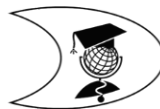




IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

Edukacja Medyczna

Sygn. 451/ZG/24

Stanowisko Oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland nt. wysokości limitów przyjęć studentów_ek na kierunek lekarski wobec jakości kształcenia

Wstęp

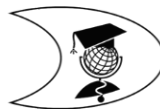
W celu wzrostu liczby absolwentów_ek oraz poprawienia sytuacji ochrony zdrowia w Polsce prowadzone są działania zwiększające liczbę studentów_ek przyjmowanych na kierunki medyczne. Obecny system kształcenia nie jest przystosowany do tego, aby zapewnić odpowiednią jakość nauczania dla tak dużej liczby osób. Dodatkowo mamy do czynienia ze zbyt niską liczbą miejsc specjalizacyjnych względem zapotrzebowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podjęcie działań naprawczych jest niezwykle ważne, jako że dbanie o wysoką jakość kształcenia wśród osób studiujących kierunki medyczne jest kluczowym elementem wpływającym na funkcjonowanie i przyszłość całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Stanowisko IFMSA-Poland

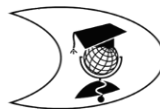
My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że niekontrolowane otwieranie kierunków lekarskich na nowych uczelniach i nieustanny wzrost limitów przyjęć może doprowadzić do degradacji jakości kształcenia, a tym samym negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej, co wpłynie także na zdrowie obywateli_ek. Sądzymy ponadto, że należy przywrócić wymagania dot. otwarcia kierunku lekarskiego co najmniej do tych obowiązujących przed rokiem 2021. Uważamy, że limity przyjęć na studia lekarskie powinny być oparte na przygotowanej wcześniej analizie zapotrzebowania i dostosowane do współczesnych wyzwań i standardów kształcenia.

W związku z powyższym my, członkowie IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) Rząd Rzeczypospolitej Polskiej, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego do:
 - a) Przywrócenia wymagań dot. otwarcia kierunku lekarskiego do wymagań obowiązujących przed 2021 rokiem;
 - b) Ewaluacji kierunków lekarskich otwartych w ciągu ostatnich 3 lat, w celu potwierdzenia spełniania wymagań Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA);
 - c) Zaprzestania nauczania na kierunkach lekarskich niespełniających wymogów PKA oraz jednoczesne zapewnienie studentom_ekom możliwości kontynuacji nauki;



- d) Analizy obecnej sytuacji demograficznej i zapotrzebowania zdrowotnego w Polsce, aby limity przyjęć na studia medyczne były adekwatne do powyższych czynników i możliwości systemu ochrony zdrowia w Polsce;
 - e) Analizy i ewaluacji obecnych standardów kształcenia na kierunku lekarskim, aby gwarantowały one jak najwyższą jakość m.in. poprzez ustalenie maksymalnej liczby 5 osób w grupach klinicznych na wszystkich latach studiów, górnego limitu liczby zajęć w postaci symulacji medycznych, a także zagwarantowanie minimalnego czasu edukacji przy łóżku pacjenta;
 - f) Zwiększenia nakładów finansowych na system opieki zdrowotnej, w tym dla uczelni kształcących na kierunkach medycznych;
 - g) Zwrócenia uwagi na problem braku zastępowalności pokoleń wśród pielęgniarek_rzy i podjęcie działań do zwiększania prestiżu tego zawodu, które miałyby prowadzić do skokowego wzrostu zainteresowania nim;
 - h) Zmniejszenia obciążeń biurokratycznych na personelu medycznym, aby medycy_czki mogli_ły w jak największym stopniu skupić się na pacjentach, m.in. poprzez promowanie zatrudniania asystentów_ek i sekretarzy_rek medycznych.
- 2) Uczelnie kształcące na kierunku lekarskim w Polsce do:
- a) Dbania o jakość kształcenia poprzez zapewnienie odpowiedniej organizacji zajęć, właściwej infrastruktury oraz wysoko wykwalifikowanej kadry dydaktycznej;
 - b) Włączenia się w dyskurs z rządzącymi w celu wypracowania optymalnych rozwiązań dla edukacji medycznej w Polsce – zarówno w kontekście zdrowia publicznego, jak i samej jakości kształcenia;
 - c) Podjęcia rozmów z Rządem na temat ewaluacji i poprawy wytycznych dot. otwierania nowych kierunków lekarskich oraz akredytacji, aby stale monitorować funkcjonowanie uczelni w dynamicznie zmieniającym się świecie.
- 3) Media publiczne i prywatne do:
- a) Nieudostępniania platform osobom i organizacjom, które szerzą mowę nienawiści oraz używają dyskryminującego języka;
 - b) Dbania o jakość przekazywanych komunikatów, rozpowszechniania wyłącznie danych z wiarygodnych źródeł informacji oraz uzyskiwania opinii specjalistów_ek w danej dziedzinie, m.in. osób pracujących na uczelniach medycznych lub w Ministerstwie Zdrowia;
 - c) Informowania odbiorców o złożoności problemów w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, zwracając uwagę na wyzwania związane z dostosowaniem odpowiedniej liczby miejsc na kierunkach lekarskich do możliwości kształcenia uczelni medycznych i stale zmieniającej się struktury rynku pracy w Polsce;
 - d) Edukowania społeczeństwa na swoich platformach o wymaganiach i wyzwaniach dla nowych kierunków lekarskich pod kątem dbania o jakość kształcenia.

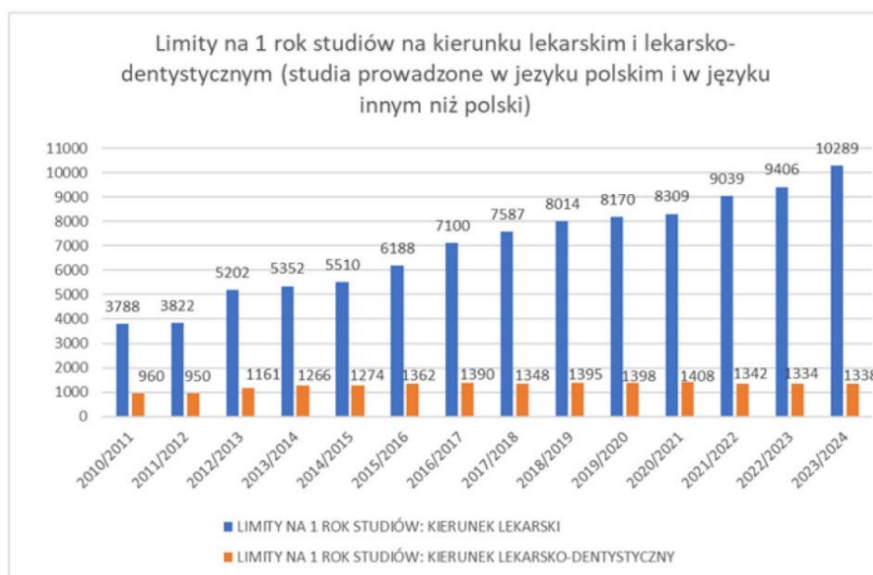


- 4) Członków_inie IFMSA-Poland oraz wszystkie osoby studiujące kierunki medyczne do:
- a) Dbania o jakość nauczania w ramach własnej uczelni, w tym angażowanie się w działania mające na celu zwiększenie udziału studentów_ek w podejmowanych decyzjach, m.in. w postaci wypełniania ankiet, głosowania w czasie wyborów w obrębie uczelni;
 - b) Rzecznictwa na rzecz łatwiejszego dostępu do efektywniej funkcjonującego publicznego systemu ochrony zdrowia i poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - c) Działań na rzecz zwiększania świadomości studentów_ek o obecnej sytuacji systemu ochrony zdrowotnej i jakości nauczania poprzez realizację projektów i kampanii informacyjnych o zasięgu lokalnym i ogólnopolskim;
 - d) Edukacji pacjentów_ek i innych osób na temat wyzwań dla funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce;
 - e) Zwracania uwagi na to, iż system opieki zdrowotnej składa się z wielu grup specjalistów_ek, którzy różnią się między sobą uprawnieniami i zakresem obowiązków, a jedynie ich skuteczna współpraca pozwala na skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

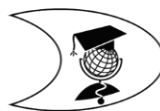
Tło problemu

Limity przyjęć na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych^[1-2]

Rozporządzenie Ministra Zdrowia reguluje limity przyjęć na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych uczelniach na studia stacjonarne i niestacjonarne w języku polskim oraz innym języku niż polski.



Wykres 1.^[2]



W ubiegłych latach zanotowano zwiększenie limitu przyjęć na studia na kierunku lekarskim z 3 788 w 2010 r. do 10 289 w 2023 r. oraz na kierunku lekarsko-dentystycznym z 960 w 2010 r. do 1 338 w 2023 r.^[1]

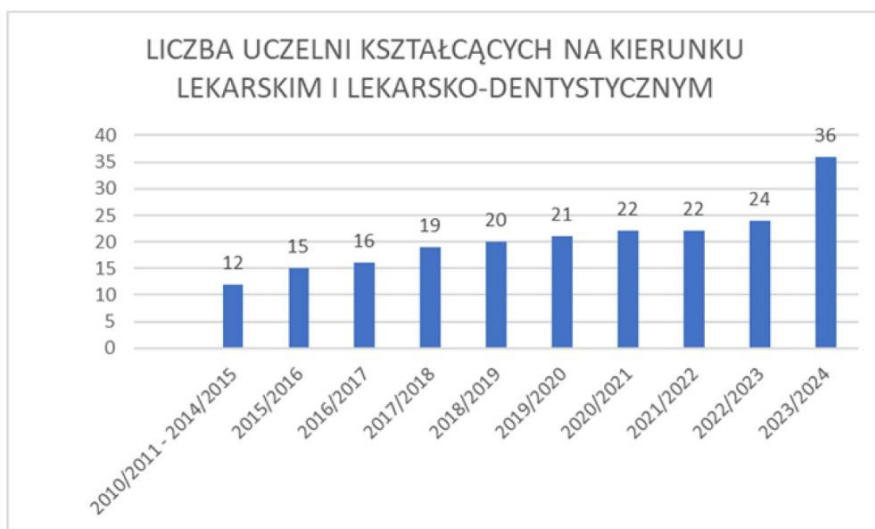
Liczba studentów_ek rozpoczynających studia na kierunku lekarskim w j. polskim zmieniła się z 3 023 w 2010 r. do 8 460 w 2023 r., co stanowi wzrost o 279%. Liczba studentów_ek rozpoczynających studia na kierunku lekarsko-dentystycznym w j. polskim zmieniła się z 748 w 2010 r. do 1 040 w 2023 r., co stanowi wzrost o 39%.

Zwiększenie limitów nie oznacza, że studia ukończy taka sama liczba studentów, jaka je rozpoczęła. Z obserwacji wynika, że studia kończy:

- 93% studentów_ek bezpłatnych na kierunku lekarskim,
- 91% studentów_ek bezpłatnych na kierunku lekarsko-dentystycznym.

Należy jednak zauważyć, że zdecydowanie mniej osób kończy studia płatne.

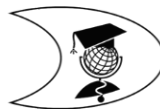
Między rokiem akademickim 2010/2011 a 2023/2024 nastąpił znaczący, 300% wzrost liczby uczelni oferujących kierunek lekarski (12→36). W tym samym okresie liczba uczelni kształcących na kierunku lekarsko-dentystycznym pozostała na poziomie 10. Kolejne uczelnie planują otworzyć kierunki lekarskie.



Wykres 2.^[2]

Kierunek lekarski:

Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim wzrosła z 16 672 w roku akademickim 2012/2013 do 29 112 w roku akademickim 2023/2024, co stanowi wzrost o 74%.



Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie niestacjonarnej w języku polskim wzrosła z 3 298 w roku akademickim 2012/2013 do 6 285 w roku akademickim 2023/2024, co oznacza wzrost o 90%.

Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż polskim wzrosła z 5 718 w roku akademickim 2012/2013 do 6 704 w roku akademickim 2023/2024, co stanowi wzrost o 17%.

Kierunek lekarsko-dentystyczny:

Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim wzrosła z 3 527 w roku akademickim 2012/2013 do 3 832 w roku akademickim 2023/2024, co oznacza wzrost o 8%.

Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie niestacjonarnej w języku polskim wzrosła z 919 w roku akademickim 2012/2013 do 1 019 w roku akademickim 2023/2024, co stanowi wzrost o 10%.

Liczba studentów_ek na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż polskim wzrosła z 620 w roku akademickim 2012/2013 do 784 w roku akademickim 2023/2024, co oznacza wzrost o 26%^[2].

Podsumowanie raportu Najwyższej Izby Kontroli „Kształcenie i Przygotowanie Zawodowe Kadr Medycznych”^[3]

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) punktuje nieścisłości Ministerstwa Zdrowia związane z ustalonymi limitami przyjęć studentów_ek na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Ustalenia NIK-u wskazują, że limity przyjęć powstały bez jakiegokolwiek analizy zapotrzebowania na kadry medyczne czy przeprowadzenia ekspertyzy zasobów kadry nauczającej i zasobów infrastrukturalnych.

Na co zwraca uwagę NIK?^[3]

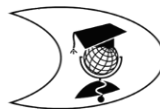
1. Brak długookresowej strategii zdrowotnej.

Minister Zdrowia nie opracował sformalizowanej długookresowej strategii uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych. Decyzje o liczbie kształconych lekarzy_ek i przedstawicieli_ek innych zawodów medycznych nie były podejmowane na podstawie ustalonych norm, mających uzasadnienie w aktualnych i przewidywanych potrzebach zdrowotnych.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

Edukacja Medyczna

2. Brak funkcjonowania Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

System, który miał gromadzić informacje pozwalające na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w różnych dziedzinach medycyny i farmacji oraz wspomagać proces zarządzania systemem kształcenia, nie funkcjonował.

3. Brak mechanizmów szacowania skali emigracji personelu medycznego.

Nie istniały narzędzia do rzetelnego oszacowania liczby osób, które faktycznie wyjechały z kraju i podjęły pracę w innym kraju UE, co zmniejszało skuteczność działań mających na celu ograniczenie emigracji personelu medycznego.

4. Decyzje o limitach przyjęć.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były ogłaszane po rozpoczęciu procesu rekrutacji w uczelniach medycznych. Dla przykładu, rozporządzenia były ogłaszane w dniach: 21 sierpnia 2014 r. (2014/2015), 20 sierpnia 2013 r. (2013/2014), 23 lipca 2012 r. (2012/2013).

5. Nadzór nad uczelniami medycznymi.

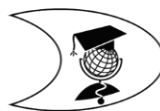
Minister Zdrowia, mający uprawnienia do kontroli działalności uczelni medycznych, nie korzystał z tego uprawnienia. W latach 2013–2015 Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego również nie przeprowadzał kontroli dotyczących kierunków medycznych na uczelniach przez siebie nadzorowanych.

6. Problemy z rekrutacją i limitami przyjęć.

Progi punktowe decydujące o umieszczeniu kandydata_ki na liście osób zakwalifikowanych były ustalane bez wiedzy o limicie przyjęć, co stwarzało problemy podczas rekrutacji.

W roku akademickim 2015/2016 udział miejsc na studia w języku obcym w stosunku do wszystkich miejsc wahał się od 13,2% na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi do 50,0% na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, ze średnią wynoszącą 25,3%. NIK podkreśla, że studia medyczne prowadzone w języku obcym korzystają z tych samych zasobów dydaktycznych, co studia w języku polskim, co ogranicza ich dostępność dla polskojęzycznych studentów_ek. Warto zauważyć, że absolwenci_tki anglojęzyczni_e często nie podejmują pracy w Polsce. Pominięto stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, która wskazuje, że przyznawanie dużej liczby miejsc studentom_ek zagranicznym, choć korzystne finansowo i prestiżowe dla uczelni, ogranicza liczbę miejsc dla przyszłej polskiej kadry medycznej.

NIK zauważa, że uczelnie stosowały różne rozwiązania dotyczące limitów przyjęć na studia medyczne. Na przykład, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie w przypadku remisu punktowego przyjmował tylko osoby z wyższymi wynikami, co skutkowało niewypełnieniem limitu. Następnie, w trakcie rekrutacji, przenoszono studentów_ki niestacjonarnych_e o niższych wynikach.



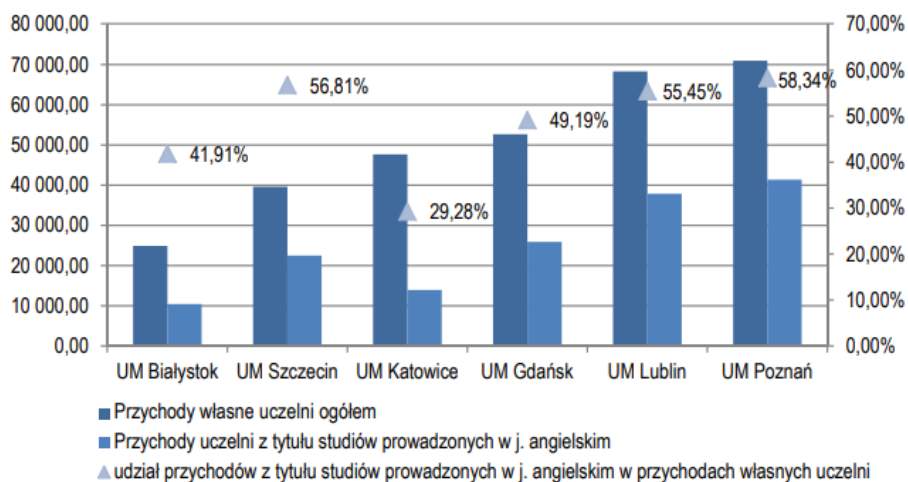
Z kolei Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach zwracał się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o zgodę na przekroczenie limitów w takich sytuacjach, co skutkowało nieznacznym wzrostem studentów przyjętych w rekrutacji. NIK sugeruje ujednolicenie procedur wypełniania limitów, aby zapewnić przyjęcie najlepszych kandydatów_ek lub rozważyć tymczasowe zniesienie limitów, skoro decyzje o ich wysokości pozostawia się uczelniom. NIK zwraca również uwagę, że te stanowiska nie odnoszą się do limitów przyjęć na studia w języku angielskim. Często uczelnie przyjmowały więcej studentów_ek, niż wynosił limit, argumentując, że nie obciąża to budżetu państwa. Według NIK, takie praktyki są problematyczne, gdyż ograniczona baza dydaktyczna jest coraz bardziej wykorzystywana do kształcenia studentów_ek zagranicznych, co zmniejsza dostępność dla pozostałych studentów_ek.

7. Finansowanie i limity przyjęć.

Limity przyjęć na studia były określane na podstawie możliwości dydaktycznych uczelni oraz względów finansowych. W badanym okresie limit przyjęć na kierunek lekarski na studia stacjonarne wzrósł o 14,4%, a na niestacjonarne o 39,9%. Przychody z tytułu kształcenia studentów obcojęzycznych stanowiły średnio 48,5% przychodów własnych uczelni w 2014 r.

Wykres nr 3.

Udział przychodów z tytułu opłat za kształcenie w języku angielskim w przychodach własnych uczelni w 2014 r.
w tys. zł.



Źródło: Dane z kontroli jednostkowych w uczelniach medycznych.

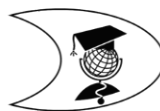
8. Emigracja kadr medycznych.

Migracja personelu medycznego (lekarzy i lekarzy dentystów) jest monitorowana przez rejestrację liczby zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych, wydawanych przez samorząd lekarski w celu podjęcia pracy w krajach UE. Z informacji Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) wynika, że od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, na ogólną liczbę 128 943 lekarzy_ek, wydano łącznie 9 294 zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe (stan na 1 czerwca 2015 r.). Dla lekarzy_ek dentystów_ek, z 35 210 wykonujących zawód, wydano 973 takie zaświadczenia (stan na 6 maja 2015 r.). Liczba wydanych zaświadczeń nie odzwierciedla jednak liczby osób, które faktycznie wyjechały do pracy za granicę, ponieważ nie każdy, kto otrzymał zaświadczenie, zdecydował się na wyjazd. Ponadto, do pracy poza UE zaświadczenia te nie są wymagane.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

Edukacja Medyczna

Lekarze_ki zamierzający_e pracować w innym kraju UE muszą również uzyskać zaświadczenie dotyczące postawy etycznej. Według NIL, wydano 10 056 takich zaświadczeń dla lekarzy_ek (stan na 1 czerwca 2015 r.) oraz 2 826 dla lekarzy_ek dentystów_ek (stan na 6 maja 2015 r.). Ponieważ zaświadczenia te są ważne tylko przez trzy miesiące, niektórzy_e lekarze_ki występują o nie wielokrotnie. Brakuje narzędzi do oszacowania liczby wyjazdów do pracy poza UE.

9. Działania na rzecz zmniejszenia emigracji.

Podjęte działania, takie jak pozyskiwanie środków z funduszy unijnych na kształcenie podyplomowe, miały na celu zmniejszenie emigracji kadr medycznych. Brak wiarygodnych danych o skali tego zjawiska wpłynął jednak na nieskuteczność tych działań.

Podsumowując, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę stworzenia sformalizowanej strategii zdrowotnej, skutecznego systemu monitorowania kształcenia oraz mechanizmów szacowania emigracji personelu medycznego, aby poprawić efektywność działań Ministerstwa Zdrowia w zakresie kształcenia i zatrzymania kadr medycznych w kraju.

Jakość edukacji medycznej w Polsce^[4–8]

Podczas dyskusji o decyzji nad optymalną liczbą studentów_ek kierunków medycznych w Polsce, oprócz samego zapotrzebowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, kluczowe jest całościowe spojrzenie na możliwości kształcenia. Obecnie w Polsce funkcjonuje 36 kierunków lekarskich. Aż 14 z nich rozpoczęło swoją działalność w październiku 2023 r., z których ponad 70% nie uzyskało pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej^[4]. Obecność specjalistycznej infrastruktury w obrębie uczelni oraz wykwalifikowanej kadry są niezbędne dla uzyskania odpowiednich efektów kształcenia wśród przyszłych kadr medycznych.

Kluczowe jest również dbanie o jakość zdobywanych umiejętności praktycznych. Ważne są nie tylko zajęcia opierające się na symulacjach, lecz również te opierające się na pracy z pacjentami. Realizując program nauczania należy pamiętać o zachowaniu godności pacjenta. Bez zachowania odpowiednio małej liczebności grup klinicznych warunki prowadzonych zajęć stają się mniej korzystne – zarówno pod względem merytorycznym, jak i dbania o komfort pacjenta_ki^[5].

Mając na uwadze proces akredytacji i jakość edukacji medycznej, należy również zwrócić uwagę, aby wszelkie wprowadzane zmiany w jak najmniejszym stopniu dotyczyły studentów_ki. Wszelkie zmiany powinny więc być wprowadzane stopniowo i priorytetyzować dostęp studentów_ek do rzetelnych źródeł wiedzy medycznej.

Niezwykle ważnym aspektem jest pozytywny wpływ zmniejszenia liczebności grup klinicznych na jakość nauczania^[6]. Według poprzednio obowiązujących standardów nauczania, praktyczne zajęcia kliniczne powinny być przeprowadzane w maksymalnie 6-osobowych grupach, jednak już w październiku 2024 r. wdrożone zostały nowe standardy jakości kształcenia (Dz.U. 2023 poz. 2152).



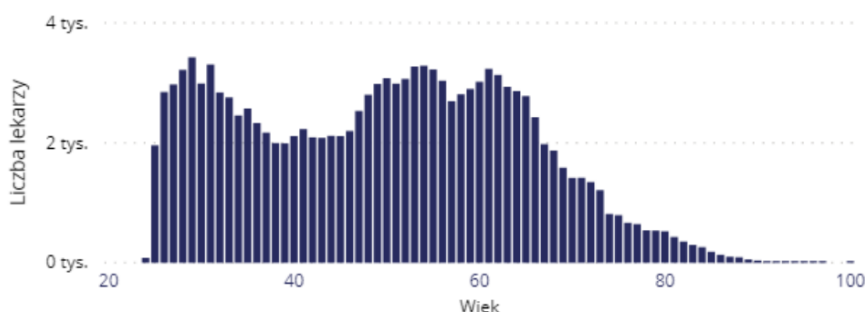
Zgodnie z nimi, zajęcia praktyczne nauczane na VI roku studiów powinny być realizowane w grupach maksymalnie 5-osobowych^[7,8]. W wyjątkowych sytuacjach dopuszczalne jest prowadzenie zajęć w grupach 8-osobowych. W związku z brakiem zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia w trakcie zajęć przyłóżkowych, Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy apeluje o to, aby zajęcia praktyczne odbywały się maksymalnie w grupach 6-osobowych.

Jednocześnie ważne jest zdefiniowanie liczebności grup w trakcie zajęć praktycznych na wszystkich latach studiów, a nie tylko tych odbywających się w trakcie ostatniego roku studiów. Obecnie nie istnieją limity liczebności grup dotyczące edukacji przyłóżkowej na wcześniejszych latach studiów. Przez ostatnie lata ustalanie grup klinicznych o jak najniższej liczebności było oczywiste z racji mniejszej liczby studentów_ek. Obecnie wymaga to regulacji prawnej, aby zapobiegać obniżaniu jakości kształcenia na wszystkich latach studiów z powodu braku limitów liczebności grup klinicznych.

Struktura systemu ochrony zdrowia w Polsce^[9-17]

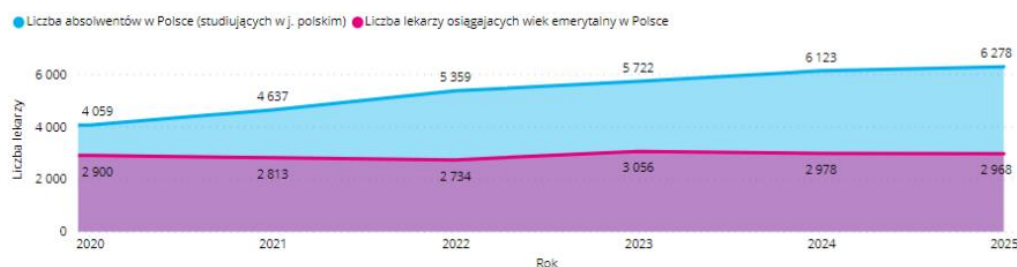
W 2019 r. zauważalny był wzrost liczby młodych lekarzy_ek w porównaniu do lekarzy_ek w wieku 35–45 lat. Analizując tę tendencję w kontekście liczby lekarzy powyżej 45. roku życia, można przypuszczać, że w przyszłości nie powinno wystąpić zmniejszenie liczby lekarzy_ek^[9].

Rysunek 241. Rozkład wieku lekarzy aktywnych zawodowo w Polsce

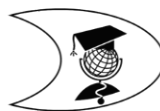


Wykres 4.^[9]

Rysunek 243. Liczba absolwentów kierunku lekarskiego i liczba lekarzy osiągniętych wiek emerytalny



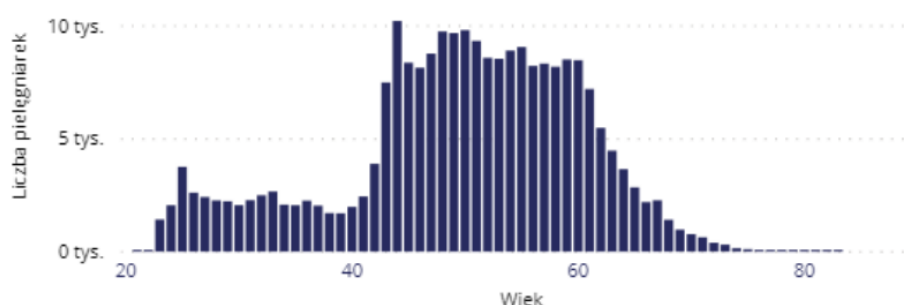
Wykres 5.^[9]



Wykres nr 5 przedstawia liczbę absolwentów_ek kierunku lekarskiego studiujących w języku polskim oraz liczbę lekarzy_ek osiągających wiek emerytalny. Wykres ukazuje zastępowalność lekarzy_ek opuszczających rynek pracy. Widoczna jest wyraźna przewaga liczby absolwentów_ek nad liczbą lekarzy_ek w wieku emerytalnym.

Zastępowalność pokoleń wśród lekarzy_ek warto porównać z zastępowalnością wśród personelu pielęgniarskiego. Dane dotyczące rozkładu wieku wskazują na stosunkowo niski wzrost liczby absolwentów_ek pielęgniarstwa oraz dużą liczbę personelu pielęgniarskiego powyżej 43. roku życia, co sugeruje ryzyko zmniejszenia się ich ogólnej liczby w przyszłości.

Rysunek 257. Rozkład wieku pielęgniarek w Polsce

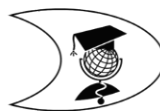


Wykres 6.^[9]

Ekspert z Naczelnej Izby Lekarskiej wskazuje, że rosnąca liczba absolwentów_ek kierunków lekarskich może spowodować, że część z nich będzie wykonywać zadania innych zawodów medycznych, w których również brakuje pracowników^[10].

Warto zwrócić uwagę na liczbę dostępnych miejsc specjalizacyjnych z danych dziedzin medycyny oraz zestawień je z liczbą chętnych do ich realizowania. Znaczący jest również czas oczekiwania w kolejce na wizytę u lekarza_ki specjalisty_ki. Dla przykładu, w rekrutacji na rezydenturę jesienią 2023 r. na dermatologię i wenerologię zostały złożone 392 wnioski przy 40 oferowanych miejscach specjalizacyjnych, natomiast na endokrynologię zostało przyjętych 311 wniosków, przy 36 dostępnych miejscach^[11].

Porównując sytuację w Polsce przykładowo do Wielkiej Brytanii warto zaznaczyć, że brytyjski rząd przyjął sobie za cel, aby podwoić liczbę studentów_ek medycyny do 2031 r., jednakże problemy w dostawianiu się na staż podyplomowy są już teraz widoczne. Skokowy wzrost absolwentów_ek kierunku lekarskiego doprowadził do sytuacji, że ponad 1 tys. osób otrzymało wiadomość, iż nie wiadomo w którym szpitalu odbędą szkolenie. 1 na 9 młodych lekarzy_ek zostało pozostawionych w sytuacji braku informacji o miejscach pobytu i pracy przez następne 2 lata ich życia. Taki obrót spraw powoduje, że coraz więcej ludzi postawionych w takiej sytuacji decyduje się na porzucenie kontynuacji kształcenia, a tym samym opuszczenie systemu ochrony zdrowia^[12].



Hiszpania jest z kolei krajem z największą liczbą wydziałów lekarskich na mieszkańca na świecie. Obecnie jest ich 50, podczas gdy 15 lat temu ich liczba wynosiła 28. Planowane jest otwieranie kolejnych wydziałów i zwiększenie liczby oferowanych miejsc na poszczególnych uczelniach o 15%. Obecnie, z powodu nadmiernej liczby studentów_ek, już brakuje dla nich odpowiedniej infrastruktury, kadry kształcącej, a także miejsca w szpitalach. Według Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Walencji już 3–6 studentów przy pacjencie to jest zbyt wielu, zwraca on uwagę na potrzebę oszacowania ilu_e tak naprawdę studentów_ek kierunku lekarskiego jest potrzebnych. Podkreśla, że kształcenie każdego_ej studenta_ki jest bardzo kosztowne, co prowadzi do tego, że wiele osób nie dostanie się na wymarzone specjalizacje. W ten sposób wydatkowane pieniądze nie uważa za dobre zarządzanie finansami^[13].

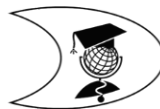
Decydenci i media często podają zaniżone liczby, prawdopodobnie bazując na danych GUS-u, które w swoich statystykach dotyczących zatrudnienia w szpitalach nie uwzględniają lekarzy pracujących na kontraktach. Warto zwrócić uwagę, że OECD również błędnie określał wskaźnik lekarzy_ek. Jeszcze w 2019 r. wskazywał, że jest 2,4 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców, a w 2023 r. już 3,4 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców^[14]. Błędy OECD wynikały z niejednolitego podejścia do liczenia liczby lekarzy w zależności od kraju. Przez ostatnie lata polityka zdrowotna w Polsce skierowana do kadr medycznych była oparta na nieprawdziwych danych.

Kolejnym problemem jest dysproporcja ilości zasobów kadr medycznych między większymi i mniejszymi ośrodkami miejskim, co doskonale obrazuje ponad 6 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców w Warszawie. Biorąc pod uwagę województwa jest to np. 2,48 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców w województwie lubuskim i 5,73 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców w województwie mazowieckim^[14]. Brakuje planów na usprawnienie pracy lekarza_ki i efektywną dystrybucję zasobów ludzkich.

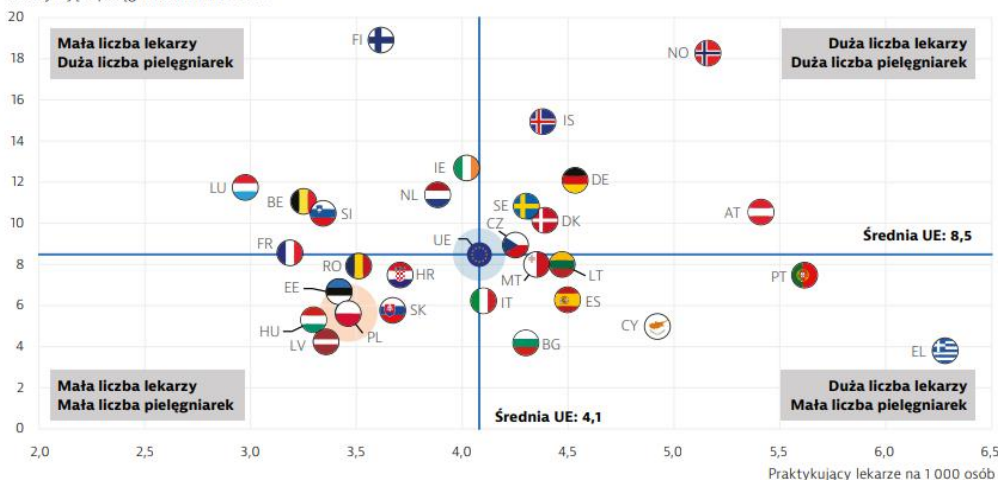
Warto także zastanowić się, czy tworzenie kierunków lekarskich w rejonach, gdzie zapotrzebowanie na lekarzy_ki jest niskie, to właściwy kierunek. W Warszawie 5 uczelni prowadzi kierunek lekarski^[15].

Wszystkie kraje uwzględnione w benchmarku liczby lekarzy_ek na 1 tys. obywateli_ek, mimo dobrych wyników, mają problemy z niedoborem lekarzy_ek. W krajach z efektywnymi systemami opieki zdrowotnej docelowa liczba lekarzy_ek wynosi około 4,1 na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy w Polsce jest to 3,6 (dane z 2022 r. na podstawie danych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia), co oznacza niedobór na poziomie około 15%^[16].

Porównując obecną sytuację odnośnie liczby lekarzy_ek w Polsce na tle Unii Europejskiej, liczba ta wynosi 3,4 lekarzy_ek na 1 tys. mieszkańców, co jest niższym wynikiem niż średnia UE, wynosząca 4,1. W niektórych regionach, zwłaszcza na obszarach wiejskich, brakuje lekarzy. Zażegzszczenie pielęgniarek_rzy w Polsce również jest niskie, wynoszące 5,7 na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia UE to 8,5 na 1 tys. mieszkańców. Personel pielęgniarstwa jest zazwyczaj starszy – prawie jedna trzecia pielęgniarek_rzy ma 50–59 lat, podczas gdy w przypadku lekarzy_ek jest to jedna piąta.

**Rys. 10. Liczba pielęgniarek w Polsce jest o jedną trzecią niższa niż średnia w UE**

Praktykujące pielęgniarki na 1 000 osób



Uwagi: Średnia UE nie jest ważona. Dane dotyczące personelu pielęgniarskiego obejmują wszystkie kategorie pielęgniarzy i pielęgniarek (nie tylko te, które spełniają wymogi dyrektywy UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych). W przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, czego skutkiem jest znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy (np. o ok. 30% w przypadku Portugalii). W przypadku Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach.

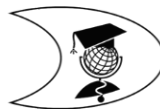
Źródło: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia (dane za 2021 r. lub najbliższy dostępny rok).

Wykres 7.^[9]

Przed pandemią Polska miała o 25% więcej łóżek szpitalnych (6,2 łóżka na 1 tys. mieszkańców), niż wynosiła średnia w UE (4,9 na 1 tys. mieszkańców). Mimo to, niski wskaźnik obłożenia łóżek (66% w 2021 r.) sugeruje nadmiarową infrastrukturę w sektorze szpitalnym (Ministerstwo Zdrowia, 2023 r.). Nawet gdyby liczba lekarzy_ek wzrosła do 8 na 1 tys. mieszkańców, nie rozwiązałoby to problemu, ponieważ trudne warunki pracy i brak chęci do pracy w mniejszych miejscowościach pozostają poważnymi barierami. Ten trend nie jest wynikiem źle zaprojektowanego systemu opieki zdrowotnej, ale odzwierciedla ogólne tendencje migracyjne, jak wskazują dane GUS-u. Zwiększenie liczby lekarzy_ek nie przyciągnie specjalistów_ek do odległych rejonów, dlatego nie ma sensu utrzymywać nierentownych szpitali w małych miejscowościach. Lepszym rozwiązaniem byłoby wzorowanie się na modelach skandynawskich – tworzenie dużych szpitali w większych miastach, wspartych sprawnym systemem transportu medycznego^[17].

Wyzwania dla systemu ochrony zdrowia w Polsce^[12, 14, 17–22]

Jednymi z priorytetów systemu ochrony zdrowia w Polsce, które wpłynęły na decyzję znacznego zwiększenia limitu przyjęć na kierunku lekarskim, były zapewnienie szybkiego i łatwego dostępu do opieki specjalistycznej oraz zabezpieczenie ilości kadry na przyszłość. Według raportu Barometr WHC – Kobiety w Kolejce 2024 czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa sięgał 18 miesięcy, zaś według raportu Barometr WHC 2023 – Polacy w Kolejках (wrzesień 2023 r.) średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne wynosił 3,5 miesiąca. Mimo tak długiego oczekiwania na wizytę u specjalistów_ek nie podjęto kroków w celu zwiększenia dostępności szkolenia specjalizacyjnego dla młodych lekarzy_ek. Tylko podczas jesiennej rekrutacji 2023 dostępnych było 36 miejsc na endokrynologię w skali całego kraju. Liczba złożonych wniosków wynosiła 2354, co daje 65,39 kandydata_ki na miejsce^[18].



Zwiększenie limitów na kierunek lekarski nie spowoduje poprawy sytuacji braku dostępności do specjalistów_ek, a wręcz nasili powyżej opisane zjawisko. Taki obraz może spowodować ryzyko potencjalnej emigracji młodych lekarzy, braku chęci podejmowania szkolenia specjalizacyjnego, a nawet bezrobocia – co aktualnie zauważalne jest np. w Wielkiej Brytanii^[12].

Problem niedoborów kadrowych widać najwyraźniej w szpitalach oddalonych od dużych ośrodków miejskich. Spadek liczby mieszkańców małych miast nie jest nowym zjawiskiem, zaś przyczyna owego trendu bezpośrednio wpływa na decyzje zawodowe młodych lekarzy_ek. Większe miasta charakteryzują się lepszymi perspektywami rozwoju, warunkami pracy czy chociażby dostępem do usług i kultury. Tę tezę potwierdza liczba lekarzy_ek na terenie Warszawy (tj. 6 na 1 tys. mieszkańców)^[14].

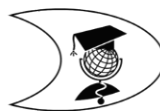
Innym problemem sektora ochrony zdrowia jest jego niedofinansowanie. Sytuacja ta wpływa zarówno na jakość leczenia, jak i motywacje potencjalnych jego pracowników. Aktualnie wiele polskich szpitali zmagają się z problemami finansowymi. Przykładową sytuacją, która wpływa na pracowników jest niewypłacanie pełnego wynagrodzenia^[19]. Według raportu „luka finansowa systemu ochrony zdrowia. Perspektywa 2025-2027” Narodowy Fundusz Zdrowia, w „minimalnym scenariuszu” zakładającym ograniczenie funkcjonowania systemu, potrzebować będzie nie mniej niż 92,5 mld złotych dofinansowania.

W celu poprawy atrakcyjności zawodów medycznych w 2022 r. wprowadzono zmiany w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zgodnie z tą ustawą, wynagrodzenia pracowników sektora medycznego podlegają corocznemu przeglądowi i są wyliczane na podstawie iloczynu współczynnika pracy (określonego w ustawie dla poszczególnych profesji) oraz przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej z roku poprzedniego^[20]. W 2022 r. ta podwyżka wyniosła średnio ok. 30% i więcej w przypadku pielęgniarek_rzy o określonych kwalifikacjach^[21]. Doprowadziło to do pogorszenia sytuacji finansowej wielu szpitali powiatowych, a niektóre przestały uznawać kwalifikacje zdobyte przez pielęgniarzy i niemedycznych pracowników ochrony zdrowia, aby uniknąć konieczności podwyższania wynagrodzenia. Taka sytuacja tylko pogłębia problem kadrowy i zniechęca do podejmowania zawodu.

Przyszłościowym problemem mogą okazać się także oczekiwania finansowe lekarzy_ek specjalistów_ek.

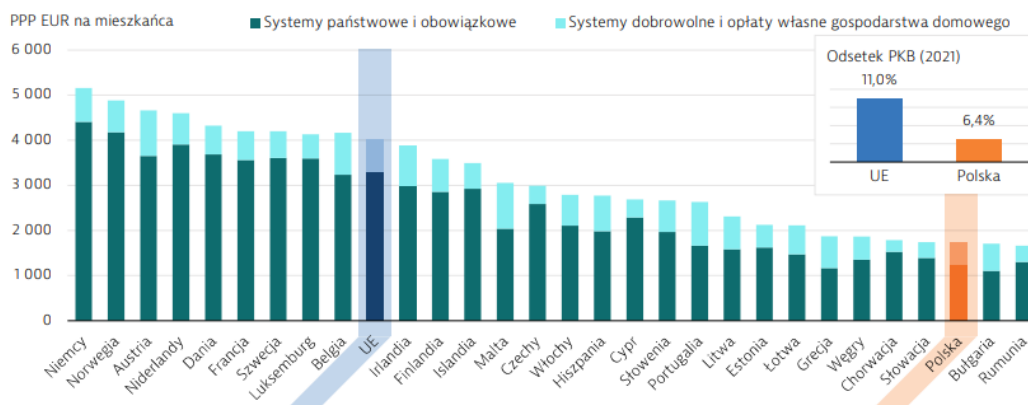
Zgodnie z raportem OECD Health at a Glance 2023^[14] polscy_kie specjaliści_stki znajdują się na ostatnim miejscu względem wskaźnika wysokości wynagrodzenia w stosunku do średniej krajowej, który wynosi 1,4. Może to powodować zarówno chęć emigracji, jak i podejmowania pracy w sektorze prywatnym.

Polska do dziś znajduje się poniżej średniej UE pod względem wydatków na zdrowie względem PKB. Według raportu State of Health in the EU Polska 2023 to 6,4% w Polsce i średnio 11,0% w UE (2021 r.). Według parytetu siły nabywczej walut (PPP) Polska wydaje na zdrowie mniej niż połowę średniej UE^[17].



Udział środków publicznych w finansowaniu opieki zdrowotnej wzrósł nieznacznie i wynosi około 73%, czyli o 8 punktów procentowych mniej niż średnia UE (81,1% w 2021 r.). Około 60% tego finansowania pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które są pobierane z wynagrodzeń. Prywatne wydatki gospodarstw domowych stanowią 28% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną, co jest wyższe od średniej UE (19%). Większość tych wydatków (20%) obejmuje koszty nierefundowanych świadczeń zdrowotnych, takich jak leki, opieka ambulatoryjna i dentystyczna.

Rys. 8. Polska wydaje na zdrowie mniej niż połowę średniej UE



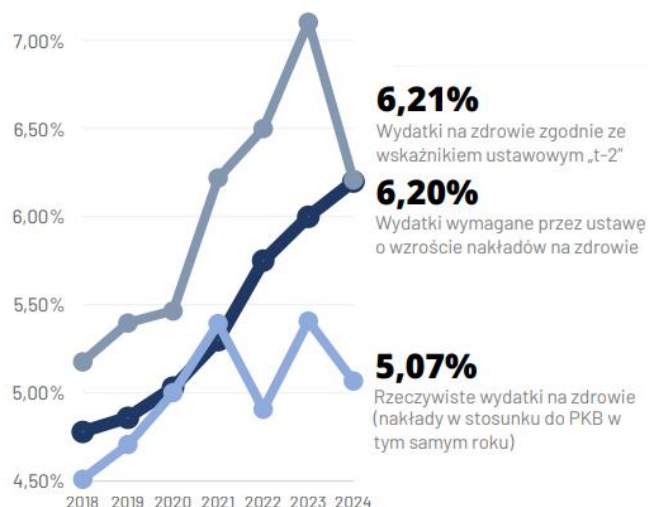
Uwaga: Średnia UE jest ważona.

Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2023 r. (dane za 2021 r., z wyjątkiem Malty, w przypadku której dane odnoszą się do 2020 r.).

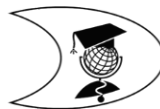
Wykres 8.^[17]

Warto zwrócić uwagę na szczegóły dot. realizacji ustawy o wzroście nakładów na zdrowie do 7 proc. PKB. Obowiązuje tam zasada t-2, czyli porównywania wydatków na zdrowie poniesionych w danym roku z poziomem produktu krajowego brutto sprzed dwóch lat. Powoduje to sytuację, w której rzeczywiste wydatki na zdrowie są dużo niższe przyrównując je do aktualnego PKB^[22].

Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB



Wykres 9.^[22]



Mapa potrzeb zdrowotnych^[3] to dokumenty określające potrzeby zdrowotne opracowane przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Opracowano w nich szereg analiz i strategii starających się przygotować na przyszłość. Jako największe wyzwanie dokument wskazuje na zwiększenie efektywności jego systemu ochrony zdrowia tak, by przygotować się na najczęstsze przyczyny zgonu, jak i zmieniającą się demografię Państwa. Zmiana struktury wieku społeczeństwa spowoduje zarówno zwiększone zapotrzebowanie na opiekę medyczną jak i problemy z finansowaniem wynikającym z malejącej populacji w wieku produkcyjnym. Pośród największych wyzwań zdrowotnych wymieniono chorobę niedokrwienną serca, udary, choroby nowotworowe czy ośpionki. Jako najpoważniejszy problem dot. kadr medycznych wskazano liczbę pielęgniarek_rzy. Warto podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia opierając się na wspomnianych danych przewiduje nadpodaż lekarzy_ek przy aktualnej ilości studentów_ek medycyny i niezmiennym trendzie rekrutacji.

Jednakże cytując raport NIK: „W Ministerstwie Zdrowia nie została opracowana – w postaci sformalizowanego dokumentu – długookresowa strategia uwzględniająca potrzeby zdrowotne społeczeństwa, oparta na analizie trendów demograficznych, z uwzględnieniem danych faktograficznych i projekcji, które uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy_ek i przedstawicieli_ek innych zawodów medycznych”. Podobne zdania padają w zakresie podejmowania decyzji o liczbie miejsc specjalizacyjnych^[3].

Wdrażanie innowacji w edukacji medycznej^[23–27]

W świetle rozwoju nowych technologii, metod leczenia, stałego postępu medycyny opartej na badaniach naukowych oraz postępującej cyfryzacji, kluczowe jest stałe aktualizowanie źródeł wiedzy, jak i elementów umiejętności praktycznych zawartych w programie nauczania w toku studiów. Ważne jest, aby w dobie cyfryzacji ochrony zdrowia zwiększać świadomość studentów_ek na temat elementów ułatwiających korzystanie z opieki zdrowotnej^[23].

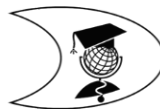
Potrzeba wdrażania innowacyjnych technologii oraz przepływu danych medycznych znalazła bardzo duże zastosowanie w czasie pandemii COVID-19^[24]. Zauważono wtedy zapotrzebowanie nie tylko na konkretne rozwiązania, lecz również na edukację kadr medycznych oraz pacjentów_ek na powyższy temat. Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej, jak i samej edukacji medycznej na sytuacje kryzysowe w przyszłości również stanowi ważny element dbałości o jakość i ciągłość nauczania wśród młodych kadr medycznych. Odpowiednie przygotowanie pozwoliłoby na uniknięcie narażania zdrowia pacjentów_ek przy zapewnieniu dalszego zdobywania wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych wśród studentów_ek.

Zajęcia praktyczne oprócz formy przyłóżkowej mogą odbywać się również w Centrach Symulacji Medycznych. Medycyna symulowana stanowi możliwość nauczania umiejętności praktycznych w sposób bezpieczny dla pacjentów^[25]. Nie może ona jednak zastąpić kontaktu z pacjentem oraz innymi pracownikami ochrony zdrowia. W celu dbałości o jakość kształcenia przyszłych kadr medycznych kluczowe jest zapewnienie zarówno odpowiedniej ilości zajęć praktycznych w trakcie całego toku nauczania, jak i realizacji zdobywania umiejętności praktycznych przyłóżkowo.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

Edukacja Medyczna

Bardzo korzystną możliwością jest praca jako asystent_ka lekarza_ki. Pozwala ona zarówno na zdobycie doświadczenia nt. funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jak i na rozwój umiejętności praktycznych. Umożliwia także skuteczną naukę komunikowania się z pacjentem_ką oraz jednoczesny zarobek. Niestety nie wszystkie placówki medyczne są skłonne do zatrudniania studentów_ek w takiej roli. Należy jednak wspomnieć, że praca studentów_ek medycyny jako asystentów_ek lekarza_ki niesie ze sobą szereg korzyści dla samego_j lekarza_ki, jak na przykład wsparcie w zakresie wykonywanej pracy administracyjnej.

Poza umiejętnościami praktycznymi oraz znajomością aspektów teoretycznych, należy również dbać o rozwój kompetencji miękkich wśród studentów_ek kierunków medycznych oraz o wdrażanie elementów pracy w interdyscyplinarnym zespole już na etapie studiów. Efektywna współpraca oraz skuteczna komunikacja między wszystkimi profesjonalistami_kami pracującymi wspólnie w tym samym zespole są istotnym elementem opieki nad pacjentem_ką, dbanie o jego_ej bezpieczeństwo oraz postęp procesu diagnostyczno-leczniczego^[26]. Takie podejście pozwala m.in. na zmniejszenie śmiertelności oraz długoterminowe zmniejszenie zachorowalności^[27].

Przyszłość edukacji medycznej w Polsce^[28–31]

Podejmowanie działań odnośnie przyszłości edukacji medycznej w Polsce jest kluczowym elementem pozwalającym na zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia i jakości opieki zdrowotnej. Dbanie o standardy kształcenia pozwala na efektywną ochronę zdrowia, zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pacjentów_ek.

Kluczowe jest przygotowanie przyszłych kadr medycznych do pracy zawodowej w stale zmieniającym się otoczeniu. Niezwykle istotne jest dbanie o jakość zdobywanych kompetencji oraz zaspokojenie potrzeb systemu opieki zdrowotnej w Polsce^[28].

Wdrożenie niezbędnych zmian w zakresie nauczania umiejętności praktycznych, zajęć przyłóżkowych oraz symulowanych wraz z dbaniem o rzetelny proces akredytacji, zasoby uczelni i wykwalifikowaną kadrę medyczną stanowią szereg niezbędnych czynników wpływających na jakość edukacji medycznej w Polsce.

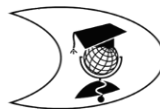
Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia wymaga poprawy warunków pracy kadry kształcącej i poprawy atrakcyjności zawodu dydaktyka. Obecnie zauważalny jest problem braku chętnych do podejmowania nauczania ze względu na pracę kliniczną.

W dobie zmian w zakresie liczby miejsc na kierunku lekarskim niezmiennie jedynym egzaminem różnicującym osoby kandydujące jest matura. Przy dużej liczbie miejsc istotność punktacji spada i jest coraz mniej znaczącym sposobem na weryfikację wiedzy. Warto rozważyć inne możliwości sprawdzania umiejętności twardych, ale również należy zastanowić się nad weryfikacją predyspozycji i kompetencji miękkich potencjalnych studentów. Niektóre kraje posiadają takie rozwiązania, przykładem może być np. Wielka Brytania (test UCAT)^[29] czy Australia (test GAMSAT)^[30].



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

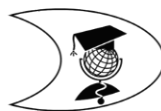
Edukacja Medyczna

Autorzy:

Dominika Flisek, Paweł Klimas, Jakub Komorowski-Roszkiewicz.

Bibliografia:

1. Posłowie pytają o limity przyjęć na studia lekarskie. [dostęp 11.09.2024]
mp.pl/social/article/347663
2. Wyliczenia na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Departament Rozwoju Kadr Medycznych. [dostęp 11.09.2024]
gov.pl/web/zdrowie/departament-rozwoju-kadr-medycznych
3. Informacja o wynikach kontroli NIK, Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. [dostęp 11.09.2024]
nik.gov.pl/plik/id,10242,vp,12565.pdf
4. „Czy nowe kierunki lekarskie pójda pod ministerialny nóż? Uczelnie: jesteście spokojni, wdrazamy działania naprawcze”. pulsmedycyny.pl [dostęp 11.09.2024]
pulsmedycyny.pl/czy-nowe-kierunki-lekarskie-pojda-pod-ministerialny-noz-uczelnie-jestesmy-spokojni-wdrazamy-dzialania-naprawcze-1205820
5. „Wiceminister nauki o liczniejszych grupach klinicznych: to zmiany zaopiniowane przez KRAUM”. pulsmedycyny.pl [dostęp 11.09.2024]
pulsmedycyny.pl/wiceminister-nauki-o-liczniejszych-grupach-klinicznych-to-zmiany-zaopiniowane-przez-kraum-1214478
6. „W Sejmie o liczebności grup na studiach lekarskich. Nowe standardy na razie tylko na VI roku”. www.rynekzdrowia.pl [dostęp 26.04.2024]
rynekzdrowia.pl/Nauka/W-Sejmie-o-liczebnosci-grup-na-studiach-lekarskich-Nowe-standardy-na-razie-tylko-na-VI-roku,257947,9.html
7. Dz.U. 2023 poz. 2152 [dostęp 11.09.2024]
isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002152
8. „Nowe standardy kształcenia pozwolą na liczniejsze grupy kliniczne. Rezydenci apelują o zmianę rozporządzenia”. pulsmedycyny.pl [dostęp 11.09.2024]
pulsmedycyny.pl/nowe-standardy-ksztalcenia-pozwola-na-liczniejsze-grupy-kliniczne-rezydenci-apeluja-o-zmiane-rozporzadzenia-1211248

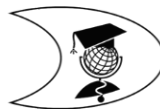


9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. [dostęp 11.09.2024]
dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf
10. „Naczelna Izba Lekarska: w Polsce medycynę studiuje już za dużo osób”. Polska Agencja Prasowa [dostęp 11.09.2024]
pap.pl/aktualnosci/naczelnia-izba-lekarska-w-polsce-medycynie-studiuje-juz-za-duzo-osob
11. Miejsca rezydenckie jesień 2023 - komentarz - Remedium. [dostęp 11.09.2024]
remedium.md/publikacje/opinie/miejsca-rezydenckie-jesien-2023-komentarz
12. Behind-Scenes NHS Problems Leave New Doctors without Jobs. BBC.com [dostęp 5.05.2024]
bbc.com/news/health-68849847
13. España es ya el país del mundo con más facultades de Medicina por habitante: “No es la solución”, Amyts, Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid [dostęp 11.09.2024]
corporativa.amyts.es/noticias/noticia/?slug=actualidad-espa%C3%B1a-es-ya-el-pais-del-mundo-con-mas-facultades-de-medicina-por-habitante-no-es-la-solucion
14. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019. OECD iLibrary str. 175, 183 [dostęp 11.09.2024]
oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.html
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym [dostęp 11.09.2024]
dziennikustaw.gov.pl/D2024000108501.pdf
16. „Niezadowolone pacjenci wymagają pilnej uwagi”. [dostęp 11.09.2024]
termedia.pl/mz/Niezadowolone-pacjentow-wymaga-pilnej-uwagi-,56107.html
17. health.ec - State of Health in EU - Polska, Profil systemu ochrony zdrowia 2023, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies [dostęp 05.12.2024]
health.ec.europa.eu/document/download/f51d5cfb-e4ef-489d-88ff-75193c03a741_en?filename=2023_chp_pl_polish.pdf
18. „Wiceminister Urszula Demkow spotkała się z konsultantami w CMKP”. [dostęp 11.09.2024]
cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/wiceminister-urszula-demkow-spotkala-sie-z-konsultantami-w-cmkp



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

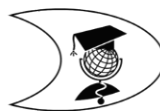
Edukacja Medyczna

19. „Kłopoty z wypłatą wynagrodzeń w Szpitalu w Żywcu. Dyrekcja: NFZ płaci z opóźnieniem za świadczenia nielimitowane”. www.rynekzdrowia.pl [dostęp 27.05.2024]
rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Klopoty-z-wypлата-wynagrodzen-w-Szpitalu-w-Zywcu-Dyrekcja-NFZ-placi-z-opoznieniem-za-swiadczenia-nielimitowane,259039,1.html
20. „Minimalne wynagrodzenia w ochronie zdrowia. Ile zarobią lekarze, pielęgniarki, technicy, farmaceuci, diagnosty od lipca 2024 roku?” *Polityka Zdrowotna.com* [dostęp 11.09.2024]
politykazdrowotna.com/arttykul/wynagrodzenia-w-ochronie-n1214057
21. OPZZ. „Minimalne wynagrodzenie w ochronie zdrowia uchwalone”. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych [dostęp 28.06.2022]
www.opzz.org.pl/opinie-i-analizy/polityka-spoleczna/2022/07/minimalne-wynagrodzenie-w-ochronie-zdrowia-uchwalone
22. Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia, Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej (CALPE) Nr. 8, grudzień 2023 [dostęp 11.09.2024]
calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2024/02/Monitor-OZ-2023-nr-8.pdf
23. „Cyfryzacja w ochronie zdrowia - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl”. Ministerstwo Zdrowia [dostęp 11.09.2024]
gov.pl/web/zdrowie/cyfryzacja-w-ochronie-zdrowia2
24. „NIL - Sztuczna inteligencja – zamiast czy we współpracy z lekarzem?” [dostęp 11.09.2024]
nil.org.pl/aktualnosci/6984-sztuczna-inteligencja-zamiast-czy-we-wspolpracy-z-lekarzem
25. „Rezydenci krytycznie o standardach kształcenia. «Akceptacja postępującej degradacji kształcenia»”. www.rynekzdrowia.pl, 5 października 2023, [dostęp 11.09.2024]
rynekzdrowia.pl/Nauka/Rezydenci-krytycznie-o-standardach-ksztalcenia-Akceptacja-postepujacej-degradacji-ksztalcenia,250575,9.html
26. Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym. [dostęp 11.09.2024]
mp.pl/social/article/108942
27. Liberati, Elisa Giulia, i in. „Invisible Walls within Multidisciplinary Teams: Disciplinary Boundaries and Their Effects on Integrated Care”. *Social Science & Medicine* (1982), t. 150, luty 2016, s. 31–39. PubMed, [dostęp 11.09.2024]
doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.002



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCOME

Edukacja Medyczna

28.KRAUM – nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństwa. [dostęp 11.09.2024]

termedia.pl/wartowiedziec/KRAUM-nowoczesna-edukacja-medyczna-odpowiedzia-na-potrzeby-zdrowotne-spoleczenstwa,51286.html

29.About the University Clinical Aptitude Test (UCAT) | UCAT. [dostęp 11.09.2024]

ucat.ac.uk/

30.„Home”. ACER [dostęp 11.09.2024]

gamsat.acer.org

