarki są rekrutowane. Udział pielęgniarek-immigrantek w krajach OECD wynosił 16%, a ich liczba sięgała 550 tys. w 2016 r.

Niestety Polska należy do grupy krajów z których pielęgniarki i położne są rekrutowane do pracy w bardziej zasobnych systemach opieki zdrowotnej. Spośród pielęgniarek pracujących w Polsce w roku 2016 tylko 595 urodziło się poza granicami naszego kraju, w porównaniu 218 tys. w Niemczech. Wzrost wynagrodzeń pielęgniarek w krajach Europy Wschodniej (w tym w Polsce) przy stagnacji wynagrodzeń w krajach Europy Zachodniej może zahamować ten proces (Raport OECD z 2021). Od roku 2018 obserwowany jest wzrost liczby pielęgniarek i położnych pracujących w Polsce, które nie posiadają narodowości polskiej i pochodzą spoza Unii Europejskiej (głównie z Ukrainy). Liczba ta wrosła z 204 do 1474 na koniec 2022 r. Jednak ta grupa pielęgniarek i położnych stanowi jedynie 0,4% zarejestrowanych w Izbie Pielęgniarskiej.

W krajach UE w roku 2020 na 1 000 mieszkańców przypadało średnio 8,3 pielęgniarki, co oznacza wzrost o 0,8 w porównaniu z rokiem 2010, kiedy ten wskaźnik wynosił 7,5. Raport OECD z roku 2021 wskazuje, że Polska należy do krajów UE z jednym z najniższych wskaźników: 5,1 na 1 000 mieszkańców. Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskazują na powolny wzrost tego wskaźnika na przestrzeni ostatniej dekady również w Polsce. Na koniec roku 2022 wskaźnik ten wynosił 6,3 pielęgniarki (aktywnych zawodowo) na 1 000 mieszkańców. Zwiększa się również liczba położnych (wykresy 3 i 4).

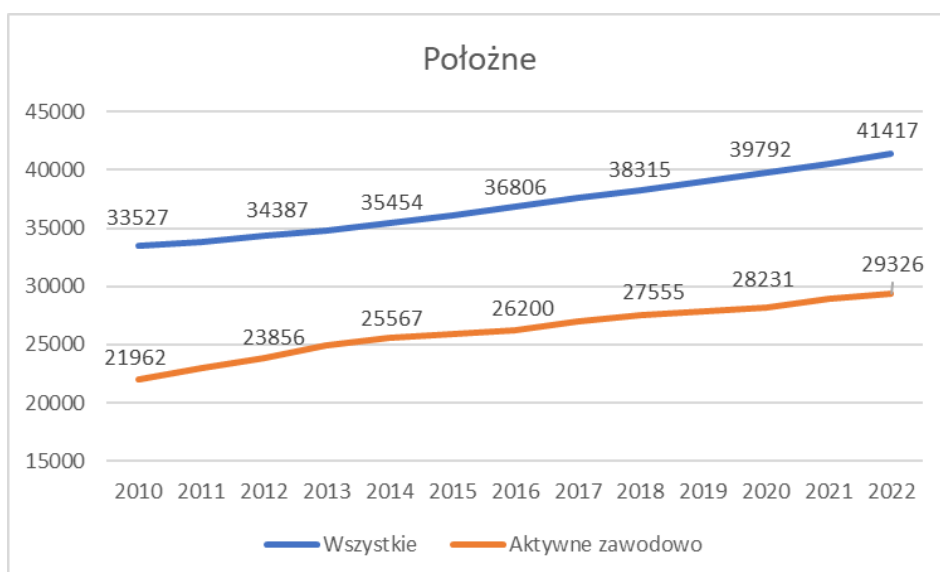
Uprawnionych do wykonywania zawodu farmaceuty w 2020 r. w Polsce było ponad 36 tys. osób. Liczba farmaceutów nadal rośnie, chociaż w ostatnich latach tempo wzrostu wyraźnie malało. Prawie 78% z nich pracuje w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

Według danych GUS na koniec 2022 r. działalność prowadziło 11,7 tys. aptek ogólnodostępnych i zakładowych, a także 1,1 tys. punktów aptecznych zatrudniających 25,8 tys. magistrów farmacji i 32,1 tys. techników farmaceutycznych. 83,3% magistrów farmacji i 94,6% techników farmaceutycznych stanowią kobiety. Średnio na jedną placówkę przypadało tylko 2,9 tys. osób, przy średniej dla UE – 4,6 tys. Nawet związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek wskazuje, że aptek w Polsce, zwłaszcza w miastach, jest zbyt dużo, a ich liczba powoli zmniejsza się.



Wykres 3. Zmiany liczby pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu oraz aktywnych zawodowo w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.



Wykres 4. Zmiany liczby położnych posiadających prawo wykonywania zawodu oraz aktywnych zawodowo w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

Zawód ratownika medycznego został powołany w Polsce w 2006 r. na wzór funkcjonującego w krajach Europy Zachodniej – *paramedics*. Tytuł zawodowy i uprawnienia ratownika medycznego uzyskuje się po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich. Natomiast po ukończeniu wyższych studiów łącznie 5-letnich uzyskuje się tytuł zawodowy magistra na kierunku ratownictwo medyczne.

W 2020 r. zarejestrowanych było 17 tys. ratowników medycznych, w tym 6,8 tys. ratowników z wyższym wykształceniem, w tym 0,6 tys. osób z wykształceniem wyższym magisterskim (w odniesieniu do wszystkich ratowników osoby te stanowiły odpowiednio 45% oraz 4,2%). W porównaniu z rokiem 2010 odnotowano wzrost liczby ratowników i zwiększenie odsetka osób z wykształceniem wyższym (w roku 2010 21,6% posiadało wykształcenie wyższe licencjackie, a 2,9% magisterskie). Większość ratowników medycznych pracuje w systemie ratownictwa medycznego – 11 tys. Stopniowo zmniejsza się liczba pielęgniarek (1,1 tys.) i lekarzy (0,4 tys.) systemu ratownictwa medycznego.

W ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2022 r. funkcjonowały 1 592 zespoły ratownictwa medycznego, z czego 1 271 podstawowych i 321 specjalistycznych. Odnotowano dalszy spadek liczby zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zespołów podstawowych. Obserwowane zmiany prowadzą do przeniesienia obciążenia w udzielaniu pomocy medycznej na oddziały ratunkowe i izby przyjęć. Okres pandemii COVID-19 uwidocznił ograniczenia wydolności oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w przypadku zwiększonej liczby interwencji.

Diagności laboratoryjni to grupa zawodowa obsługująca obecnie 2 734 laboratoriów diagnostycznych zarejestrowanych w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. Rozwój diagnostyki laboratoryjnej wraz z dalszą automatyzacją jest kluczowy dla dalszego rozwoju medycyny. Liczba diagnostów laboratoryjnych wzrosła w ciągu ostatniej dekady o ponad 30%. Największy niedobór dotyczy wyspecjalizowanych diagnostów, których jest tylko ok. 4 tys.

Fizjoterapeuci są w Polsce trzecią co do liczebności medyczną grupą zawodową, relatywnie młodą (średni wiek wynosi 38 lat). Na koniec 2022 r. w Polsce zarejestrowanych było 75 tys. fizjoterapeutów, w tym 54,8 tys. ukończyły studia magisterskie, 12,2 tys. ukończyło studia licencjackie, a 8,3 tys. to technicy. Tylko 25% fizjoterapeutów pracuje w placówkach świadczącej usługi fizjoterapeutyczne wyłącznie w oparciu o kontrakt z NFZ, zaś pozostali pracują wyłącznie lub między innymi w placówkach świadczących usługi poza NFZ. Liczba fizjoterapeutów na 1 000 mieszkańców w Polsce (2,05 na 1 000 mieszkańców) nie odbiega od średnich w krajach europejskich.



## Problemy kadry lekarskiej w Polsce

---

Dane Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) pokazują, że kadra lekarska starzeje się (wzrasta odsetek emerytów wśród aktywnych zawodowo) i ulega postępującej feminizacji. W ciągu ostatniej dekady odsetek kobiet wśród czynnych zawodowo lekarzy zwiększył się z 56,5% w 2012 r. do 58,9% w 2022 r. Proces feminizacji grupy zawodowej lekarzy jest jeszcze bardziej zaznaczony w grupach najmłodszych. Proces ten jest konsekwencją uzyskiwania wyższych wyników z matury z biologii przez kobiety i rosnącego ich odsetka wśród przyjmowanych na kierunek lekarski.

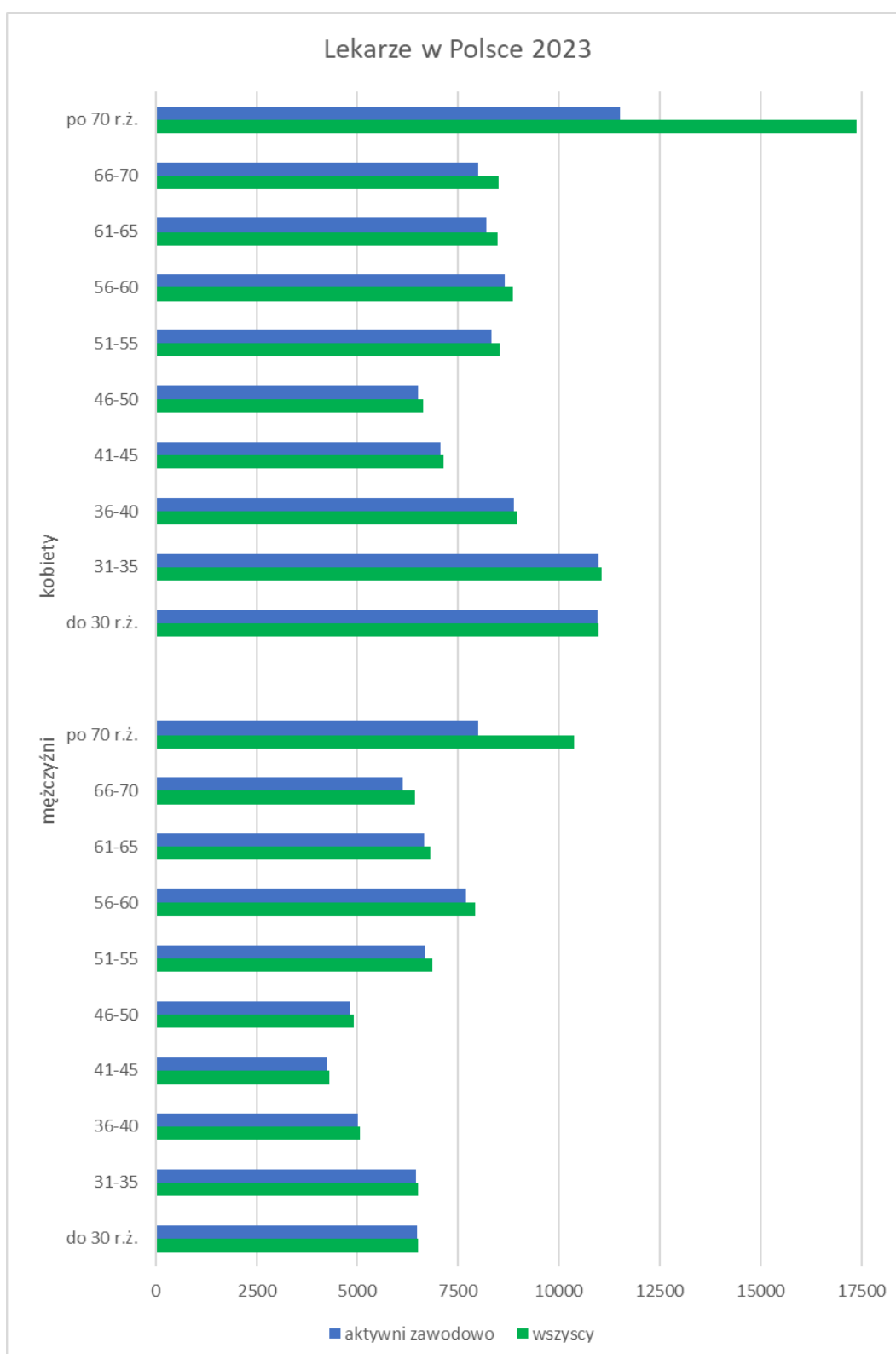
Wśród lekarzy dentystów kobiety stanowią obecnie 75,0% aktywnych zawodowo, trend postępującej feminizacji uległ w ostatnich latach odwróceniu, gdyż odsetek ten w 2012 r. był wyższy i wynosił 76,3%.

Obserwowane jest powiększanie się skupisk lekarskich w dużych miastach. Lekarze mają częściej problem z założeniem rodziny poza dużymi miastami, gdyż trudniej im znaleźć „dorównujących” wykształceniem partnerów. Lekarze pochodzący ze wsi i małych miast częściej osiedlają się w dużych miastach ze względu na dostęp do usług, w tym edukacyjnych, oraz przeświadczenie, że w miastach powiatowych dzieci nie uzyskają odpowiedniej edukacji i statusu.

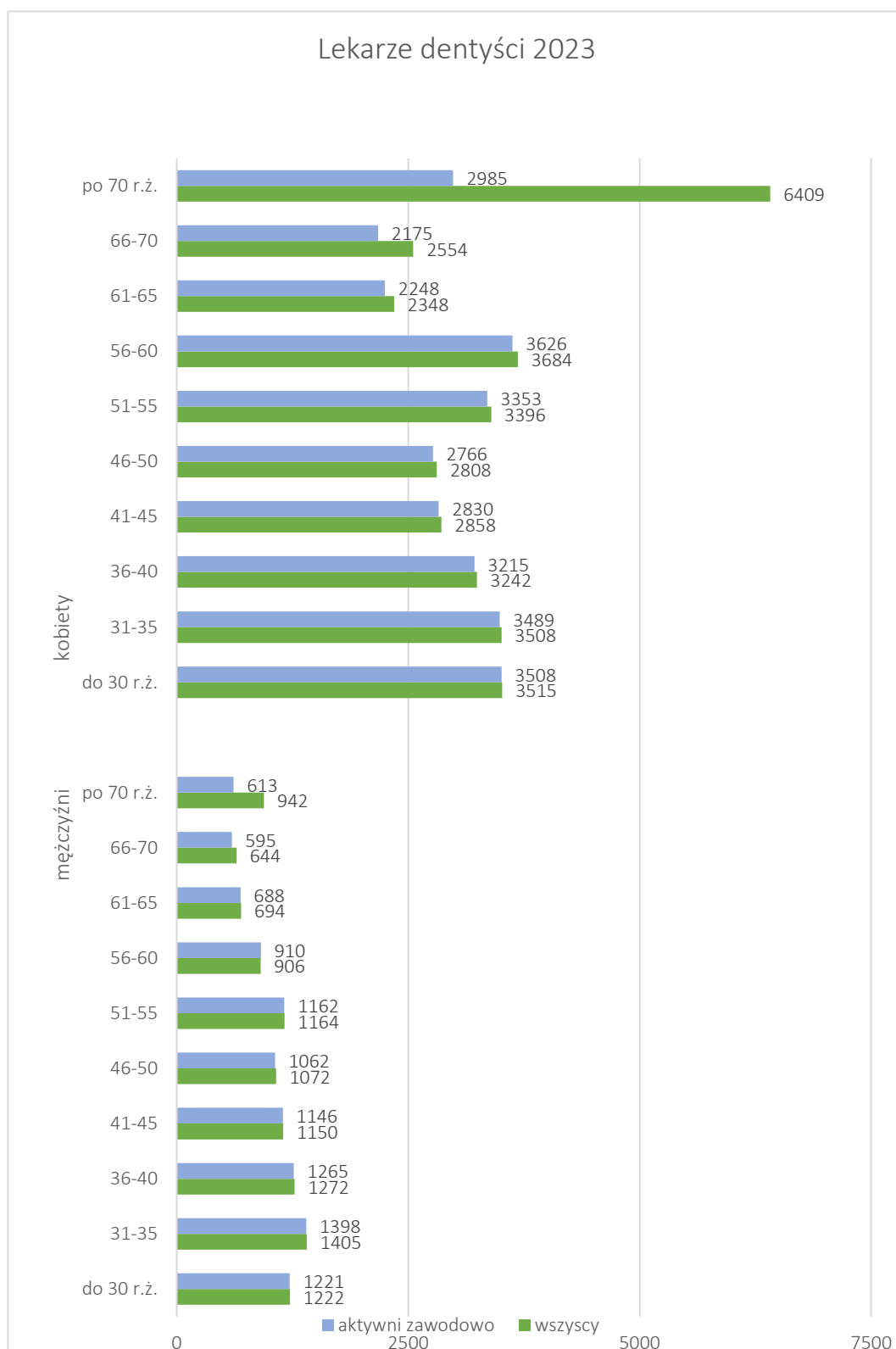
Wydłuża się okres aktywności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Według danych NIL obecnie wśród lekarzy aktywnych zawodowo mężczyzn po 65 r.ż. jest 77% (60% w roku 2012), a kobiet po 60 r.ż. – 66% (46% w roku 2012). Wśród lekarzy dentystów to odpowiednio 65% mężczyzn (50% w roku 2012) i 47% kobiet (28% w roku 2012). Lekarze w wieku emerytalnym znacząco wspierają system ochrony zdrowia. Udział procentowy tej grupy lekarzy zwiększył się z 14,5% mężczyzn i 21,0% kobiet w 2012 r. do aż 22,7% i 31,1% w 2023 r. Starsi lekarze napotykać na nowe bariery wynikające z upowszechniania się nowych technologii związanych z informatyzacją i rozwojem telemedycyny, co może powodować skrócenie okresu aktywności zawodowej.

Z powodu emigracji absolwentów i młodych lekarzy, która nastąpiła po okresie transformacji gospodarczej, obserwuje się w rozkładzie wiekowym kadr medycznych mały udział lekarzy w wieku 41-50 lat. Takiej dysproporcji nie widać wśród lekarzy dentystów (wykresy 5 i 6).

Naczelna Izba Lekarska na podstawie wydawanych dla lekarzy zaświadczeń ocenia, że ponad 15 tys. polskich lekarzy pracuje za granicą. Skutki medycznego ubytku emigracyjnego dla Polski są gorsze niż opisujące go same liczby. Wydaje się, że w poszukiwaniu lepszych zarobków i spełnienia zawodowego wyjechali pracownicy bardziej przebojowi, zdeterminowani, gotowi do ciężkiej pracy. Pandemia COVID-19 i wzrost wynagrodzeń w roku 2020 przejściowo wyhamowały ten proces.



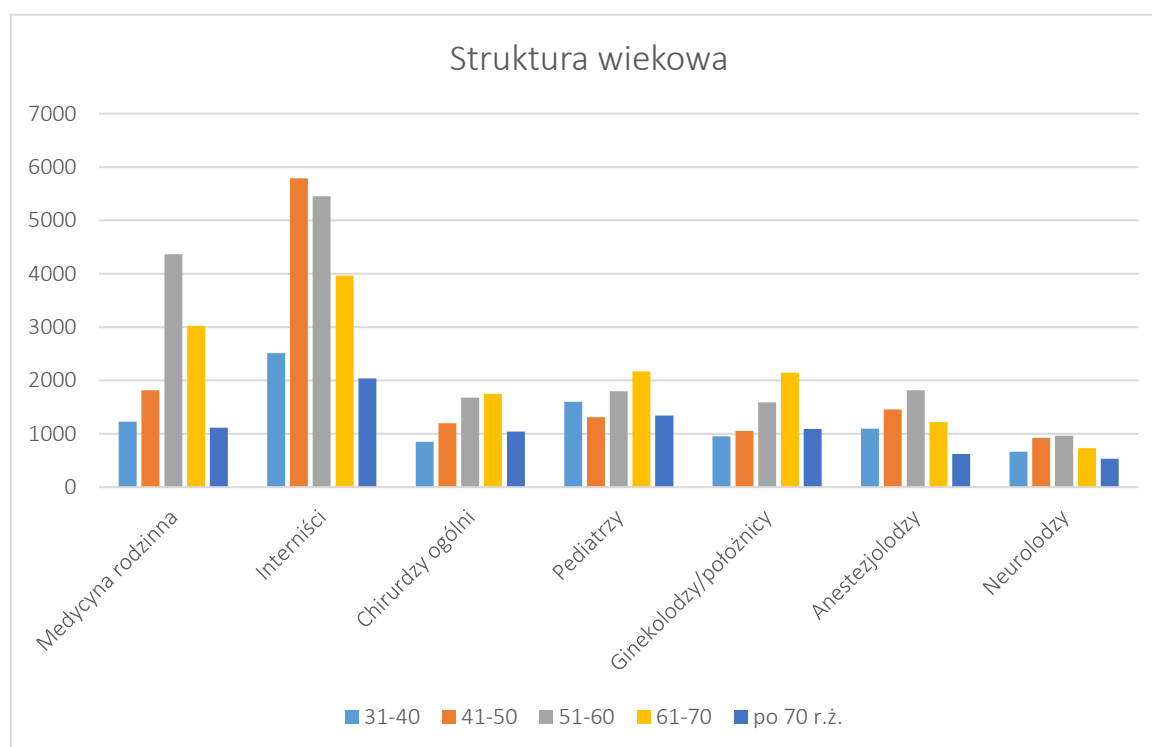
Wykres 5. Struktura wiekowa wszystkich i aktywnych zawodowo lekarzy  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NIL 2023.



Wykres 6. Struktura wiekowa wszystkich i aktywnych zawodowo lekarzy dentyków  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NIL 2023.

Niedobory kadrowe widać zwłaszcza wśród specjalistów w wieku 41-50 lat w tym kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – internistów, pediatrów, chirurgów ogólnych, ginekologów-położników (wykres 7). Może to skutkować koniecznością zamykania oddziałów szpitalnych w ciągu najbliższych lat.

Młodzi lekarze coraz częściej wybierają pracę w otwartej służbie zdrowia – bez konieczności pełnienia dyżurów szpitalnych, co pogłębia niedobór lekarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych – jak również w placówkach niepublicznych, które oferują lepsze warunki zatrudnienia i wyższe płace.



Wykres 7. Struktura wiekowa wybranych grup specjalistów mających znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NIL 2023.

Wzrasta liczba osób studiujących medycynę w Polsce. Proces ten rozpoczął się w roku 2007, a największy skok zanotowano między rokiem 2009 a 2013. Pomijając kształcenie w języku angielskim, z powodu małego prawdopodobieństwa podjęcia pracy w polskim systemie ochrony zdrowia, w 2007 lekarze byli kształceni przez 11 uczelni, które oferowały 2 610 miejsc stacjonarnych i 518 niestacjonarnych w języku polskim (łącznie 3 128). W 2015 r. uczelnie dysponowały 3 529 miejscami stacjonarnymi i 1 048 niestacjonarnymi w języku polskim (łącznie 4 577). W 2021 r. lekarzy kształciło już 21 uczelni, liczba miejsc stacjonarnych wzrosła do 5 022, a niestacjonarnych w języku polskim do 1 239 (łącznie 6 261). W tym samym czasie wzrosła również liczba miejsc na wydziałach lekarsko-dentystycznych z 871 (rok 2007) przez 1 362 (rok 2015) do 1 408 (rok 2021). Otwierane są kolejne wydziały lekarskie w uczelniach nie

posiadających zaplecza dydaktycznego i kadr nauczycieli akademickich, zwykle zakładające wykorzystanie potencjału szpitali wojewódzkich. Rodzi to uzasadnione obawy o jakość kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków.

Wraz ze wzrostem liczby studiujących wrastała liczba absolwentów: w 2010 r. absolwentów było 2 626, w 2015 r. – 3 983, a w 2021 r. – 4 123. Wzrost jest znaczący i daje nadzieję na zastąpienie starzejącej się kadry lekarskiej. Jednak liczba absolwentów kierunków lekarskich w Polsce cały czas utrzymuje się poniżej średniej OECD.

Ważnym aspektem jest zapewnienie kształcenia podyplomowego lekarzy, zachęcenie ich do kształcenia na kierunkach istotnych dla systemu ochrony zdrowia.

Jesienią 2022 r. kształcenie specjalistyczne rozpoczęło 1 950 lekarzy (dane NIL). Wśród 76 kierunków specjalizacji najczęściej lekarzy rozpoczęło szkolenie w zakresie chorób wewnętrznych (162), medycyny ratunkowej (104), neurologii (103), onkologii (87), rehabilitacji medycznej (85). Zbyt małym zainteresowaniem cieszy się chirurgia ogólna (64) czy geriatryka (32).

Problemem pozostają zarobki lekarzy, zwłaszcza specjalistów. W Polsce zarobki lekarzy rodzinnych przekroczyły dwukrotność średniej krajowej, natomiast wynagrodzenia specjalistów oscylują wokół 1,4 średniej krajowej. Dla porównania w Niemczech wskaźniki te wynoszą odpowiednio 4,4 oraz 5,4; w Wielkiej Brytanii zaś od 3,1 do 3,3 średniej płacy w danym kraju (Raport OECD).

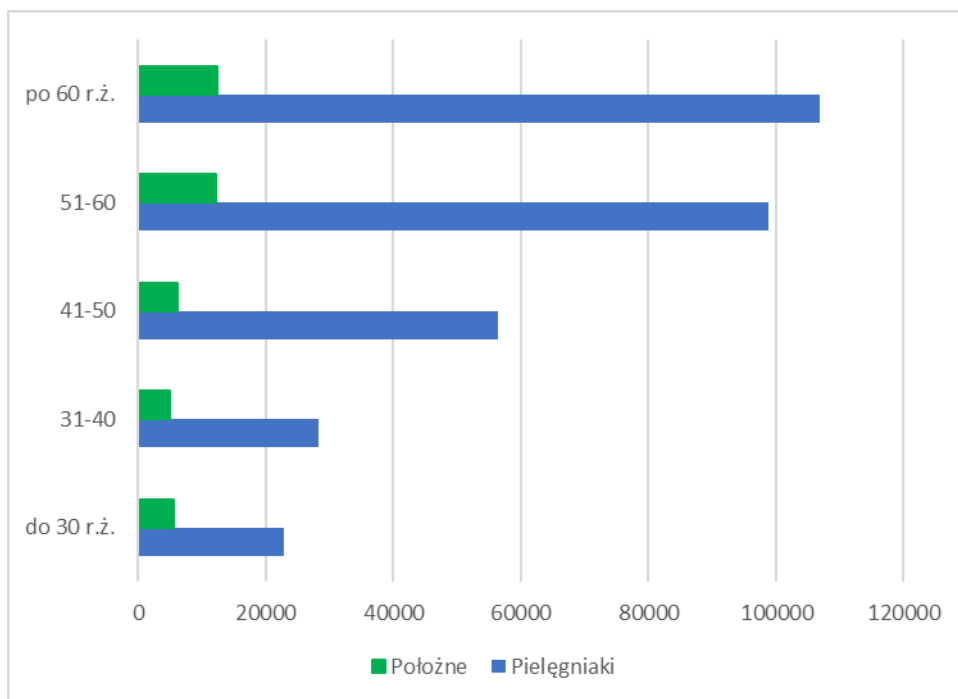
Wprowadzenie ustawy o minimalnych wynagrodzeniach dla personelu medycznego w 2021 r. przyczyniło się do zmiany tych trendów. Obecnie poziom 1,45 średniej krajowej dotyczy minimalnego wynagrodzenia dla lekarza specjalisty. Z uwagi na inne dodatki i pełnione dyżury dochody brutto za pracę w wymiarze czasu znacznie przekraczającym 40 godzin tygodniowo, przy zatrudnieniu na umowę o pracę sięga poziomu do 2,8 – a w przypadku świadczenia pracy w ramach umowy cywilnoprawnej – indywidualnej praktyki lekarskiej, są odpowiednio wyższe i przekraczają poziom 3,1 przeciętnego wynagrodzenia (dane szpitalne z roku 2023).

## Problemy kadry pielęgniarskiej i położnych w Polsce

---

Zawód pielęgniarki pozostaje silnie sfeminizowany, chociaż w ostatnich latach obserwowany jest wzrost wykonujących **ten** zawód mężczyzn (2,8% w roku 2022). Zawód położnej wykonują prawie wyłącznie kobiety (99,8%).

Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) pokazują szybkie starzenie się pielęgniarek i położnych. Średni wiek od roku 2010 wzrósł z 45 do 54 lat w przypadku pielęgniarek i z 44 do 51 lat w przypadku położnych. Ten szybko postępujący proces jest konsekwencją niewielkiego odsetka pielęgniarek i położnych w wieku poniżej 50 lat – odpowiednio 34,3% i 40,5% (wykres 8).



Wykres 8. Struktura wiekowa pielęgniarek i położnych na koniec 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NIPiP 2023.

Obecnie 34,1% pielęgniarek i 30,1% położnych zarejestrowanych w NIPiP osiągnęło ustawowy wiek emerytalny.

Aktywnych zawodowo jest 75,5% zarejestrowanych pielęgniarek i 70,8% zarejestrowanych położnych, co wskazuje na niewielką grupę aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych po osiągnięciu wieku emerytalnego. W ciągu najbliższych lat duże grupy pielęgniarek będą osiągały wiek emerytalny, a młodsze roczniki są zbyt mało liczne, aby zastąpić związany z procesem starzenia się ubytek kadr. Rozwiązaniem problemów kadrowych jest nie tylko zwiększenie atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej, ale również zachęcenie do dalszej pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego. Trudno obecnie ocenić, czy wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych w roku 2022 i 2023 zwiększy nabór na kierunek pielęgniarski w kolejnych latach. Ten wzrost wynagrodzeń nie obejmuje pielęgniarek zatrudnionych poza zakładami ochrony zdrowia, np. w służbie więziennej czy w domach pomocy społecznej.

Pewnym rozwiązaniem niedoborów kadrowych pielęgniarek byłoby zatrudnienie w placówkach stacjonarnych opiekunek, które nie posiadając wykształcenia pielęgniarskiego (medycznego), mogłyby stanowić wsparcie dla pielęgniarek w sprawowaniu opieki nad pacjentami zależnymi / obłożnymi pod nadzorem pielęgniarki. Proces wykorzystania opiekunów medycznych i ich zatrudnianie w placówkach szpitalnych są już obserwowane.

Pielęgniarki i położne wciąż emigrują, jednak liczba wydawanych zaświadczeń na potrzeby uznania kwalifikacji zmniejsza się od roku 2015 (wydano 1 527 zaświadczeń). W latach 2020-2022 liczba wydawanych zaświadczeń wynosiła ok. 300-350 rocznie.

Ponad połowa pielęgniarek i położnych w 2020 r. miała wykształcenie wyższe. Pielęgniarki i położne z wykształceniem średnim i wyższym często pracują na tych samych stanowiskach i mają podobny zakres obowiązków, co rodzi napięcia płacowe w tych grupach zawodowych.

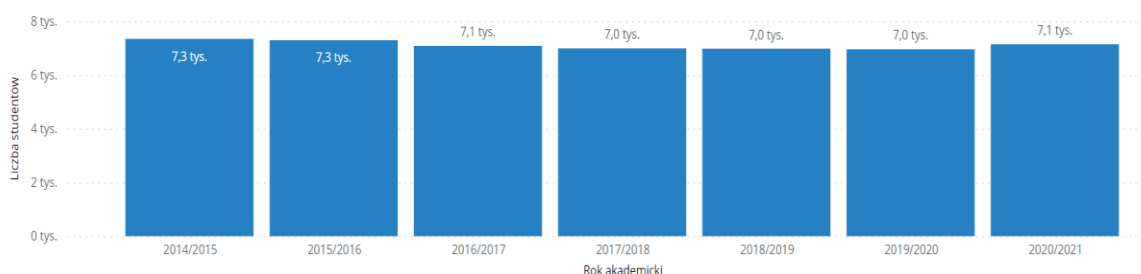
Pielęgniarki i położne nie tylko uzupełniają wykształcenie wyższe w ramach kształcenia niestacjonarnego na kierunku pielęgniarskim, ale również zdobywają specjalizacje szczegółowe. Na koniec 2022 r. specjalizacje posiadało 93 039 pielęgniarek i położnych (26,3%). Wśród posiadanych specjalizacji najpopularniejsze są organizacja i zarządzanie (1 608) oraz pielęgniarstwo epidemiologiczne (1 608).

Pielęgniarki, zwłaszcza pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej, obawiają się rozszerzenia zakresu kompetencji wzorem państw zachodnich, gdzie mogą orzekać o krótkotrwałej niezdolności do pracy czy leczyć choroby zakaźne, zwłaszcza w sezonie jesiennym oraz wiosennym. W warunkach niedoborów kadrowych stanowiłoby to ogromne dodatkowe obciążenie dla pielęgniarek tam pracujących.

## Problemy farmaceutów w Polsce

Liczba farmaceutów w Polsce nie jest zbyt duża wobec planu wprowadzania opieki farmaceutycznej. Trudno ocenić odsetek farmaceutów nieaktywnych zawodowo, ponieważ Centralny Rejestr Farmaceutów nie udostępnia danych statystycznych.

Obecnie zawód farmaceuty nie jest już atrakcyjny, a absolwenci farmacji nie chcą pracować w aptekach. Limit przyjęć na wydziałach farmacji na przestrzeni ostatnich lat jest stały przy jednoczesnym obniżaniu punktowych progów przyjęć. Zdarza się, że jeśli uczelnie mają problem z wypełnieniem miejsc, to jeszcze bardziej obniża się liczbę punktów umożliwiających dostanie się na farmację. Przez to kierunek staje się coraz mniej prestiżowy, choć liczba studentów kształcących się na tym kierunku w 12 uczelniach w Polsce jest względnie stała (wykres 9).



Wykres 9. Liczba studentów kierunku farmacja

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (Mapy potrzeb zdrowotnych).

Zmiany roli farmaceutów w systemie ochrony zdrowia następują bardzo powoli i napotykać bariery. Następuje przeorientowanie ich zainteresowań ukierunkowanych ściśle na wytwarzanie i dystrybucję leków w kierunku aktywnego rozpoznawania i zaspokajania potrzeb lekowych pacjentów oraz zapewniania im skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii. Jednak program studiów na farmacji nie uległ zmianie na przestrzeni 40 lat i odbiega od zmieniających się celów kształcenia, a obecna struktura polskiego systemu ochrony zdrowia wciąż nie tworzy etatów dla farmakologów klinicznych. Istnieje również wśród reprezentantów innych grup zawodowych współtworzących system ochrony zdrowia mała świadomość na temat tej dziedziny oraz przekonanie o braku korzyści ekonomicznych związanych z wprowadzeniem takiego stanowiska w struktury szpitalne. W chwili obecnej nadzór nad farmakoterapią i żywieniem pełnią sami lekarze, a osoby posiadające specjalizację z farmacji klinicznej w głównej mierze są pracownikami aptek szpitalnych. Jednak obowiązki wynikające z miejsca zatrudnienia najczęściej uniemożliwiają włączenie się w aktywność zespołu terapeutycznego.

Zatrudnienie farmakologów klinicznych w oddziałach szpitalnych w największym stopniu mogłoby poprawić bezpieczeństwo terapii. Farmaceuci mogliby również odciążać pielęgniarki w zakresie dystrybucji leków na oddziałach szpitalnych i wesprzeć przynajmniej niektóre zespoły lekarskie w zakresie preskrypcji, np. żywienia parenteralnego zalecanego przez lekarzy.

Obecnie brak mechanizmów, które miałyby skłonić dyrektorów szpitali do zatrudniania większej liczby farmaceutów. Konieczne byłyby zmiany w systemie finansowania szpitali poprzez wprowadzenie projekcyjnej wyceny punktów rozliczeniowych, uwzględniających zatrudnienie farmakologów klinicznych w oddziałach szpitalnych, a w drugiej kolejności utworzenie stosownych kierunków na wydziałach farmaceutycznych.

## Problemy diagnostów laboratoryjnych w Polsce

---

Diagności laboratoryjni przez lata byli najniżej opłacaną grupą zawodową wśród zawodów medycznych. To doprowadziło do sytuacji, że na 11 uczelniach medycznych, kształcących na kierunku analityka medyczna, dopływ absolwentów liceów spadał. Wzrost wynagrodzeń diagnostów laboratoryjnych w ostatnich latach – uwzględniając podwyżkę wynagrodzeń od 1 lipca 2023 do 88% średniej krajowej dla diagnostów bez specjalizacji i 111% średniej krajowej dla specjalistów – zwiększa atrakcyjność i prestiż tego zawodu.

Środowisko diagnostów laboratoryjnych czeka na sprecyzowanie wymogów kwalifikacyjnych uprawniających do pracy na stanowisku starszego diagnosty – obejmujących posiadanie specjalizacji. Zgodnie z postulatami środowiska poziom wynagrodzeń powinien motywować do podejmowania świadomych decyzji o przyszłości zawodowej, uzyskiwania specjalizacji i przede wszystkim o pozostaniu w kraju.



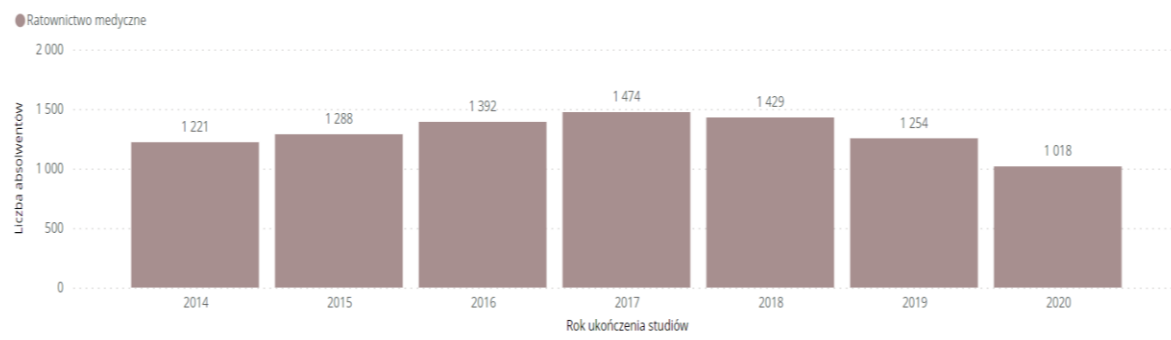
Nadchodzące lata przyniosą wzrost liczby zleczanych badań, wynikający z narastającej liczby usług medycznych. Ponadto dalszy postęp w diagnostyce przyniesie rozszerzenie listy badań w zakresie badań genetycznych i wirusologicznych. Pojawi się również konieczność szerszego konsultowania wyników badań i planowania dalszej diagnostyki. Zaspokojenie tych potrzeb będzie wymagało zwiększenia przez laboratoria centralne zatrudnienia wysoko wykwalifikowanych diagnostów.

Niewykorzystanymi zasobami ludzkimi są biotechnolodzy. Ta grupa zawodowa, borykająca się z trudnościami w znalezieniu pracy, mogłaby łatwo zostać przeszkolona w zakresie diagnostyki laboratoryjnej w ramach studiów pomostowych zakończonych uzyskaniem dyplomu (licencjat).

## Problemy ratowników medycznych w Polsce

Liczba ratowników medycznych w Polsce nie jest zbyt duża. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych nałożyła obowiązek wpisu do tworzonego rejestru w ciągu 2 lat.

Z bazy danych o liczbie absolwentów kierunku ratownictwo medyczne publikowanej na stronie [www.basiw.pl](http://www.basiw.pl) przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że liczba absolwentów tego kierunku wzrastała w latach 2014-2017, a następnie zaczęła się obniżać (wykres 10). W roku akademickim 2020/2021 ratowników medycznych kształciło 47 uczelni w Polsce.



Wykres 10. Liczba absolwentów kierunku ratownictwo medyczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (Mapy potrzeb zdrowotnych).

Głównym problemem ratowników medycznych pozostają płace, które należą do najniższych w Europie. Od 1 lipca 2023 r. wysokość wynagrodzenia to 5 965 PLN. Być może ta podwyżka zahamuje emigrację zarobkową.

Tocząca się dyskusja dotycząca uprawnień tej grupy zawodowej zaowocowała wejściem w życie dodatkowych zarówno uprawnień, jak i obowiązków z dniem 22 czerwca 2023 r., co może w przyszłości rodzić dodatkowe problemy kompetencyjne.

## Problemy fizjoterapeutów w Polsce

---

Fizjoterapeuci należą do sfeminizowanych zawodów medycznych – 74% to kobiety. Przez lata ta grupa zawodowa była źle wynagradzana, co spowodowało odpływ kadry z placówek NFZ do placówek świadczących usługi poza systemem NFZ, zlokalizowanych głównie w miastach. Od 1 lipca 2023 r. fizjoterapeuci otrzymali podwyżkę, która jednak nie obejmuje tych pracujących w domach opieki społecznej czy w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Fizjoterapeuci uzyskują tytuł zawodowy po ukończeniu różnych uczelni – zarówno uniwersytetów medycznych, jak i szkół zawodowych. Na kierunku tym kształcą w Polsce 62 uczelnie (wg danych MZ – mapy potrzeb zdrowotnych). Nie ma systemu weryfikacji uzyskanych umiejętności i wiedzy poprzez państwowy egzamin końcowy. Nie ma finansowania ze strony budżetu szkolenia podyplomowego, co powoduje, że niewielka liczba absolwentów rozpoczyna specjalizację, natomiast powszechnie oferowane są kursy, których jakość nie podlega ocenie.

Starzenie się populacji powoduje wzrost zapotrzebowania na zabiegi fizjoterapeutyczne i wydłużanie się kolejek w placówkach NFZ, co zwiększa odczucie nierówności w dostępie do tych usług. Tylko częściowo problem rozwiązuje ulga rehabilitacyjna, pozwalająca na odliczenie poniesionych kosztów na rehabilitację przez osoby z orzeczoną niepełnosprawnością. Z pewnością sytuacji tej nie wspiera niewystarczający poziom refinansowania kosztów rehabilitacji przez płatnika publicznego – NFZ i ograniczony budżet przeznaczony na rehabilitację w ramach finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych, stanowiący w roku 2023 jedynie 4% wartości kosztów świadczeń (zmniejszenie w porównaniu do roku 2022 o 0,2%). Brak wystarczającego poziomu finansowania tych świadczeń w ramach systemu publicznego oraz poziom budżetu przeznaczony na finansowanie rehabilitacji, stanowi główną przyczynę odpływu kadry do systemu niepublicznego i pogłębiający się niekorzystny wpływ na poziom wskaźnika jakości stanu zdrowia społeczeństwa DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). Odpowiedni poziom wykorzystania kadr medycznych, jakimi są fizjoterapeuci, w powiązaniu ze zmianą organizacji świadczeń mogłyby się w znaczący sposób przyczynić do poprawy jednej z głównych przyczyn obniżających jakość życia w Polsce w porównaniu z krajami UE.

## Problemy statystyków medycznych i koordynatorów

---

Studia na kierunku zdrowie publiczne w roku akademickim 2014/2015 wg danych Ministerstwa Zdrowia prowadziło 35 uczelni w Polsce. W roku akademickim 2020/2021 liczba uczelni oferujących ten kierunek wyniosła 21, a kształcą one asystentów osób starszych, epidemiologów i biostatystyków, higienistów dentystycznych, monitorów badań klinicznych, specjalistów ochrony zdrowia pracujących. Absolwenci tych studiów pozwalają na zaspokajanie potrzeb kadrowych jednostek ochrony zdrowia.

Rosnące potrzeby kadrowe jednostek służby zdrowia wynikają z konieczności wprowadzania koordynowania opieki nad pacjentami i rozliczenia coraz bardziej złożonych procedur medycznych i programów lekowych. Ponadto rozbudowująca się dokumentacja medyczna stwarza konieczność stworzenia etatów dla asystentów lekarza ds. dokumentacji medycznej w celu odciążenia od pracy administracyjno-biurowej lekarzy.

Tworzenie etatów pomocniczych w jednostkach służby zdrowia ograniczają finanse i bariery prawne. Bariery finansowych nie będzie można pokonać bez wprowadzenia do systemu osobnego świadczenia związanych z koordynacją i działań profilaktycznych z przypisanym mu finansowaniem. Brak tego rozwiązania skutkuje już obecnie mniejszym zainteresowaniem tym kierunkiem wśród absolwentów szkół średnich.

Niestety, nie są prowadzone stosowne rejestry i monitorowanie losów absolwentów tego kierunku, co skutkuje tym, że obecnie brak jest danych o liczbie specjalistów zdrowia publicznego zatrudnionych w jednostkach służby zdrowia. Mają oni również trudności w uzyskaniu stanowisk pracy zgodnych z wykształceniem. Powinni być zatrudniani w urzędach związanych z systemem ochrony zdrowia, jako promotorzy zdrowia w szkołach i zakładach pracy, a także organizatorzy promocji zdrowia. Niewykorzystanie tych zasobów kadrowych jest jednym z najistotniejszych powodów braku sukcesu w zakresie polityki prozdrowotnej państwa, czyli promocji i profilaktyki zdrowotnej. Przekłada się to nie tylko na oczekiwaną długość życia w zdrowiu, lecz także efekty ekonomiczne. Warto w tym miejscu przytoczyć analizę epidemiologiczną dokonaną przez Ministerstwo Zdrowia (Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026) i przytoczoną tam analizę porównawczą Polski oraz krajów członkowskich UE. W ramach tej analizy, przeprowadzonej w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości DALY na 100 tys. mieszkańców w 2019 r., wybrano po pięć problemów zdrowotnych, które odznaczały się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY. W przypadku Polski były to: choroba niedokrwienna serca, udar, ból dolnego odcinka kręgosłupa, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz cukrzyca. Według ww. dokumentu najważniejsze problemy zdrowotne w krajach UE są podobne. Różnica dotyczy jedynie cukrzycy, która w zestawieniu dla UE nie znalazła się wśród pięciu najważniejszych problemów zdrowotnych. Dynamiczne narastanie chorobowości z powodu cukrzycy (wzrost częstości o 23,7% do roku 2028) uzasadnia wykorzystanie potencjału kadr medycznych, głównie wykwalifikowanej kadry absolwentów zdrowia publicznego w propagowaniu zdrowego trybu życia, edukacji szkolnej i wczesnoszkolnej, edukacji i wdrażaniu profilaktyki na każdym poziomie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

## Podsumowanie

---

Przedstawiony dokument zarysowuje problemy kadrowe ochrony zdrowia w Polsce. Wynikające ze zmian demograficznych, tj. starzejącego się społeczeństwa, rosnąca liczba świadczeń w ochronie zdrowia i podejmowanie działań w celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wymagają coraz liczniejszych działań logistycznych i ich koordynacji, optymalizacji wykorzystania czasu wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego i odciążenia go od działań pomocniczych i administracyjnych. Powoduje to konieczność tworzenia nowych etatów, głównie pomocniczych. Wskazane jest rozważenie nowych zawodów w ochronie zdrowia, jak asystent lekarza, pomoc pielęgniarki, koordynator świadczeń, itp.

Niezbędnym jest również szczegółowa analiza kompetencji i możliwości wykorzystania dostępnych kadr medycznych, rozszerzenie kompetencji pozostałych zawodów medycznych, a także stworzenie narzędzi umożliwiających monitorowanie zasobów kadr medycznych w celu dostosowywania ich zasobów do zmieniających się potrzeb epidemiologicznych i sytuacji demograficznej. Konieczne jest jasne określenie długofalowej strategii budowania kadr medycznych będących realnym i kompetentnym wsparciem dla zawodów medycznych, takich jak lekarz i pielęgniarka, w wykonywaniu pracy administracyjnej, koordynacji kompleksowości świadczeń medycznych w celu zwiększenia ich efektywności. Nie jest możliwe wprowadzenia tych zmian bez dokonania reorganizacji obecnego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz zwiększania nakładów na cały system.

Problemem staje się też odpływ kadr medycznych do sektora prywatnego, zapewniającego lepsze warunki zatrudnienia i wyższe płace, przy zmniejszającym się problemie emigracji kadr medycznych. To wymaga wypracowania mechanizmów pozwalających na zahamowanie tego zjawiska, a docelowo wzmocnienie systemu publicznego odpowiednią liczbą wykwalifikowanej kadry medycznej, również poprzez zróżnicowanie płacy w zamkniętej i otwartej służbie zdrowia.

Działania te stają się coraz pilniejsze wobec postępującego się starzenia polskiego społeczeństwa. O ile wskazanie niedoborów kadr medycznych nie budzi wątpliwości, o tyle oszacowanie skali niedoborów jest znacznie trudniejsze, i może zostać jedynie oparte na średnich wskaźnikach europejskich, przytoczonych w niniejszym opracowaniu.

## Najważniejsze źródła

---

Fizjoterapeuci w Polsce w roku 2016. Opracowanie przygotowane przez Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska. [Online] 15.09.2023. [https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/fizjoterapeuci\\_polska.pdf](https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/fizjoterapeuci_polska.pdf)

GUS. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2022 r. Informacje sygnałne. 27.04.2023. [Online] 15.09.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2022-roku,14,7.html>

GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku. Warszawa–Kraków 2021. [Online] 15.09.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>

Jakubiak Luiza. W Polsce jest za mało farmaceutów. Nie będzie komu świadczyć opieki farmaceutycznej? Rynekzdrowia.pl 06.01.2023. [Online] 15.09.2023. <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/W-Polsce-jest-za-malo-farmaceutow-Nie-bedzie-komu-swiadczy-opieki-farmaceutycznej,241032,6.html>

Markiewicz Marta. Płace diagnostów laboratoryjnych w 2023: oczekiwania vs rzeczywistość. Cowzdrowiu.pl. 15.02.2023. [Online] 15.09.2023. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/wynagrodzenia-diagnostow-laboratoryjnych-od-lipca-2023>

Ministerstwo Zdrowia. Mapy potrzeb zdrowotnych. [Online] 15.09.2023. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/>

Ministerstwo Zdrowia. Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych. [Online] 15.09.2023. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-2022-rozwiazania-w-zakresie-farmacji-klinicznej-oraz-dzialalnosci-farmaceutow-w-podmiotach-leczniczych>

Obwieszczenie ministra zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. Dz. Urz. Min. Zdr. 2021, poz. 69.

OECD. Health at a glance 2022. [Online] 15.03.2023. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

OECD. Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students. 25.07.2019. [Online] 15.09.2023. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students\\_5571ef48-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en)

Redakcja. Liczba aptek spada. GUS publikuje najświeższe dane. mgr.farm. 23.05.2023. [Online] 15.09.2023. <https://mgr.farm/aktualnosci/liczba-aptek-spada-gus-publicuje-najswiezsze-dane/>

Wołosowski Jakub. GUS podał dane o zatrudnieniu. Ile osób pracuje w ochronie zdrowia? Cowzdrowiu.pl. 27.10.2022. [Online] 15.09.2023. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/gus-podal-dane-o-zatrudnieniu-ile-osob-pracuje-w-ochronie-zdrowia>