

Maria IWIŃSKA¹

KRYZYS KOMPETENCYJNY W OCHRONIE ZDROWIA JAKO KONSEKWENCJA SYSTEMOWEGO NIEDOBORU ZASOBÓW LUDZKICH

System ochrony zdrowia w Polsce znajduje się w stanie kryzysu kompetencyjnego, którego źródłem jest systemowy niedobór zasobów ludzkich. W pracy podjęto próbę analizy przyczyn i skutków tego zjawiska w kontekście zmian demograficznych, strukturalnych i organizacyjnych w latach 2014-2024. Na podstawie aktualnych danych statystycznych, raportów instytucji krajowych i międzynarodowych oraz przeglądu literatury przedmiotu wykazano deficyt personelu medycznego, który prowadzi do przeciążenia kadr. Braki kadrowe nie tylko obniżają jakość świadczonych usług, ale też generują ryzyko systemowe, wpływając negatywnie na bezpieczeństwo pacjenta i efektywność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia. Wskazano również na niedostateczny poziom zarządzania zasobami ludzkimi oraz brak długofalowej polityki kadrowej jako istotne czynniki utrwalające kryzys. Praca kończy się rekomendacjami dotyczącymi niezbędnych działań systemowych, w tym wzmocnienia strategii kształcenia, zatrzymywania i rozwijania kompetencji pracowników ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: kryzys kompetencyjny, zasoby ludzkie, ochrona zdrowia, niedobór kadr, zarządzanie personelem

1. WPROWADZENIE

System ochrony zdrowia stanowi jeden z filarów funkcjonowania nowoczesnego państwa, a jego sprawność i stabilność w znacznym stopniu zależą od dostępności zasobów ludzkich, w tym wykwalifikowanych kadr medycznych. Problem ten ma charakter systemowy, wynika z długotrwałych niedopasowań między strukturą podaży a rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z danymi statystycznymi oraz raportami instytucji nadzorczych niedobór pracowników ochrony zdrowia, ich niekorzystna struktura demograficzna oraz niewystarczające mechanizmy planowania i zarządzania kadrami przyczyniają się do narastających trudności w zapewnieniu odpowiedniej jakości i dostępności

¹ Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Badań Rynku i Usług. ORCID: 0000-0002-8625-7645.

świadczeń. Celem niniejszego opracowania jest analiza przyczyn i konsekwencji systemowego niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia w Polsce, a także identyfikacja jego przełożenia na zjawisko kryzysu kompetencyjnego. W pracy podjęto również próbę sformułowania rekomendacji ukierunkowanych na podniesienie efektywności zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze zdrowia.

2. KONTEKST TEORETYCZNY

Kryzys kadrowy w ochronie zdrowia zależy od uwarunkowań o charakterze systemowym oraz wieloczynnikowym. Do kluczowych determinant tego zjawiska zalicza się przede wszystkim: niskie płace [Michaeli et al. 2024; Kryłowa, Katsova 2023; Mbemba et al. 2016; Vasyuta, Ushakov 2019; Rosenblatt et al. 2006; Chernenko et al. 2020], starzenie się społeczeństwa [Muslimov et al. 2024; Cohen 2009], wysoki poziom stresu [Kryłowa, Katsova 2023], infrastrukturę opieki zdrowotnej [Cohen 2009; Malko, Huckfeldt 2017; George et al. 2012], brak długookresowej polityki planowania i prognozowania potrzeb kadrowych [Domagała 2021], nieodpowiednie warunki pracy [Muslimov et al. 2024; Kryłowa, Katsova 2023; Vasyuta, Ushakov 2019; Adetayo 2010; Rosenblatt et al. 2006], wzrost zachorowań na choroby przewlekłe [Muslimov et al. 2024], niedofinansowanie sektora zdrowotnego [Domagała 2021], ograniczenia systemu edukacyjnego [Muslimov et al. 2024; Vasyuta, Ushakov 2019; Rosenblatt et al. 2006; George et al. 2012; Chernenko et al. 2020] oraz niedopasowanie struktury zatrudnienia do rzeczywistych potrzeb epidemiologiczno-demograficznych [Michaeli et al. 2024; Bhatt et al. 2008].

W 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) zwracała uwagę na brak rządowej strategii dotyczącej minimalnej wymaganej liczby lekarzy i pielęgniarek w systemie oraz narzędzi analitycznych do prognozowania potrzeb kadrowych [Najwyższa Izba Kontroli 2016]. W latach 2019-2021 odnotowano wzrost liczby pracowników medycznych świadczących usługi zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych o 10%, jednak w 2023 r., zgodnie z ustaleniami NIK, stwierdzono powtarzające się problemy: brak długookresowej strategii rozwoju kadr, przewlekłe prace legislacyjne opóźniające konieczne zmiany, niekompletne dane dotyczące personelu medycznego utrudniające podejmowanie decyzji [Najwyższa Izba Kontroli 2023]. Tego rodzaju braki w zarządzaniu zasobami ludzkimi przekładają się na narastający deficyt kompetencji w systemie ochrony zdrowia.

3. ANALIZA DANYCH 2014-2024

W celu zilustrowania skali niedoboru kadr medycznych w Polsce przedstawiono poniżej kluczowe dane statystyczne za lata 2014-2024, ze szczególnym uwzględnieniem liczby lekarzy i pielęgniarek. Źródłem danych są głównie opracowania

Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) uzupełnione informacjami z Ministerstwa Zdrowia (MZ) oraz samorządów zawodowych.

Zgodnie z rejestrami samorządu lekarskiego liczba lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce wzrosła z ok. 135 000 w 2014 r. do 163 200 w 2023 r. [Naczelna Izba Lekarska 2015; GUS 2024]. Według GUS na koniec 2022 r. uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza było 158 900 osób, co oznacza wzrost o 2,1% względem roku poprzedniego [GUS 2023]. Dla porównania w 2014 r. liczba ta wynosiła ok. 140 000, co pokazuje względnie powolny przyrost zasobów lekarskich w ciągu dekady (ok. 15%). Mimo tego wzrostu odczuwalność braku lekarzy nie zmniejszyła się. Wynika to z faktu, że popyt na usługi medyczne rósł szybciej niż podaż lekarzy, a także z nierównomiernego rozmieszczenia i specjalizacji nowych kadr [Ministerstwo Zdrowia 2022].

W przypadku pielęgniarek również odnotowano wzrost liczby personelu, jednak jest on nadal niewystarczający wobec skali potrzeb. Z danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wynika, że na początku 2014 r. zarejestrowanych było ok. 280 000 czynnych pielęgniarek, natomiast na koniec 2022 r. – 310 000, czyli ok. 10% więcej [NIPiP 2023; GUS 2023]. Do systemu powróciła część pielęgniarek wcześniej nieaktywnych zawodowo – według informacji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, w 2019 r. po raz pierwszy liczba wydanych praw wykonywania zawodu przekroczyła liczbę absolwentów pielęgniarstwa kończących naukę, co oznacza, że niektóre pielęgniarki reaktywowały swoje uprawnienia, co mogło być spowodowane m.in. podwyżkami płac [NIPiP 2023].

Mimo opisanych wzrostów liczbowych Polska pozostaje krajem o jednym z najniższych w Unii Europejskiej (UE) wskaźników zatrudnienia medyków na mieszkańca. Według danych OECD [2020], w 2017 r. na 1000 mieszkańców Polski przypadało zaledwie 2,4 lekarza, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosiła wtedy 3,6 lekarza na 1000 mieszkańców. W 2021 r. wskaźnik ten dla Polski wzrósł do 3,4, jednak nadal pozostawał poniżej średniej UE wynoszącej 4,1 lekarza na 1000 mieszkańców [OECD 2020]. Według GUS [2023] wskaźnik wynosi ok. 3,5 lekarza na 1000 mieszkańców – średnia unijna to ok. 4,0 [GUS 2024; Kowalska-Bobko 2022]. Wskaźnik dla pielęgniarek jest jeszcze niższy. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada tylko 8 pielęgniarek (8,2 pielęgniarek na 1000 mieszkańców według GUS za 2023 r.). Dla porównania średnia UE to ok. 9 pielęgniarek na 1000 mieszkańców, a kraje takie jak Niemcy czy Finlandia osiągają 13-14 pielęgniarek na 1000 mieszkańców. W 2017 r. Polska zajmowała trzecie od końca miejsce w UE pod względem obsady pielęgniarstwa – gorzej było tylko w Bułgarii, Łotwie i Grecji [OECD 2020]. W poprzednich latach prognozowano, że wskaźnik pielęgniarek w Polsce może spaść z uwagi na falę odchodzących na emeryturę [NRPiP 2015].

Jednym z poważniejszych wyzwań jest starzenie się kadr medycznych. Wśród polskich lekarzy i pielęgniarek brakuje młodego pokolenia w liczbie mogącej zastąpić odchodzących specjalistów. Średnia wieku lekarza w Polsce to obecnie 49 lat, zaś pielęgniarki – aż 52 lata [GUS 2022]. W strukturze wieku dominuje grupa

50-59 lat: w 2022 r. co piąty lekarz (20,2%) i niemal co trzecia pielęgniarka (32%) należeli do tego właśnie przedziału wiekowego [GUS 2023]. Udział osób młodych jest niewielki – w 2022 r. lekarze poniżej 30 roku życia stanowili zaledwie 10% czynnych zawodowo, a pielęgniarki – tylko ok. 5% ogółu [GUS 2023]. Liczna jest natomiast populacja medyków w wieku emerytalnym. Szacuje się, że ok. 25% lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu ma już 65 lat lub więcej, zatem co czwarty lekarz to potencjalny emeryt [GUS 2022]. Jeszcze w 2007 r. odsetek ten wynosił tylko 11%, co pokazuje, jak gwałtownie nastąpiło starzenie się kadry lekarskiej. Podobnie co czwarta pielęgniarka osiągnęła wiek emerytalny (60+), a w grupie wiekowej 50+ znajduje się ponad 55% wszystkich pielęgniarek [NIPiP 2022]. Ta niekorzystna struktura oznacza, że w ciągu najbliższych 5-10 lat znacząca część personelu może odejść z pracy. Już dziś system w dużej mierze opiera się na pracy lekarzy emerytów – w niektórych regionach lekarze seniorzy (po 65 roku życia) stanowią ponad 25% wszystkich czynnych medyków [Ministerstwo Zdrowia 2021]. Gdyby nagle wszyscy uprawnieni do emerytury przestali pracować, system ochrony zdrowia znalazłby się w krytycznej sytuacji.

W analizowanym okresie odnotowano kilka pozytywnych zjawisk świadczących o próbach zaradzenia kryzysowi kadrowemu, takich jak zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne czy wzrost wynagrodzenia minimalnego w podmiotach leczniczych (szczególnie dla pielęgniarek i młodych lekarzy). Jednak mimo tych wysiłków dane za lata 2014-2024 wskazują na niedobór kadr medycznych w polskiej służbie zdrowia. Wzrost liczby lekarzy o ok. 15% oraz pielęgniarek o ok. 10% w ciągu dekady okazał się niewystarczający w obliczu wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne (związanego ze starzeniem się społeczeństwa czy z niespodziewanymi wydarzeniami, jak np. pandemia COVID-19).

Podsumowując, analiza danych ilościowych potwierdza istnienie systemowego niedoboru zasobów ludzkich w polskiej ochronie zdrowia. Mamy niewystarczającą liczbę lekarzy i pielęgniarek na mieszkańca w porównaniu do średniej w Europie, a znaczna część obecnej kadry wkrótce może odejść z pracy.

4. PRZYCZYNY KRYZYSU KOMPETENCYJNEGO W MEDYCYNIE

Niedobór personelu medycznego w Polsce jest wynikiem nakładających się na siebie wieloletnich zaniedbań i niekorzystnych trendów demograficznych. Można wyróżnić następujące kluczowe przyczyny:

- ograniczone kształcenie i planowanie kadr w poprzednich latach – przez wiele lat liczba absolwentów kierunków lekarskich i pielęgniarskich nie była dostosowana do przyszłych potrzeb; w latach 90. i 2000. zmniejszono limity przyjęć na studia (na początku lat 2000. przyjmowano ok. 3000 studentów medycyny rocznie) oraz zamknięto niektóre szkoły pielęgniarskie; brakowało krajowej strategii

przewidującej, ilu lekarzy i ile pielęgniarek będzie potrzebnych za 10-20 lat [Najwyższa Izba Kontroli 2023];

- migracje zarobkowe i odpływ z zawodu – Polska przez lata zmagala się z emigracją medyków za granicę – po otwarciu rynków UE wielu lekarzy i wiele pielęgniarek wyjechało do Wielkiej Brytanii, Niemiec czy Skandynawii w poszukiwaniu lepszych warunków pracy – jest to znaczący drenaż wykształconej kadry medycznej [Naczelna Izba Lekarska 2020]; równie groźny jest odpływ wewnętrzny – część medyków rezygnuje z pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia, wybierając sektor prywatny lub całkowicie inny zawód z powodu wypalenia zawodowego lub rozczarowania warunkami pracy [Głębocka 2017];
- niekorzystna demografia kadry – wysoki odsetek lekarzy i pielęgniarek w wieku emerytalnym oznacza, że wiele osób pracuje z przeciążeniem, a ich odejście może skutkować wakatami trudnymi do obsadzenia; średni wiek 54 lata u pielęgniarek [NIPiP 2023] oznacza, że ograniczona jest zdolność szkolenia nowych kadr – doświadczone mentorki odchodzą, zanim zdążą przekazać wiedzę następczyniom;
- niedofinansowanie systemu i warunków pracy – nakłady na ochronę zdrowia w Polsce (jako % PKB) były znacznie poniżej średniej UE (ok. 5% w Polsce, a ponad 7% w UE przed 2018 r.); skutkowało to niskimi płacami, niedoborem sprzętu i personelu pomocniczego, a tym samym przeciążeniem istniejącej kadry [OECD 2019a, 2019b]; w takich warunkach trudniej jest zatrzymać pracowników (wzrost zjawiska wypalenia) oraz przyciągnąć nowych; przeciążenie zawodowe personelu medycznego w Polsce stanowi istotny problem systemowy; część lekarzy i pielęgniarek wykonuje obowiązki zawodowe na więcej niż jednym etacie, co skutkuje chronicznym przemęczeniem i wypaleniem – niektórzy lekarze pełnią dyżury trwające nieprzerwanie nawet kilkadziesiąt godzin [Najwyższa Izba Kontroli 2020];
- niewłaściwa alokacja i organizacja kadr – w Polsce występują różnice terytorialne w dostępności personelu – duże miasta (jak Warszawa, Kraków) mają stosunkowo więcej lekarzy na 1000 mieszkańców (powyżej 4), a regiony wiejskie wschodniej Polski poniżej 2 na 1000 [Ministerstwo Zdrowia 2022].

Powyższe przyczyny mają charakter systemowy – wynikają ze sposobu funkcjonowania państwa i służby zdrowia jako całości. Nie są to więc problemy łatwe do rozwiązania, gdyż wymagają wprowadzenia zmian strukturalnych i finansowych.

5. SKUTKI NIEDOBORU KADR MEDYCZNYCH

Konsekwencje systemowego braku zasobów ludzkich w ochronie zdrowia są wielorakie i dotyczą zarówno pacjentów, jak i pracowników oraz samą organizację systemu. Wśród skutków kryzysu kompetencyjnego w medycynie można wymienić:

- wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia – niedobór lekarzy i pielęgniarek przekłada się na dostępność usług – pacjenci dłużej czekają na wizyty, badania czy zabiegi; opóźniony dostęp do diagnostyki i leczenia skutkuje pogorszeniem rokowań zdrowotnych pacjentów;
- ograniczenie zakresu działania placówek – zamykanie oddziałów lub czasowe zawieszanie działalności oddziałów szpitalnych z powodu braku lekarza danej specjalności lub braku minimalnej obsady pielęgniarskiej wymaganej przepisami, co zmniejsza dostępność opieki lokalnej; tam, gdzie placówki próbują utrzymać działanie mimo braków, dochodzi czasem do nadużyć [Najwyższa Izba Kontroli 2020];
- przeciążenie i wypalenie personelu czynnego zawodowo – niedobór pracowników medycznych oznacza konieczność intensywniejszej pracy dla osób aktywnych zawodowo; lekarze i pielęgniarki mają dodatkowe dyżury, biorą nadgodziny, często łączą etaty w kilku miejscach w celu wypełnienia luk; prowadzi to do chronicznego przemęczenia, stresu i wypalenia zawodowego; konsekwencją są nie tylko odejścia z zawodu (pogłębiające niedobór), ale też wzrost ryzyka popełniania błędów medycznych.

Reasumując, kryzys kompetencyjny w ochronie zdrowia to zjawisko, w którym niedobór wykwalifikowanych kadr przekłada się na niewydolność systemu w wypełnianiu jego podstawowej misji – zapewnianiu dostępnej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki. Polska znajduje się w punkcie, gdzie bez zdecydowanych działań naprawczych sytuacja może ulec pogorszeniu wraz z odejściem obecnej generacji lekarzy i pielęgniarek.

6. REKOMENDACJE DZIAŁAŃ SYSTEMOWYCH

Zmiana niekorzystnych zjawisk i złagodzenie skutków kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia wymagają kompleksowych działań systemowych o charakterze długofalowym. Na podstawie przeprowadzonej analizy danych i identyfikacji przyczyn kryzysu sformułowano następujące rekomendacje:

- opracowanie i wdrożenie długoterminowej strategii rozwoju kadr medycznych przez rząd (Ministerstwo Zdrowia we współpracy z samorządami zawodowymi i uczelniami); strategia taka powinna uwzględniać prognozy demograficzne (zarówno dotyczące społeczeństwa, jak i wieku obecnych kadr);
- zwiększenie i optymalizacja kształcenia kadr medycznych poprzez kontynuowanie polityki zwiększania liczby miejsc na kierunkach lekarskich i pielęgniarskich z dbałością o jakość kształcenia; w perspektywie kolejnych lat wskazane jest dalsze rozszerzanie możliwości studiowania medycyny, szczególnie w regionach z deficytem lekarzy;
- poprawa warunków pracy i utrzymanie obecnego personelu dzięki podnoszeniu standardów zatrudnienia w sektorze publicznym, np. poprzez dalszy wzrost

wynagrodzeń i działania niematerialne (wprowadzenie wsparcia administracyjnego zmniejszającego obciążenie biurokratyczne personelu oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu);

- zachęty do równomiernego rozmieszczenia kadr i powrót emigrantów poprzez wdrożenie mechanizmów skłaniających nowych specjalistów do podejmowania pracy tam, gdzie brakuje kadr – np. wyższe wynagrodzenie zasadnicze dla lekarzy w powiatach deficytowych, gwarancje mieszkania służbowego, dodatki dla pielęgniarek pracujących na terenach wiejskich.

Realizacja powyższych rekomendacji wymaga woli politycznej, współpracy międzysektorowej (zdrowie, szkolnictwo wyższe, finanse) oraz czasu. Jednak bez wprowadzenia działań zaradczych kryzys kompetencyjny może się pogłębić, co wpłynie na zdrowie społeczeństwa. Jak wspomniano w raporcie World Health Organization, nie będzie zdrowego społeczeństwa bez rozwiązania problemu kadr medycznych [WHO 2013].

7. PODSUMOWANIE

Przeprowadzona analiza wskazuje, że kryzys kompetencyjny w polskiej ochronie zdrowia jest zjawiskiem o charakterze systemowym, wynika z wieloletnich zaniedbań w obszarze planowania, finansowania i organizacji zasobów ludzkich. Choć dane statystyczne potwierdzają wzrost liczby lekarzy i pielęgniarek w ostatniej dekadzie, to jest on niewystarczający wobec rosnącego zapotrzebowania i niekorzystnych zjawisk demograficznych.

Przeciwdziałanie pogłębiającemu się kryzysowi wymaga zdecydowanych działań naprawczych obejmujących reformy strukturalne, inwestycje w warunki pracy oraz długofalowe planowanie zasobów ludzkich w ochronie zdrowia. Kluczowym elementem powinno być budowanie silnego, stabilnego i kompetentnego zespołu pracowników medycznych – to właśnie od nich zależy wydolność systemu, jego odporność na kryzysy oraz zdolność do zapewnienia społeczeństwu dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Bez ludzi, którzy ten system tworzą i codziennie podtrzymują jego funkcjonowanie, żadna reforma nie będzie skuteczna w dłuższej perspektywie.

LITERATURA

- Adetayo J.O., 2010, *A Study of Factors Influencing Brain Drain among Medical Personnel in Nigeria*, "Nigerian Journal of Health and Biomedical Sciences", vol. 9 (1), <https://doi.org/10.4314/njhbs.v9i1.60969>.
- Bhatt V., Giri S., Koirola S., 2008, *Health Workforce Shortage: A Global Crisis*, "The Internet Journal of World Health and Societal Politics", vol. 7 (1), <https://doi.org/10.5580/c68>.

- Chernenko E., Lebedeva I., Klimovskikh N., Gorlova E., 2020, *Improvement of the Efficiency of the Recruitment Policy of the Medical Care as a Factor in the Reduction of the Staff Shortage of the Industry*, w: *Proceedings of the "New Silk Road: Business Cooperation and Prospective of Economic Development"*, <https://doi.org/10.2991/aebmr.k.200324.112>.
- Cohen S.A., 2009, *A Review of Demographic and Infrastructural Factors and Potential Solutions to the Physician and Nursing Shortage Predicted to Impact the Growing US Elderly Population*, "Journal of Public Health Management and Practice", vol. 15 (4), pp. 352-362, <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e31819d817d>.
- Domagała A., 2021, *Fakty i mity na temat braków lekarzy i pielęgniarek w Polsce*, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, Kraków.
- George G., Quinlan T., Reardon C., Aguilera J.F., 2012, *Where are we short and who are we short of? A review of the human resources for health in South Africa*, "Health SA Gesondheid", vol. 17 (1), <https://doi.org/10.4102/hsag.v17i1.622>.
- Głębocka A., 2017, *The Relationship Between Burnout Syndrome Among the Medical Staff and Work Conditions in the Polish Healthcare System*, "Advances in Experimental Medicine and Biology", vol. 968, pp. 61-70.
- GUS, 2022, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019-2020*, Warszawa.
- GUS, 2023, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 roku*, Warszawa.
- GUS, 2024, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 roku*, Warszawa.
- Kowalska-Bobko I., 2022, *Wypowiedź podczas debaty NIK nt. kadr medycznych*.
- Kryłowa N.Y., Katsova G.B., 2023, *Factors affecting the shortage of nursing staff in medical institutions*, "Manager Zdravookhranenia", vol. 11, pp. 99-106, <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2023-11-99-106>.
- Malko A., Huckfeldt V., 2017, *Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors*, "Global Journal of Health Science", vol. 9 (9), p. 68, <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n9p68>.
- Mbemba G.I.C., Gagnon M.P., Hamelin-Brabant L., 2016, *Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in developed and developing countries: an overview*, "Journal of Public Health in Africa", vol. 7 (2), <https://doi.org/10.4081/jphia.2016.565>.
- Michaeli D.T., Michaeli J.C., Albers S., Michaeli T., 2024, *The Healthcare Workforce Shortage of Nurses and Physicians: Practice, Theory, Evidence, and Ways Forward*, "Policy, Politics, & Nursing Practice", vol. 25 (4), pp. 216-227, <https://doi.org/10.1177/15271544241286083>.
- Ministerstwo Zdrowia, 2021, *Biuletyn statystyczny Ministra Zdrowia 2021*, Centrum e-Zdrowia, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia, 2022, *Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026. Kadry medyczne*, Centrum e-Zdrowia, Warszawa.

- Muslimov M.I., Mingazov R.N., Mingazoba E.N., 2024, *Shortage of medical personnel as a global problem of modern Times*, "Manager Zdravookhranenia", vol. 9, pp. 103-111, <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2024-9-103-111>.
- Naczelna Izba Lekarska, 2015, *Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2015 roku*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL, Warszawa.
- Naczelna Izba Lekarska, 2020, *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów według dziedziny i stopnia specjalizacji – wrzesień 2020*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli, 2016, *Informacja o wynikach kontroli. Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, NIK, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli, 2021, *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli, 2023, *Informacja o wynikach kontroli. Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia (nr ewid. 158/2023)*, Warszawa.
- NIPiP, 2022, *Pielęgniarka, położna – zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia*, Warszawa.
- NIPiP, 2023, *Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, Warszawa.
- OECD, 2019a, *Health at a Glance: Europe 2018 – OECD Indicators*, Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, Paris.
- OECD, 2019b, *State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2019*.
- OECD, 2020, *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*, Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, Paris.
- Rosenblatt R.A., Andrilla C.H.A., Curtin T., Hart L.G., 2006, *Shortages of Medical Personnel at Community Health Centers*, "JAMA", vol. 295 (9), p. 1042, <https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1042>.
- Vasyuta E.A., Ushakov D., 2019, *Aspects of Cross-Border Mobility in the Context of Health Tourism*, "The EUrASEANs: Journal on Global Socio-Economic Dynamics", vol. 5 (18), pp. 48-54, [https://doi.org/10.35678/2539-5645.5\(18\).2019.48-54](https://doi.org/10.35678/2539-5645.5(18).2019.48-54).
- WHO, 2013, *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, Geneva.

THE CRISIS OF COMPETENCES IN HEALTHCARE AS A CONSEQUENCE OF THE SYSTEMIC SHORTAGE OF HUMAN RESOURCES

Summary

The Polish healthcare system is in a state of competence crisis, the source of which is a systemic shortage of human resources. This paper attempts to analyze the causes and effects of this phenomenon in the context of demographic, structural and organizational changes in the years 2014-2024. Based on current statistical data, reports of national and international institutions and a review of the subject literature, a deficit of medical personnel was demonstrated, which leads to overloading of existing staff. Staff shortages not only reduce the quality of services provided, but also generate systemic risk, negatively affecting patient safety and the efficiency of health care units. The insufficient level of human

resources management and the lack of a long-term HR policy were also indicated as significant factors perpetuating the crisis. The paper ends with recommendations regarding necessary systemic actions, including strengthening the strategy for educating, retaining and developing the competences of health care workers.

Keywords: competence crisis, human resources, health care, staff shortage, personnel management