

*Iwona Wrześniewska-Wal¹,
Violetta Korporowicz-Żmichowska²*

Rezyliencja i adaptacyjność polityki zdrowotnej w czasach zagrożeń egzystencjalnych: Studium na przykładzie kadry medycznej

Abstrakt

Przedmiotem artykułu jest polityka zdrowotna z punktu widzenia kadr medycznych. Analizie poddano regulacje prawne dotyczące procesu rozszerzania kompetencji i zmiany ról osób wykonujących zawody medyczne, m.in. lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, farmaceutów i ratowników medycznych. Celem pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, czy zachodzące po pandemii COVID-19 zmiany w kształceniu zawodów medycznych w Polsce pozwolą na budowę systemu ochrony zdrowia efektywnie reagującego na zmiany i odpornego na przyszłe kryzysy. Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie wniosków, które mogą zostać wykorzystane do prac legislacyjnych i kreowania spójnej polityki zdrowotnej, której celem jest świadczenie skutecznych i zrównoważonych usług zdrowotnych. Zmiany powinny koncentrować się na: zapewnieniu elastycznych programów edukacji wszystkich zawodów medycznych, delegowaniu części

¹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego, e-mail: iwrzesniewska@cmkp.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8892-5985>.

² Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Zakład Innowacji w Ochronie Zdrowia, e-mail: violetta.korporowicz@sgh.waw.pl, <https://orcid.org/0000-0001-5582-1373>.

zadań na zawody niemedyczne oraz wzmocnieniu związku między edukacją a praktyką i odpowiedzialnością pracowników medycznych.

Słowa kluczowe: zdrowie, system ochrony zdrowia, kadry medyczne

Kody klasyfikacji JEL: I10, I15, I18

Resilience and adaptability of health policy in times of existential threats: A study on the example of medical staff

Abstract

The subject of the article is health policy from the point of view of medical personnel. It analyses legal regulations concerning the process of expanding the competencies and changing roles of medical professionals, including physicians and dentists, nurses and midwives, physiotherapists, pharmacists, and emergency medical personnel. The aim of the study is an attempt to answer the question of whether the changes taking place in the education of medical professionals in Poland after the COVID-19 pandemic will allow for the construction of a healthcare system that responds effectively to changes and is resistant to future crises. The analysis made it possible to formulate conclusions that can be used for legislative work and create a coherent health policy aimed at providing effective and sustainable health services. Changes should focus on: providing flexible education programmes for all health professions, delegating some tasks to non-medical professions and strengthening the link between education and the practice and responsibility of health professionals.

Keywords: health, health care system, medical workforce

JEL Classification Codes: I10, I15, I18

Wprowadzenie

Spojrzenie na politykę zdrowotną z perspektywy nauk o polityce publicznej ma za zadanie zrozumienie procesów politycznych i ich silnego wpływu na kształtowanie zasobów zdrowotnych populacji. Celem tak rozumianej polityki zdrowotnej jest zapewnienie „[...] równych szans rozwoju i ochrony zdrowia, umacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom, zgonom i niepełnosprawności, a także taką organizację procesu leczenia, aby były zapewnione zarówno troska o chorego, jak i zachowanie jego godności osobistej” (Włodarczyk, 1996: 31; Korporowicz, 2015: 47–62). W takim podejściu stwierdza się, że są to wybory najważniejszych celów i sposobów interwencji,

a rolą polityki ochrony zdrowia jest wywieranie pozytywnego wpływu na kształtowanie relacji międzyludzkich, a także w jaki sposób są one projektowane (Jardel, 1991: 143). Głównym zadaniem tej polityki jest zapewnienie zdrowia społeczeństwa przez między innymi stworzenie i sterowanie sektorem ochrony zdrowia, który efektywnie reaguje na zmiany. Jedną z tych zmian jest poprawa wdrażania polityki dotyczącej rozszerzania umiejętności i kompetencji wśród pracowników medycznych. Konsekwencją takiego podejścia jest sterowanie procesami dotyczącymi lepszego radzenia sobie z aktualnymi wyzwaniami zdrowotnymi. Poprawa ta umożliwia operacjonalizację polityki zarządzania, która zwiększa wydajność pracowników.

Zadaniem tego sektora są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Sektor ochrony zdrowia świadczy usługi zdrowotne, które charakteryzują się złożonością procesu pod względem ekonomicznym, społecznym i publicznym oraz jest pośrednikiem między świadczeniodawcami (lekarze, podmioty lecznicze) a pacjentami (klientami). Sektor ten jest predysponowany do tego, aby stwarzać warunki bezpieczeństwa zdrowotnego (Bache, Reardon i Anand, 2016: 893–912). Rozwinięciem takiego rozumienia sektora może być stwierdzenie, że system ten powinien reagować na zmiany, w tym zmiany struktur np. ludności, ale jednocześnie być odporny na kryzysy i zdolny do zmian.

Na sektor ochrony zdrowia oddziałuje wiele czynników skutkujących ograniczaniem lub wyłączeniem mechanizmów rynkowych z uwagi na publiczne funkcje opieki zdrowotnej oraz kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego. Natomiast zakłócenie bezpieczeństwa zdrowotnego wynika z nagłych zmian w postaci np. kryzysów zdrowotnych, katastrof, ale też w następstwie dynamicznego rozwoju technologii cyfrowych. Zmiany te mogą prowadzić do powstania nowych zagrożeń i wyzwań dla zdrowia. Aby zabezpieczyć społeczeństwo przed kryzysami zdrowotnymi, konieczna jest identyfikacja tych zagrożeń, ich przewidywanie oraz przygotowanie nie tylko „białego” personelu, ale wszystkich pracowników sektora do pełnienia funkcji medycznych. Dlatego istnieje konieczność rozszerzania kompetencji i samodzielności wszystkich zawodów medycznych, a nie tylko lekarzy czy pielęgniarek.

Celem artykułu jest analiza dotychczasowej polityki państwa w zakresie kadr medycznych z punktu widzenia procesu rozszerzania i zmian kompetencji zawodów medycznych oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy zachodzące po pandemii COVID-19 zmiany w kształceniu zawodów medycznych w Polsce pozwolą na budowę systemu ochrony zdrowia efektywnie reagującego na zmiany i odpornego na przyszłe kryzysy.

Metoda badawcza: W pracy została zastosowana analiza formalno-dogmatyczna oraz historyczno-prawna. Punktem wyjścia do osiągnięcia celu badawczego było

bowiem ustalenie obowiązującego stanu normatywnego. Metoda formalno-dogmatyczna polegała na analizie polskich przepisów ustaw. Uzupełniając rozważania w pracy prowadzone były w oparciu o metodę historyczno-prawną oraz literaturę z zakresu polityki zdrowotnej oraz prawa.

Siatka pojęć: bezpieczeństwo zdrowotne, rezyliencja i adaptacyjność

Bezpieczeństwo zdrowotne rozumiane jest jako „[...] stan i zespół warunków prawnych, technicznych, organizacyjnych i finansowych umożliwiających faktyczny dostęp do opieki, usług i świadczeń w stanach chorobowych lub innych zagrożeniach życia i zdrowia”, a wybuch choroby może być uznany za zagrożenie dla stabilności i bezpieczeństwa państwa (Erenc i Michota, 2000). Bez względu na potencjalne zagrożenie kryzysem to potrzeba bezpieczeństwa zdrowotnego stanowi motywację do działania w kierunku osiągnięcia równowagi w rozmieszczeniu pracowników medycznych, aby zapewnić szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych (np. liczby lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów czy fizjoterapeutów).

Obecnie szybko przebiegają procesy technologiczne. Otoczenie podlega zmianom w zakresie ekonomicznym, społecznym, kulturowym. Zmienia się struktura organizacji, tzn. oficjalna hierarchia jednostek oraz komórek organizacyjnych, a także hierarchia stanowisk czy pracowników. Równie szybko zmieniają się warunki prawne, zasoby ludzkie, ich preferencje, potrzeby. W tych warunkach ważna jest rezyliencja zatrudnionych w nim pracowników medycznych. Budowanie personelu medycznego skoncentrowanego na ludziach daje stabilność, odporność organizacyjną w wyniku adaptowania się pracowników do zmieniających się warunków. Odporność pracowników na kryzysy stanowi ważny element odporności organizacyjnej podmiotu, a szerzej systemu (Anand i Bärnighausen, 2004: 1603–1609). Rezyliencyjny system posiada umiejętność i zdolność dostosowywania się do zmieniającego się otoczenia przez szybkie przekształcania się oraz skuteczne radzenie sobie z trudnościami (Bhamra, Dani i Burnard, 2011: 5375–5393). To system, który posiada zdolność do szybkiego przekształcania się oraz skutecznego radzenia sobie z trudnościami i kryzysami (Hanson i Hanson, 2022: 42). Liczne zmienne, łatwość walki konkurencyjnej, są na tyle ważne, że wymagają podejmowania decyzji w sposób często inny niż dotychczas miało to miejsce (Yilmaz Börekçi, 2021).

Adaptacyjność personelu medycznego ma wpływ na zapewnienie nabycia wiedzy i umiejętności, a także pozyskanie nowych kompetencji. Z jednej strony adaptacyjność przyczynia się do rozwoju zwiększenia konkurencyjności, z drugiej zaś

umożliwia podniesienie poziomu aktywności zawodowej oraz wpływa na pełniejsze wykorzystanie kapitału ludzkiego. Jest to szczególnie ważne w obszarze zawodów deficytowych, takich, do których zalicza się w całości personel medyczny.

Statystyka OECD. Model *skill mix*

Planowanie kadr medycznych ma istotne znaczenie z punktu widzenia całego systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście planowanie kadr medycznych ma wymiar strategiczny, ukierunkowany na dostosowanie liczby osób wykonujących zawody medyczne do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych, tak aby nie powstawały sytuacje niedoboru lub nadmiaru personelu (Domagała, 2013: 148–158). Zjawisko deficytu i alokacja pracowników medycznych nie jest zjawiskiem nowym i występuje w całej Europie. Z tego względu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dla Regionu Europa ustanowiła kilka priorytetów w celu wzmocnienia pracowników medycznych w całej Europie. Priorytety – ściśle powiązane z edukacją, umiejętnościami, pracą w zespołach i warunkami pracy – są następujące:

- opracowanie krajowych strategii rozwoju kadr w kontekście post-COVID-19;
- monitorowanie mobilności i migracji;
- wspólne strategie łagodzenia czynników negatywnych w pracy (w tym wypalenie i demotywacja) oraz działania mające na celu wspieranie relacji zaufania między pracownikami medycznymi (Maier et al., 2022).

W celu realizacji tych założeń zaproponowano wykorzystanie znanych w zarządzaniu metod mających na celu osiągnięcie zmiany organizacyjnej – model *skill mix* (Buchan i O'May, 2000: 111–118). Model *skill mix* zależy od kontekstu organizacyjnego i systemowego (Buchan i O'May, 2000: 111–118). Termin *skill mix* („mieszanka umiejętności”) jest powszechnie używany jako umiejętności mieszane, ale także oznacza zmianę ról, przesunięcie zadań, podział zadań, uzupełnianie zadań, delegowanie i zastępstwo, których celem jest poprawa co najmniej jednego wyniku zdrowotnego lub systemu opieki zdrowotnej (Maier et al., 2022). Ważne jest nie samo nakładanie się realizowanych zadań, ale rezyliencja i umiejętność uzupełniania procesu świadczenia usług zdrowotnych poprzez wykorzystanie specyficznych umiejętności różnych profesjonalistów. Modele te już istnieją w poszczególnych krajach dla różnych populacji i grupy pacjentów; można wyróżnić trzy modele *skill mix* (Maier et al., 2022).

1. Alokacja zadań – polega na przerzucaniu części zadań w systemie w takich grupach jak: lekarze, pielęgniarki i położne, farmaceuci, oraz delegowanie ich na zawody niemedyczne, np. diagnostyka, profilaktyka.

2. Dodawanie nowych zadań, które wcześniej nie należały do zadań tego zawodu, ale pod warunkiem nadzoru.
3. Praca w zespole – podział zadań.

Skuteczne wdrażanie rozwiązań modelowych i nowych ról zawodowych może przyczynić się do budowy elastycznego i odpornego na kryzysy systemu ochrony zdrowia. Na konieczność tych zmian wskazuje Raport Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europy, który wskazuje, że najważniejszym wyzwaniem, przed którym stoją wszystkie europejskie systemy ochrony zdrowia, są problemy kadrowe. Według raportu w przypadku wielu krajów są skutkiem braku rzetelnego planowania oraz zaniedbań w systemie kształcenia zarówno lekarzy i pielęgniarek, jak i innych zawodów medycznych (WHO, 2006). Dla przykładu w raporcie *Health at a Glance 2019* wskaźnik lekarzy dla Polski wynosił 2,4 lekarzy na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia w krajach OECD wynosiła 3,31; w przypadku pielęgniarek wynosi 5,1 na 1 tys. mieszkańców, przy średniej 8,8 na 1 tys. mieszkańców (Health at a Glance, 2019). Stawiało to nasz kraj na 29 miejscu pod względem liczby lekarzy i pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, na dalszych miejscach były tylko trzy kraje: Meksyk, Turcja i Kolumbia (Health at a Glance, 2019). Warto jednak podać, że dane w raporcie pokazywały okres pomiędzy 2000 a 2017 r. W statystykach OECD dotyczących poszczególnych krajów lekarze byli definiowani w niejednolity sposób, m.in. raport brał pod uwagę lekarzy „praktykujących”, tj. sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem, co sprawiało, że dane z różnych krajów były trudne do porównania (Minister Zdrowia, 2023). Według ostatnich szacunków OECD, zamieszczonych w raporcie *Health at a Glance 2023*, wskaźnik dla Polski za rok 2021 wynosił już 3,4 lekarzy na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia w krajach OECD wyniosła 3,7 (Health at a Glance, 2023). W 2021 r. w krajach członkowskich OECD na 1 tys. mieszkańców przypadało średnio 9,2 pielęgniarek, w Polsce 5,7. Oznacza to, że w przypadku lekarzy sytuacja w Polsce nieco się zmieniła, lecz w przypadku kadry pielęgniarskiej najnowszy raport *Health at a Glance 2023* wyraźnie wskazuje pogłębiające się niedobory profesjonalistów wykonujących ten zawód.

Jednak rzetelne planowanie rozwoju kadr medycznych to nie tylko liczba lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, ale również ich wiek i kompetencje (np. specjalizacja). W Polsce od wielu lat obserwujemy niedobór lekarzy specjalistów, m.in. chirurgów, pediatrów. Średnia wieku lekarza specjalisty to 54,5 lata; w przypadku lekarzy dentystów ze specjalizacją 18% z nich wykonuje swój zawód po 66. roku życia (Wrześniewska i Kobuszewski, 2017: 544–555). Deficyt pielęgniarek i położnych widać nie tylko w przeliczeniu na liczbę mieszkańców objętych opieką, ale także ze względu na ich wiek, gdyż 65% pielęgniarek i położnych ma powyżej 45 lat (Wrześniewska i Kobuszewski, 2017: 544–555).

W związku z tym warto kształcić nie tylko wystarczającą liczbę profesjonalistów medycznych, m.in. lekarzy, pielęgniarek, ale też zadbać o poziom wykształcenia. Kadry medyczne powinny być kompetentne oraz udzielać świadczeń bezpiecznych dla pacjenta i wysokiej jakości. W literaturze podkreśla się m.in., że organizacje opieki zdrowotnej muszą stać się uczącymi się systemami, które przede wszystkim kształcą i wspierają pracowników. Celem tych działań ma być podnoszenie kompetencji pracowników medycznych, motywacji, a tym samym wydajności, również z zastosowaniem innowacyjnych technologii (Witczak i Rypicz, 2020: 122–123).

Polityka limitów

W Polsce podejmowanie i koordynowanie działań w zakresie planowania i rozwoju kadr medycznych należy do wyłącznej kompetencji Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia posiada pewne środki prawne i administracyjne, które mają na celu zwiększanie liczby kadr medycznych, odpowiednie ich rozmieszczenie i zapewnienie właściwego rozwoju kompetencji, są to m.in. limity przyjęć na studia medyczne, liczba miejsc na specjalizacje, ich finansowanie oraz rozwijanie umiejętności zawodowych.

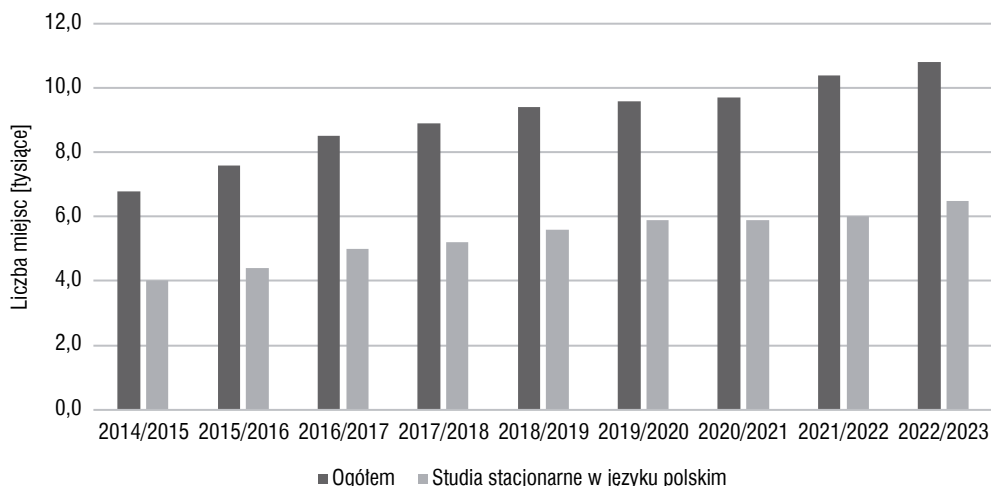
W przeszłości decyzje dotyczące kadr medycznych koncentrowały się na zapewnieniu odpowiedniej liczby oraz zagęszczeniu i rozmieszczeniu określonych zawodów medycznych, gdyż takie działania miały zapewnić szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych (np. liczby lekarzy, pielęgniarek lub innych zawodów przypadających na populację).

W Polsce Minister Zdrowia ma wpływ na liczbę kadr medycznych, gdyż co roku ustala limity przyjęć na kierunki studiów medycznych dla wszystkich uczelni, uwzględniając możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków studiów. W 2006 r. limity obejmowały: analitykę medyczną, farmację, fizjoterapię, kierunek lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne (Rozporządzenie MZ, 2006), a w 2007 r. limity objęły również ratownictwo medyczne (Rozporządzenie MZ, 2007). W przypadku lekarzy i lekarzy dentystów w latach 90. limity spowodowały zmniejszenie liczby lekarzy w Polsce (Wróbel, 2019). Analiza regulacji Ministra Zdrowia dotyczących limitów przyjęć na studia medyczne wskazuje, że w tym czasie liczbę miejsc na studia medyczne prowadzone w języku polskim zmniejszono stopniowo z ponad 6000 w roku 1987 do ok. 3300 w 1990 r., a w 2003 r. było zaledwie 2090 miejsc na studiach dziennych na kierunku lekarskim. Kluczowy był rok akademicki 2015/2016, kiedy zwiększono limity i od tej pory limity przyjęć na kierunek lekarski systematycznie rosną (Domagała, 2018: 38). Stopniowe zwiększanie limitów miejsc na kierunku

lekarskim i lekarsko-dentystycznym pozwala przypuszczać, że wkrótce osiągniemy poziom kształcenia na uczelniach medycznych z końca lat 80. (Wróbel, 2019).

W roku akademickim 2023/2024 w porównaniu z rokiem 2015/2016 limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim został zwiększony o 3616 miejsc. Limit przyjęć na kierunek lekarski wynosi łącznie 9804 miejsca (w tym 1829 to limit na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski). Dla porównania w roku akademickim 2015/2016 limit ten wynosił łącznie 6188 miejsc (w tym 1551 to limit na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski) (Interpelacja, 2023).

Rysunek 1. Limit miejsc na jednolite studia magisterskie – wydziały lekarskie i lekarsko-dentystyczne, wszystkie uczelnie (publiczne i niepubliczne)



Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w latach 2014–2022.

Czy jest to wystarczający wzrost z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego? Trudno ocenić, ponieważ brakuje dalszych analiz, ilu absolwentów podejmie pracę bezpośrednio z pacjentem. Dodatkowo wykształcenie lekarza i lekarza dentyisty wymaga także przygotowania humanistycznego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną. Zapewnienie właściwej jakości kształcenia w zawodach medycznych wymusza na uczelniach zatrudnienie wykwalifikowanej kadry dydaktycznej oraz zorganizowanie i utrzymanie bazy klinicznej. Wykształcenie lekarza i lekarza dentyisty to proces długi i kosztowny.

Podsumowując, należy docenić pewne zmiany, jakie nastąpiły w polityce limitów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Po pierwsze, obecnie najwięcej

miejsce każdego roku na studiach stacjonarnych na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym jest prowadzonych w języku polskim. Po drugie, analiza rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie limitów prowadzi do wniosku, że studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne prowadzone w języku innym niż język polski stopniowo ulegają ograniczeniu. Choć nie ulega wątpliwości, że kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny jest jednym z najpopularniejszych kierunków, który wybierają obywatele innych państw (NIK, 2020), a opłaty za studia obcojęzyczne istotnie zasilają dochody własne uczelni medycznych. Jednak w tym przypadku możliwości kształcenia nie są w pełni wykorzystywane dla zaspokojenia potrzeb kadrowych krajowego systemu ochrony zdrowia, gdyż większość absolwentów tych studiów nie podejmuje pracy w Polsce.

Absolwenci i ich rozwój zawodowy

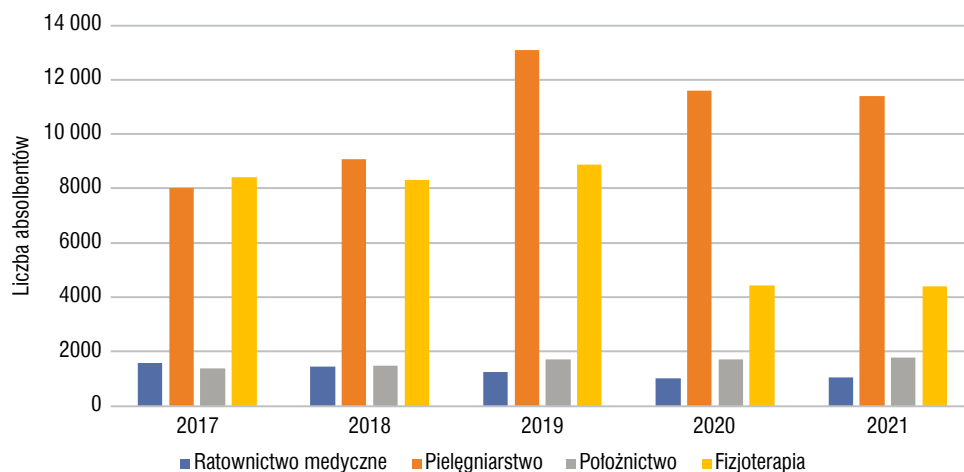
Każdy absolwent kierunku medycznego potencjalnie ma pracować bezpośrednio z pacjentem, w zespole diagnostyczno-terapeutycznym z innymi zawodami medycznymi, w dużej części przypadków w publicznym systemie ochrony zdrowia. Warto zatem zobaczyć, ilu kształcimy innych niż lekarze przedstawicieli zawodów medycznych, oraz jaka część z nich może dalej kontynuować swój rozwój zawodowy i w przyszłości podejmuje pracę w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce. Przykładowo, dane GUS z lat 2017–2021 pokazują wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Ponadto kierunek pielęgniarstwo jest na wielu różnych uczelniach medycznych, a mimo to, w naszym kraju, jak wskazują dane OECD, borykamy się z problemem niedoboru pielęgniarek.

Oznacza to, że absolwenci kierunków medycznych, a w szczególności pielęgniarstwa nie podejmują pracy w zawodzie. Nie ulega wątpliwości, że decydujące są kwestie wynagrodzenia za pracę. Raport OECD podaje, że w większości krajów wynagrodzenia pielęgniarek wzrosły w ujęciu realnym w dekadzie poprzedzającej pandemię. Dotyczyło to w szczególności wielu krajów Europy Środkowej i Wschodniej (w tym Węgier, Polski, Słowacji i Czech), gdzie pielęgniarki uzyskały podwyżki płac wynoszące średnio 4–5% rocznie w ujęciu realnym w latach 2010–2019, co zmniejszyło różnicę w stosunku do innych krajów UE (Health at a Glance, 2023). Oprócz tego przyczyną małego zainteresowania pracą w zawodzie może być brak możliwości rozwoju zawodowego lub przeszkody związane z finansowaniem szkolenia.

Jednym z najistotniejszych elementów kształcenia w zawodach medycznych jest specjalizacja. Istotna jest kwestia finansowania szkolenia specjalizacyjnego. Absolwenci takich kierunków jak: fizjoterapia (Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, 2015),

farmacja (Ustawa o zawodzie farmaceuty, 2020), co do zasady odbywają specjalizację w ramach środków własnych, a lekarze, lekarze dentyści oraz częściowo pielęgniarki i położne (Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, 2011) (Obwieszczenie, 2023) mają finansowanie z budżetu państwa. Koszty szkolenia specjalizacyjnego ratowników medycznych ponosi ratownik medyczny lub podmiot, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód, lub jednostka prowadząca szkolenie (Ustawa, 2022).

Rysunek 2. Absolwenci kierunków medycznych



Źródło: opracowanie własne, dane GUS.

Obecnie istnieją narzędzia, które pozwalają na analizę potrzeb kształcenia specjalizacyjnego. W 2017 r. nastąpiła ważna zmiana w procesie kształcenia specjalizacyjnego dla wszystkich zawodów medycznych, wprowadzono System Monitorowania Kadr (SMK) (Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, 2011), za pomocą którego m.in. lekarze i lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni oraz farmaceuci mogą m.in. zgłosić się na kurs specjalizacyjny lub staż, a kierownik specjalizacji potwierdza ukończenie szkolenia specjalizacyjnego i wydaje za pomocą SMK zgodę na przystąpienie do egzaminu. Założenie konta w SMK jest obowiązkowe. Dobre wykorzystanie tego narzędzia może pomóc w planowaniu liczby przyszłych specjalistów z punktu widzenia wskaźników zdrowotnych, a także może służyć budowaniu systemu odpornego na kryzysy, jeśli uda się przewidzieć, na jakich specjalistów i jakie zawody medyczne będzie zapotrzebowanie.

W przypadku szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązują nowe zasady naboru. W przeszłości w wielu województwach przyznane przez Ministra Zdrowia miejsca specjalizacyjne były niewykorzystane. Obecnie rekruta-

cja jest ogólnopolska. Polega ona na centralnym rozdziale miejsc specjalizacyjnych we wszystkich dziedzinach medycyny, co w założeniu ma sprzyjać lepszemu wykorzystaniu tych miejsc. Ponadto lekarze i lekarze dentyści mogą składać za pomocą SMK wielowariantowe wnioski (łącznie w trybie rezydenckim i pozarezydenckim). Każdy lekarz może złożyć maksymalnie 15 wariantów preferowanych miejsc specjalizacyjnych, tj. wariantów wyboru dziedziny medycyny, województwa i jednostki szkolącej. Ponadto wspomniane już starzenie się kadr lekarskich w pewnych dziedzinach i mała liczba specjalistów w stosunku do zapotrzebowania populacyjnego stała się przyczyną wyodrębnienia powyższych specjalizacji deficytowych i ich promocji (Rozporządzenie MZ, 2022). Specjalizacje deficytowe, które znalazły się na liście MZ, mają więcej miejsc rezydenckich, a lekarze, którzy podejmują szkolenie, wyższe wynagrodzenie zasadnicze.

Poza specjalizacją w danej dziedzinie medycyny system przewiduje również inne rozwiązania. Przedstawiciele niektórych zawodów medycznych, m.in. ratownicy medyczni, mogą uzyskać specjalizację w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Ustawa, 2017). Innym przykładem jest regulacja dla pielęgniarek i położnych, która rozróżnia specjalizację w zakresie zawodu pielęgniarstwa (Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, 2011) lub dziedzinie ochrony zdrowia (Rozporządzenie MZ, 2013). Co istotne, ta regulacja jest dość elastyczna, gdyż to Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia dziedziny ochrony zdrowia, w których można uzyskać tytuł specjalisty, a także kierunki studiów, po których ukończeniu można przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia (Rozporządzenie MZ, 2017). W 2022 r. obowiązujący wykaz został poszerzony o istotne po doświadczeniach pandemii COVID-19 dziedziny, takie jak: psychoterapia dzieci i młodzieży, psychoterapia uzależnień oraz chirurgiczna asysta lekarza. Oznacza to, że więcej osób wykonujących różne zawody medyczne będzie mogło udzielać świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

Specjalizacja nie kończy rozwoju zawodowego przedstawicieli zawodów medycznych. Kontynuacją jest ustawiczny rozwój zawodowy, który może być realizowany w ramach kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego. W 2023 r. dla lekarzy i lekarzy dentyistów wprowadzono możliwość uzyskania dodatkowych umiejętności przez uczestnictwo w kursach kwalifikacyjnych czy szkoleniach (Ustawa, 1996). To oczekiwana przez środowisko lekarskie zmiana, ale i alternatywa dla specjalizacji. Specjalizacja lekarska czy lekarsko-dentystyczna to program szkolenia teoretycznego i praktycznego przeznaczony na okres 5–6 lat. Tymczasem umiejętność lekarska może dotyczyć pojedynczej czynności lub składać się z wielu takich samych lub różnych czynności. Rozporządzenie Ministra Zdrowia określa: rodzaje umiejętności zawodowych, w których lekarz i lekarz dentyista mogą uzyskać certyfikat

umiejętności zawodowej (Rozporządzenie MZ, 2023). Certyfikat przyznają: towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym oraz państwowe instytuty badawcze wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP. Kierunek tych zmian jest zbieżny z Dublińską Deklaracją ws. zasobów ludzkich w ochronie zdrowia – Budowanie kadry przyszłości z 2017 r. (*Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future*), gdzie zwrócono uwagę na pilną potrzebę skoordynowanych i przemyślanych inwestycji w pracowników opieki zdrowotnej (Witczak i Rypicz, 2020: 122), polegających na zwiększeniu finansowania opieki zdrowotnej oraz rozwoju i szkolenia i pracowników medycznych (Dublin Declaration, 2017) Co istotne, większość tych zmian w Polsce to zmiany regulacji po 2020 r., czyli w okresie trwania i po pandemii COVID-19.

Dyskusja

Strategie mające na celu wzmocnienie kompetencji osób wykonujących zawody medyczne, ich samodzielność zawodową i odpowiedzialność określamy jako budowanie odporności systemu, przygotowanie go na kryzysy zdrowotne oraz zarządzanie nimi (adaptacja i rezyliencja).

W Polsce pierwsze próby wzmocnienia i rozszerzanie kompetencji dotyczyły przyznania pielęgniarcom i położnym statusu samodzielnego zawodu medycznego i prawa wystawiania recept jako kontynuacja leczenia lekarza oraz do samodzielnej ordynacji leków oraz wyrobów medycznych (Ustawa, 2014). W rozporządzeniu Minister Zdrowia określił wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych przeznaczonych do stosowania przez pielęgniarki i położne (Rozporządzenie MZ w sprawie wykazu substancji czynnych, 2018). W tym czasie uprawnienia te nie były w pełni wykorzystywane, świadczenie nie było refundowane, a pielęgniarki czy położne nie współpracowały z lekarzami (Wrześniewska, Cianciara i Augustynowicz, 2020: 37–47).

Dopiero taki kryzys jak pandemia COVID-19 wyraźnie pokazał, że istnieje konieczność rozszerzania kompetencji i rozwój samodzielności innych zawodów medycznych niż lekarz. W 2021 r. rozszerzono kompetencje zawodów medycznych do kwalifikacji i wykonywania szczepień ochronnych (Rozporządzenie MZ, 2021). W praktyce zmiana ta nie była tylko pojedynczym działaniem, po którym widoczne są natychmiastowe rezultaty. Wpłynęła ona na dalszy proces modyfikacji dotychczasowego systemu zarządzania, który kładzie nacisk na model elastycznych zmian (Pollack i Pollack, 2015). Istotny wpływ widać w zawodzie farmaceuty. Nowe kompetencje wynikające z ustawy o zawodzie farmaceuty oraz możliwość wykonywania szczepień

w aptekach to przykład budowania systemu skoncentrowanego na ludziach, co daje stabilność i odporność organizacyjną w systemie. Szczepienia ochronne to pierwsze w naszym kraju świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych realizowane w aptekach przez farmaceutów, którzy ukończyli organizowane przez CMKP (Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego) szkolenia w zakresie kwalifikowania i wykonywania szczepień ochronnych (Wrześniewska-Wal, 2024). Co jednak istotne, nie tylko szkolenia, ale i finansowanie dwóch szczepień ze środków publicznych przyczyniło się do tego, że w tym okresie farmaceuci pracujący w aptekach wykonali: 5% wszystkich szczepień przeciw COVID-19 i 8% szczepień przeciw grypie (Meldunki NIZP-PZH, 2021). Obecnie liczba osób dorosłych zaszczepionych przeciwko grypie jest dużo niższa i nie przekracza 3%. Rozwiązanie dotyczące możliwości wykonania szczepień w aptecę sprawdziło się w wielu krajach, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Australii czy w Wielkiej Brytanii (Rodrigues i Plotkin, 2020). W Polsce nie w pełni wykorzystane, pomimo szansy, jaka zaistniała w okresie pandemii COVID-19.

W przypadku farmaceutów adaptacyjność to prawo nie tylko do wykonywania szczepień w aptekach, ale i do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym opieki farmaceutycznej (OP) (Ustawa, 2020). W ramach OP farmaceuta czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii pacjenta, prowadzi konsultacje, ustala indywidualny plan leczenia farmakologicznego, wypełniając w ten sposób rolę bardziej skoncentrowaną na pacjencie niż ich tradycyjna rola polegająca na „wydawaniu leków” (Wrześniewska et al., 2023: 2444). Obecnie studia na kierunku farmacja trwają pięć i pół roku. W tym czasie studenci nabywają szeroką wiedzę o produktach leczniczych i farmakoterapii, a następnie aktualizują ją w procesie kształcenia ustawicznego. Należy umożliwić farmaceutom służyć swoją specjalistyczną wiedzą pacjentom oraz innym osobom wykonującym zawody medyczne, otwierając ich na współpracę międzyzawodową. Optymalna opieka farmaceutyczna jest kluczem dla osiągnięcia celów terapeutycznych. Dla jej zapewnienia konieczna jest interdyscyplinarna współpraca lekarzy z farmaceutami i/lub innymi przedstawicielami zawodów medycznych (Waszyk-Nowaczyk et al., 2021: 2101–2110). Ich specjalistyczna i uzupełniająca się wiedza oraz doświadczenie zawodowe mogą prowadzić do poprawy wyników zdrowotnych pacjenta, a także mogą obniżyć koszty leczenia (Bridges et al., 2011: 16).

Kolejnym przykładem zdolności dostosowywania się do zmieniającego się otoczenia jest grupa zawodowa fizjoterapeutów, którzy obecnie samodzielnie prowadzą wizyty i przeprowadzają diagnozę funkcjonalną, która obejmuje: wywiad, badanie i analizę ruchu oraz postawy, kształtu i ułożenia ciała pacjenta, diagnostykę różnicową (fakultatywnie, według decyzji fizjoterapeuty), testy i pomiary (Rozporządzenie MZ

w sprawie szczegółowego wykazu czynności, 2018). W celu postawienia dokładnej diagnozy fizjoterapeuci posługują się Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF), która jest dopełnieniem używanej przez lekarzy Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD) w wersji dziesiątej (ICD-10), a jeszcze pełniej będzie to widoczne w wersji jedenastej. Tym niemniej konieczne jest zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie fizjoterapii mających na celu zapewnienie opieki pacjentom senioralnym i z chorobami przewlekłymi.

Klasyczne zmiany związane z przejmowaniem ról to stwierdzanie zgonu, które zawsze było w kompetencji lekarza. Od 22 czerwca 2023 r. ustawodawca zdecydował, aby rozszerzyć uprawnienia ratowników medycznych oraz pielęgniarek (systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego) w ramach zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego i przyznał im kompetencję do stwierdzenia zgonu, ale tylko gdy nastąpiło to w trakcie akcji medycznej (Ustawa, 2006). Powyższe przykłady udzielania świadczeń zdrowotnych łączą się z samodzielnością zawodową. Budowanie systemu odpornego na kryzysy opiera się na osobach, które samodzielnie wykonują zawód medyczny – niezależnie od lekarza, ale we współpracy z nim, w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach prawa podejmują decyzje związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i tym samym ponoszą za nie odpowiedzialność. Badanie umiejętności dostosowania tempa zmian i metod ich wprowadzania do systemu, który ograniczony jest ustalonymi procedurami, może jednak nie dać jednoznacznych rezultatów, w jaki sposób gotowość (elastyczność) do zmiany sprzyja poprawie funkcjonowania organizacji. Ponadto w literaturze przedmiotu brakuje mocnych, niebudzących wątpliwości, dowodów empirycznych (Neves i Caetano, 2006: 351–364). Jednak mimo trudności jest to kierunek działań naprawczych, dzięki którym system czy organizacja mogą zostać zmodernizowane i po których mogą pojawić się nowe rozwiązania. Ponadto wyniki badań wskazują, że aby skutecznie wdrażać zmiany, ważna jest rola lidera, która ułatwia gotowość pracowników do zmiany. Jest to budowanie stabilności i odporności systemu skoncentrowanego na ludziach (Bakari, Hunjra i Niazi, 2017; Adil, 2016: 222–241).

Podsumowanie i wnioski

Kierunki rozwoju sektora ochrony zdrowia powinny uwzględniać szerokie rozumienie systemu odpornego na kryzysy zdrowotne, który będzie zmuszał sektor do zapewnienia zrównoważonej opieki zdrowotnej, tzn. większej odpowiedzialności pra-

owników medycznych za kierunki reform oraz za świadczenie skutecznych i zrównoważonych usług zdrowotnych. Kluczem jest rozwój kompetencji i samodzielność zawodów medycznych, nie tylko lekarzy, ale także innych członków zespołu pracujących z pacjentem, m.in. farmaceutów, fizjoterapeutów, pielęgniarek i położnych.

Pandemia nie tylko przyciągnęła większe zainteresowanie polityków wzmocnieniem systemu ochrony zdrowia, ale także spowodowała zmianę opinii publicznej na temat wartości i znaczenia kadr medycznych oraz ich wkładu w zdrowie pacjentów. Warto wykorzystać tę szansę do budowy systemu opartego na samodzielnych i odpowiedzialnych profesjonalistach medycznych, zdolnych do szybkiego przystosowania się do zmieniających się warunków systemu ochrony zdrowia. „Pracownicy ochrony zdrowia stanowią integralną część systemu opieki zdrowotnej. Przyjęcie skoncentrowanego na ludziach podejścia do reform systemu opieki zdrowotnej będzie zależeć od zdolności do zmobilizowania kompetentnych pracowników służby zdrowia” (Hazarika, 2019: 1–5).

Obecnie istnieje potrzeba kształcenia dobrze i wszechstronnie wykwalifikowanej kadry medycznej, która ma zdolność do zmiany kompetencji w celu elastycznego reagowania na kryzysy. Przedstawiona w pracy analiza pozwala sformułować kilka wskazówek:

1. Należy zapewnić większą spójność i elastyczność programów edukacji wszystkich zawodów medycznych. Dodawanie nowych zadań, które wcześniej nie należały do zadań tego zawodu, najlepiej wprowadzać pod nadzorem i na etapie nauki zawodu.
2. Należy przerzucić część zadań w systemie w takich grupach jak: lekarze, pielęgniarki i położne, farmaceuci, oraz delegować je na zawody niemedyczne np. diagnostyka, profilaktyka.
3. Należy zreformować programy kształcenia ustawicznego (podyplomowego), tak aby zachować ciągłość kształcenia. W zawodach medycznych istotna jest edukacja i rozwój kompetencji, w tym ich rozszerzanie przez całe życie.
4. Należy wzmocnić związek między edukacją a praktyką i odpowiedzialnością.

Konieczna jest koordynacja działań w różnych sferach polityki zdrowotnej, co wymaga odpowiedniego podziału ról oraz właściwego uregulowania prawnego.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Wszyscy wymienieni autorzy wnieśli znaczący, bezpośredni i intelektualny wkład w artykuł i zatwierdzili go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy deklarują, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o etyce badawczej

Autorzy poświadczają, że opublikowane w tekście badania zostały przeprowadzone zgodnie z etyką badawczą afiliowanej uczelni.

Bibliografia

- Adil, M.S. (2016). Impact of change readiness on commitment to technological change, focal, and discretionary behaviors: Evidence from the manufacturing sector of Karachi, *Journal of Organizational Change Management*, 29(2): 222–241. DOI: 10.1108/JOCM-11-2014-0198.
- Anand, S, Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study, *Lancet*, 364(9445): 1603–1609.
- Bache, I., Reardon, L., Anand, P. (2016). Wellbeing as a wicked problem: Navigating the arguments for the role of government, *Journal of Happiness Studies*, 17(3): 893–912. DOI: 10.1007/s10902-015-9623-y.
- Bhamra, R., Dani, S., Burnard, K. (2011). Resilience: The concept, a literature review and future directions, *International Journal of Production Research*, 49(18): 5375–5393.
- Bakari, H., Hunjra, A.I., Niazi, G.S.K. (2017). How does authentic leadership influence planned organizational change? The role of employee's perceptions: integration of theory of planned behavior and Lewin's three step Model, *Journal of Change Management*, 17(2). DOI: 10.1080/14697017.2017.1299370.
- Bridges, D.R., Davidson, R.A., Odegard, P.S., Maki, I.V., Tomkowiak, J. (2011) Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education, *Med Educ Online*, Apr 8: 16. DOI: 10.3402/meo.v16i0.6035.
- Buchan, J., O'May, F. (2000). Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals, *Human Resources for Health Development Journal*, 4(2): 111–118.
- Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future 2017, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf (dostęp: 2.12.2023).
- Domagała, A. (2013). Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(22): 148–158.

- Domagała, A. (2018). Zasoby pracy dla ochrony zdrowia – deficyty kadrowe i metody ich przezwyciężania. W: *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce? Diagnozowanie problemu, zarządzanie w ochronie zdrowia i reformowanie systemu*, S. Golinowska, Ch. Christoph Sowa-da, M. Tambor, A. Domagała, K. Kuszewski, *Zeszyty mBank – CASE*, 156.
- Erenc, M., Michota, W. (2000). Samorząd terytorialny organizatorem ochrony zdrowia, *Zeszyty Samorządowe*, 1.
- Health at a Glance. (2019). https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en (dostęp: 2.12.2023).
- Hanson, F., Hanson, R. (2022). *Rezyliencja. Jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hazarika, I. (2019). Health workforce governance: key to the delivery of people-centred care, *International Journal of Healthcare Management*, 14(3): 1–5. DOI: 10.1080/20479700.2019.1647380.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Human resources for Health in the WHO European Region, Copenhagen 2006*, https://iris.who.int/handle/10665/347914?search-result=true&query=Human+resources+for+Health+in+the+WHO+European+Region%2C+Copenhagen+2006&scope=10665%2F107131&filtertype_0=dateIssued&filter_relational_operator_0>equals&filter_0=%5B2000+TO+2024%5D&rpp=10&sort_by=score&order=desc (dostęp: 2.12.2023).
- Interpelacja i odpowiedź Ministra Zdrowia na interpelacje poselską (2023) nr 2366 w sprawie podwyższenia limitów przyjęć na studia medyczne, <https://sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTD4CHYP/%24FILE/i02366-o2.pdf> (dostęp: 2.12.2023).
- Jardel, J.-P. (1991). Epidemiology and ethics. The policy-maker's perspective. W: *Ethics and epidemiology. International guidelines*, Z. Bankowski, J.H. Bryant, J.M. Last (eds.). Geneva: CIOMS.
- Korporowicz, V. (2015). Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej, *Studia z Polityki Publicznej*, 1(5). DOI: 10.33119/KSzPP.2015.
- Lim, M.Y.H., Lin, V. (2021). Governance in health workforce: how do we improve on the concept? A network-based, stakeholder-driven approach, *Human Resources for Health*, 2/19(1): 1. DOI: 10.1186/s12960-020-00545-0.
- Maier, C.B., Kroezen, M., Busse, R., Wismar, M. (2022). *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation. Improving Primary and Chronic Care*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Meldunki epidemiologiczne NIZP-PZH (2021). *Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę*, <https://www.pzh.gov.pl/serwisy-tematyczne/meldunki-epidemiologiczne> (dostęp: 2.12.2023).
- Najwyższa Izba Kontroli (2020). *Kształcenie cudzoziemców na polskich uczelniach*, KNO.430.003.2020, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23533, vp,26267.pdf> (dostęp: 2.12.2023).
- Neves, P., Caetano, A. (2006). Social exchange processes in organizational change: The roles of trust and control, *Journal of Change Management*, 6(4): 351–364.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r. (Dz. Urz. MZ z 2023, poz. 113).

- Pedro, N. (2009). Readiness for change: contributions for employee's level of individual change and turnover intentions, *Journal of Change Management*, 9(2): 215–231. DOI: 10.1080/14697010902879178.
- Pollack, J., Pollack, R. (2015). Using Kotter's eight stage process to manage an organisational change program: Presentation and practice, *Systemic Practice and Action Research*, 28: 51–66. DOI:10.1007/s11213-014-9317-0.
- Rodrigues, C.M. C, Plotkin, S.A. (2020). Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives, *Front Microbiol.*, Jul 14/11: 1526. DOI: 10.3389/fmicb.2020.01526.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2006 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U. 2006, Nr 114, poz. 779) – nieobowiązujące.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U. 2007, Nr 116, poz. 807) – nieobowiązujące.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2024, poz. 791).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. 2017, poz. 497).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U. 2019, poz. 1319).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. 2013, poz. 1562).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2022, poz. 342).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i wykonanie szczepienia przeciwko COVID-19 (Dz.U. 2021, poz. 668).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2023, poz. 1186).
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2024, poz. 652).
- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1136).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2023, poz. 2465).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2024, poz. 814).
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2023, poz. 1213).
- Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2023, poz. 506).

- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2024, poz. 676).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2024, poz. 1287).
- Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych (Dz.U. 2023, poz. 2187).
- Waszyk-Nowaczyk, M., Guzenda, W., Kamas, K., Pawlak, K., Bałtrusiewicz, N., Artyszuk, K., Białoszewski, A., Merks, P. (2021). Cooperation Between Pharmacists and Physicians – Whether It Was Before and is It Still Ongoing During the Pandemic?, *J Multidiscip Healthc.*, Aug 7(14): 2101–2110. DOI: 10.2147/JMDH.S318480.
- Witczak, I., Rypicz, Ł. (2020). *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
- Włodarczyk, C. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kraków–Warszawa: Wyd. Medyczne „Vesalius”.
- Wróbel, P. (2019). *Limity przyjęć na medycynę wyraźnie rosną. Czy odbudujemy lekarskie kadry?*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Limity-przyjec-na-medycyne-wyraznie-rosna-Czy-odbudujemy-lekarskie-kadry,198210,9.html> (dostęp: 2.12.2023).
- Wrześniewska-Wal, I., Kobuszewski, B. (2017). Specjalista ze zdrowia publicznego w systemie opieki zdrowotnej, *Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 4(53): 544–555.
- Wrześniewska-Wal, I., Kowalska, E., Augustynowicz, A. (2021). Autonomia zawodu pielęgniarstwa i położnej w świetle nowych uprawnień. W: *Praca w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych. Teraźniejszość i przyszłość* (37–47), I. Wrześniewska-Wal, D. Cianciara, A. Augustynowicz (red.). Warszawa.
- Wrześniewska-Wal, I., Pinkas, J., Ostrowski, J., Jankowski, M. (2023). Pharmacists’ Perceptions of Physician – Pharmacist Collaboration – A 2022 Cross-Sectional Survey in Poland, *Healthcare*, 11: 2444. DOI: 10.3390/healthcare11172444.
- Wrześniewska-Wal, I. (2024). Szczepienia w aptece. Wiedza i postawy szkolących się lekarzy wobec nowych kompetencji farmaceutów dotyczących szczepień osób dorosłych w aptekach – badanie pilotażowe, *Farmacja Polska*, 1: 3–9.
- Yilmaz Börekçi, D. (2021). Deconstructing organizational resilience: A multiple-case study, *Journal of Management and Organization*, 27(3): 422–441. DOI: 10.1017/jmo.2018.72.

