

Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne?

How to counteract decline of student numbers in public health field?

DOROTA CIANCIARA, MARIA PIOTROWICZ, KATARZYNA LEWTAK, MAŁGORZATA GAJEWSKA, EWA URBAN

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Wprowadzenie. Osoby kształcące się na studiach na kierunku zdrowie publiczne (ZP) powinny zasilić istniejącą kadrę. Od kilku lat obserwuje się spadek liczby osób podejmujących studia na tym kierunku.

Cel. Analiza zmian (spadku) liczby studentów oraz absolwentów kierunku ZP w Polsce w latach 2003-2013 oraz określenie możliwych przyczyn sytuacji.

Materiały i metody. Analizowano liczbę studentów i absolwentów kierunku ZP w latach 2003-2013 wg płci, rodzaju uczelni (publiczne, niepubliczne) oraz poziomu kształcenia (studia I oraz II stopnia). Dane uzyskano z GUS. Liczbę studentów kierunku ZP porównano z limitami przyjęć na studia wyznaczanymi w latach 2003-2012.

Wyniki. W latach 2003-2008 liczba studentów wzrosła ponad 2,5-krotnie, po czym nastąpił systematyczny spadek liczby studiujących. W 2013 r. liczba studentów stanowiła jedynie 57% studentów w szczytowym roku 2008. W całym okresie w uczelniach publicznych studiowało więcej osób niż w niepublicznych. System limitowania przyjęć na studia na kierunku ZP był nierealistyczny. Liczba studentów na studiach I st. była stale większa niż na studiach II st., początkowo nawet 3-krotnie większa. W 2013 r. proporcje te prawie się wyrównały. Studenci w uczelniach niepublicznych, to głównie studenci studiów I st. W latach 2003-2013 studia na kierunku ZP ukończyło łącznie niemal 27 tys. osób, z czego większość stanowili licencjaci (71%). Kobiety stanowiły przeważającą większość studentów i absolwentów.

Wnioski. Liczba studiujących na kierunku ZP systematycznie maleje od 2008 r. Zmniejsza się udział uczelni niepublicznych w kształceniu na kierunku ZP. Spadek liczby studentów może mieć liczne przyczyny, które wymagają wnikliwego rozpoznania. Zwiększenie liczby studentów wymaga zastosowania rozwiązań systemowych.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, kształcenie przeddyplomowe, studenci, absolwenci, Polska

Introduction. People studying public health should join the existing public health workforce. For several years there has been a decrease in the number of people taking up studies in this field.

Aim. The analysis of changes (decrease) of the number of public health students and graduates in Poland between 2003-2013 and identification of possible causes of this situation.

Material & Method. The number of public health students and graduates between 2003-2013 by gender, type of institution (public, private) and level of education (undergraduate and second degree) were analyzed. The data were obtained from the Central Statistical Office. The number of public health students was compared with the limits designated for university admissions between 2003-2012.

Results. In the period of 2003-2008 the number of students increased more than 2.5 times, followed by a steady decline. In 2013 the number of students accounted for only 57% of students in the peak year, 2008. In the whole analyzed period, more people studied in public than in private schools. The limited admission to studies in public health was unrealistic. The number of students at the undergraduate level was consistently higher than in the second degree studies, initially up to three times higher. In 2013, these proportions were almost equal. Students in private schools were mainly students at the undergraduate level. Between 2003-2013 a total of almost 27.000 people completed public health studies, the majority of them with Bachelor's degree (71%). Women accounted for the vast majority of students and graduates.

Conclusion. The number of students in the public health programs has been steadily decreasing since 2008. This reduces the share of private universities in education for public health. The decrease in the number of students may have multiple causes that require careful consideration. Increasing the number of students requires the application of systemic solutions.

Key words: public health, undergraduate education, students, graduates, Poland

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 589-597

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.10.2015

Zakwalifikowano do druku: 27.11.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Katarzyna Lewtak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 54-21-363, e-mail: klewtak@pzh.gov.pl

Wprowadzenie

Problem zasobów ludzkich ochrony zdrowia, w tym ich tworzenia oraz efektywności pracy, coraz częściej jest podnoszony na arenie międzynarodowej [1-3]. Pojęcie „zasoby ludzkie” (kadrowe) rozumiane

jest jako ogół kwalifikacji i umiejętności osób funkcjonujących w danym systemie [4]. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego (ZP) to wszyscy ci, którzy realizują podstawowe funkcje ZP, niezależnie od charakteru instytucji, w której są zatrudnieni. Definicja ta

obejmuje zatem pracowników organizacji rządowych i samorządowych, organizacji pozarządowych, jak również firm prywatnych działających w obszarze ZP [5]. Definiowanie zasobów kadrowych ZP jest utrudnione poprzez m.in.: złożoność i zróżnicowanie działań ZP, szeroki wachlarz grup zawodowych i organizacji zaangażowanych w działania oraz brak całościowej skoordynowanej strategii ZP na szczeblu krajowym [6]. Systematyczne monitorowanie zasobów kadrowych ZP, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i jakościowym, jest ważnym tematem badań [7]. Rozwój zasobów ludzkich ZP jest zaleceniem WHO i przedmiotem polityk kadrowych [8, 9].

Z punktu widzenia zasobów ludzkich ZP ważną grupę stanowią osoby, które kształcą się na studiach na kierunku ZP i powinny zasilić istniejącą kadre. Od kilku lat w Polsce obserwuje się wyraźny spadek liczby osób podejmujących studia na tym kierunku. Obserwacja ta dotyczy zarówno uczelni publicznych, jak i niepublicznych. Pomimo, że zjawisko to prowadzi do zmniejszania się liczby absolwentów i jest niepożądane, dotychczas nie dokonano miarodajnej oceny skali zjawiska, ani też analizy jego potencjalnych przyczyn. Zarazem nie prowadzi się systematycznych i wszechstronnych analiz stanu kadrowego ZP w Polsce. Do nielicznych wyjątków w minionych latach należą prace z 2004 r. wydane pod redakcją Czabanowskiej i Włodarczyka [10] oraz analizy wykonane w 2010 r. przez Cianciare i wsp. [11-13]. Ponadto w 2015 r. na zlecenie Biura Regionalnego WHO dla Europy dokonano całościowej analizy potencjału ZP w Polsce, która objęła również problematykę rozwoju kadry. W ocenie tej zastosowano narzędzie *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region* [14]. W Polsce od lat więcej uwagi poświęca się analizom stanu kadry menedżerskiej, lekarskiej czy pielęgniarskiej – często pod ogólną nazwą „zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia” [4]. Nierzadko analizy takie mają związek z migracjami personelu [15-17].

Cel

Analiza zmian (spadku) liczby studentów oraz absolwentów kierunku ZP w Polsce w latach 2003-2013. Próba określenia przyczyn spadku liczby studentów.

Materiały i metody

Analiza objęła: a. liczbę studentów kierunku ZP wg rodzaju uczelni (publiczne, niepubliczne), b. liczbę studentów wg rodzaju uczelni oraz poziomu kształcenia (studia I st. – licencjackie, studia II st. – magisterskie), c. liczbę absolwentów wg rodzaju uczelni, d. liczbę absolwentów wg rodzaju uczelni oraz

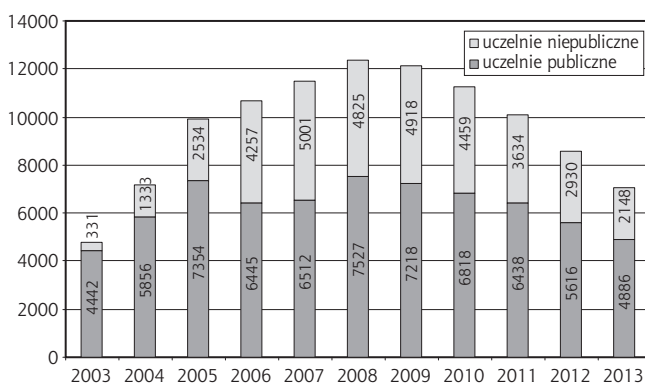
poziomu kształcenia, e. płeć studentów i absolwentów. Analizą objęto lata 2003-2013. Dane uzyskano z GUS, a ich źródłem były roczne sprawozdania statystyczne S-10 (o studiach wyższych, stan na dzień 30 listopada danego roku).

Liczbę studentów kierunku ZP wg rodzaju uczelni (punkt a) porównano z limitami przyjęć na studia na kierunku ZP w uczelniach medycznych i uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w latach 2003-2012. Dane te uzyskano z rozporządzeń Ministra Zdrowia. W latach 2003/4-2004/5 limity przyjęć na studia odnosiły się do liczby miejsc na studiach dziennych, zaocznych i wieczorowych, natomiast w latach 2005/6-2011/12 limity dotyczyły studiów stacjonarnych i niestacjonarnych. Zmiana kategorii trybu studiów wynika z przepisów Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. Od 2012 r. Rozporządzenia Ministra Zdrowia regulują wyłącznie limit przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny [18].

Wyniki

Liczba studentów kierunku ZP wg rodzaju uczelni

W latach 2003-2008 całkowita liczba studentów wzrosła ponad 2,5-krotnie (z 4 773 do 12 352 osób), natomiast w kolejnych latach następował systematyczny spadek tej liczby (ryc. 1). W 2013 r. we wszystkich uczelniach studiowało 7 034 osób, co stanowiło 56,9% liczby studentów w szczytowym 2008 r. We wszystkich latach liczba studentów w uczelniach publicznych była wyższa niż w uczelniach niepublicznych. Między 2008 a 2013 r. – w okresie spadku liczby studiujących – udział studentów szkół publicznych w grupie wszystkich studentów wzrósł z 60,9 do 69,5%. Tym samym udział studentów szkół niepublicznych zmalał z 39,1 do 30,5%.

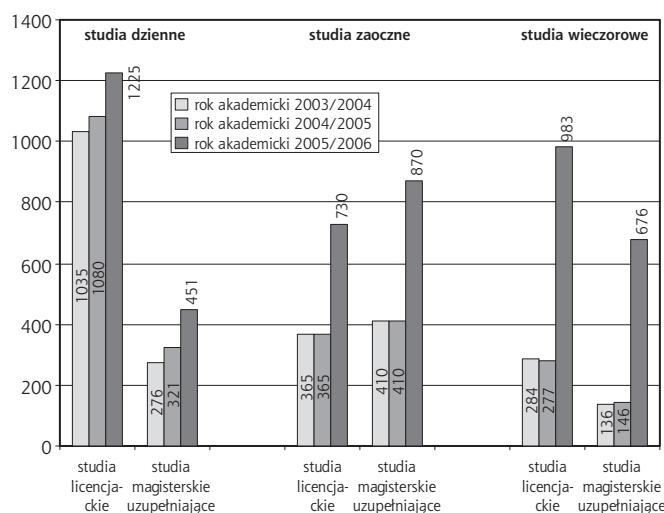


Ryc. 1. Studenci kierunku ZP uczelni publicznych i niepublicznych w latach 2003-2013

Fig. 1. Public health students of public and private universities between 2003-2013

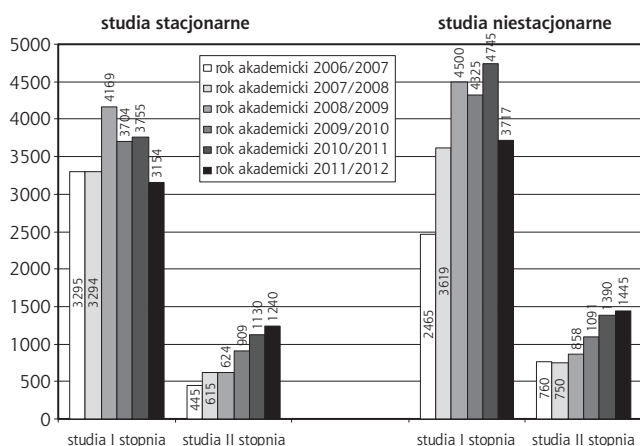
Limity przyjęć na studia na kierunku ZP

Limity przyjęć przedstawiono na rycinie 2 i 3 oraz w tabeli I. Niemal przez cały okres obowiązywania systemu kwotowego (przestał obowiązywać od rekrutacji w 2012 r.) Ministerstwo Zdrowia (MZ) zwiększało limity przyjęć, zwłaszcza na studiach zaocznych i wieczorowych, a następnie na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych II st.



Ryc. 2. Limity przyjęć na studia na kierunku ZP w uczelniach medycznych i uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na lata akademickie 2003/4-2005/6 (w Rozporządzeniach MZ limity przyjęć na studia dzienne, wieczorowe i zaoczne w latach 2003/4-2004/5 zostały określone niejednolicie, tj. kwotowo lub jako odsetki limitów przyjęć na studia I i II st., dlatego też liczby podane dla tych lat są szacunkowe)

Fig. 2. Admission limits for public health studies at medical universities and other universities conducting teaching and research activities in the field of medical sciences in academic years of 2003/4-2005/6 (In Ministry of Health Regulations the limits of admissions for full time, part-time and extra-mural studies in academic years of 2003/4-2004/5 were defined inconsistently, i.e. as quota or as percentage of limited admissions for I and II degree studies, thus figures given for these years are estimates)



Ryc. 3. Limity przyjęć na studia na kierunku ZP w uczelniach medycznych i uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na lata akademickie 2006/7-2011/12

Fig. 3. Admission limits for public health studies at medical universities and other universities conducting teaching and research activities in the field of medical science in academic years of 2006/7-2011/12

Tabela I. Sumaryczny limit przyjęć na kierunek ZP w porównaniu do całkowitej liczby studentów

Table I. Overall limit on admissions for public health studies compared to total number of students

Rok akademicki /Academic year	Sumaryczny limit przyjęć na kierunek ZP /Overall limit on admissions for public health studies	Całkowita liczba studentów na koniec roku kalendarzowego /Total number of students at the end of calendar year
2003/2004	2506	2003 4773
2004/2005	2599	2004 7189
2005/2006	4935	2005 9888
2006/2007	6965	2006 10702
2007/2008	8278	2007 11513
2008/2009	10131	2008 12352
2009/2010	10029	2009 12136
2010/2011	11020	2010 11277
2011/2012	9556	2011 10072

Zwraca uwagę, że system limitowania liczby przyjęć na studia był nadmiernie optymistyczny i rozminął się z realiami wkrótce po jego wprowadzeniu. Przyjmując, że w trakcie rekrutacji w 2006 r. uczelnie przyjęły zakładaną liczbę 6 965 studentów, a w kolejnym roku 8 278 osób (tab. I), to pod koniec roku kalendarzowego 2007, uczelnie powinny mieć ok. 15 tys. studentów, jeśli liczylibyśmy wyłącznie studentów z tych dwóch naborów. Tymczasem studiujących było ok. 11,5 tys. Pod koniec okresu obowiązywania limitów rekrutacyjnych liczba studiujących stanowiła około połowy zakładanych kwot.

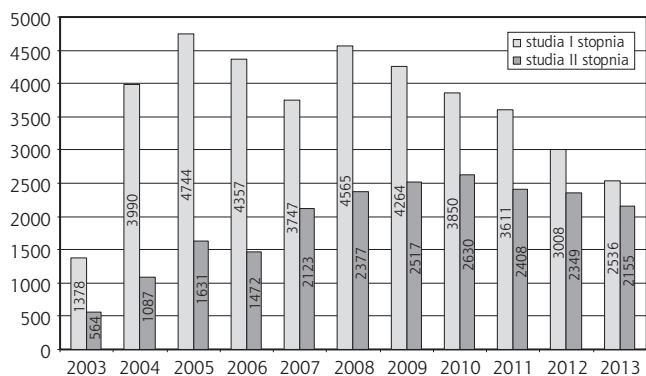
Liczba studentów kierunku ZP uczelni publicznych wg poziomu kształcenia

W analizowanym okresie liczba studentów studiów I st. była stale większa niż II st., aczkolwiek stopniowo dochodziło do zrównania wzajemnych proporcji (ryc. 4). W początkowym okresie studenci z poziomu magisterskiego stanowili mniej więcej 1/3 studentów z poziomu licencjackiego, podczas gdy w 2013 r. stanowili grupę zbliżoną liczebnie.

Liczba studentów kierunku ZP uczelni niepublicznych wg poziomu kształcenia

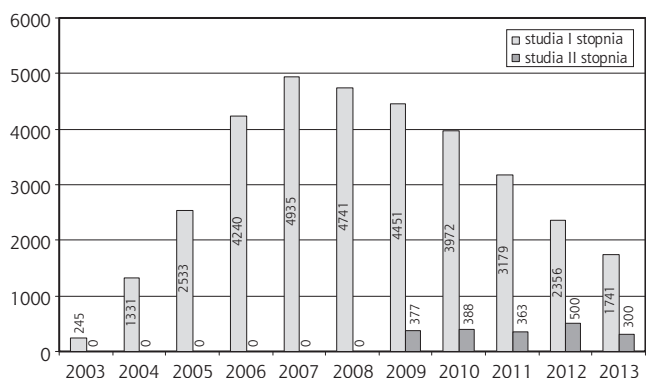
Studenci w uczelniach niepublicznych, to przede wszystkim studenci studiów I st. (ryc. 5). Między 2003 a 2007 r. odnotowano 20-krotny wzrost liczby takich studentów. W ciągu następnych sześciu lat liczba studentów na studiach licencjackich systematycznie malała.

Studia II st. w uczelniach niepublicznych zostały wprowadzone dopiero w 2009 r., a liczba studentów każdego roku była niewielka. W 2013 r. na poziomie magisterskim studiowało ok. 6 razy mniej osób niż na poziomie licencjackim. Grupa studiujących na poziomie magisterskim w uczelniach niepublicznych była 7-krotnie mniejsza niż w uczelniach publicznych (odpowiednio: 300 i 2155 studentów).



Ryc. 4. Studenci kierunku ZP studiów I i II stopnia w uczelniach publicznych w latach 2003-2013 (różnice w liczbie studentów poszczególnych lat na uczelniach publicznych i niepublicznych – rycina 1 vs rycina 4 i 5 – wynikają z uwzględnienia na rycinie 1 studentów przebywających na urloпах dziekańskich, studentów po ostatnim roku studiów bez egzaminu dyplomowego oraz studentów studiów jednolitych magisterskich)

Fig. 4. Students of first and second degree studies of public universities between 2003-2013 (differences in each academic year in students at public and private universities – figure I vs. figure IV and V – are due to inclusion of number of students staying on dean's leave, students of final year without a final exam and students of one-cycle degree programs)

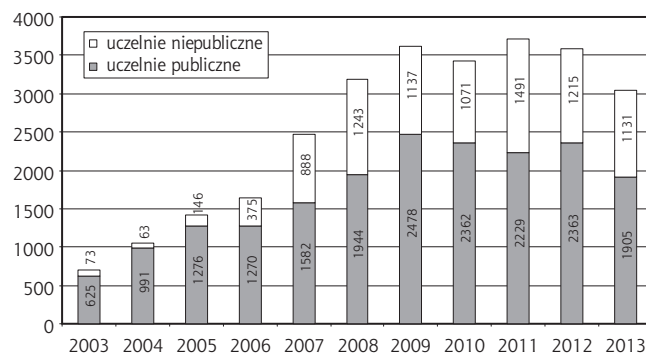


Ryc. 5. Studenci kierunku ZP studiów I i II st. w uczelniach niepublicznych w latach 2003-2013 (różnice w liczbie studentów poszczególnych lat na uczelniach publicznych i niepublicznych – rycina 1 vs rycina 4 i 5 – wynikają z uwzględnienia na ryc. 1 studentów przebywających na urloпах dziekańskich, studentów po ostatnim roku studiów bez egzaminu dyplomowego oraz studentów studiów jednolitych magisterskich)

Fig. 5. Students of first and second degree studies of private universities between 2003-2013 (differences in each academic year in students at public and private universities (figure I vs. figure IV and V – are due to inclusion of number of students staying on dean's leave, students of final year without a final exam and students of one-cycle degree programs)

Liczba absolwentów kierunku ZP wg rodzaju uczelni

Liczba osób uzyskujących dyplomy potwierdzające ukończenie studiów I oraz II st. systematycznie rosła do 2009 r., a następnie utrzymywała się na dość



Ryc. 6. Absolwenci kierunku ZP uczelni publicznych i niepublicznych w latach 2003-2013* (różnice w liczbie studentów poszczególnych lat na uczelniach publicznych i niepublicznych – rycina 1 vs rycina 4 i 5 – wynikają z uwzględnienia na ryc. 1 studentów przebywających na urloпах dziekańskich, studentów po ostatnim roku studiów bez egzaminu dyplomowego oraz studentów studiów jednolitych magisterskich)

Fig. 6. Graduates of public health studies of public and private universities between 2003-2013 (differences in each academic year in students at public and private universities (figure I vs. figure IV and V – are due to inclusion of number of students staying on dean's leave, students of final year without a final exam and students of one-cycle degree programs)

stabilnym poziomie (ryc. 6). W 2013 r. szkoły wyższe opuściło 3036 absolwentów ZP. W poszczególnych latach większość absolwentów stanowili kończący naukę w uczelniach publicznych i stanowili początkowo nawet ok. 90% absolwentów. Między 2008 a 2013 r., w okresie spadku liczby studiujących, udział absolwentów szkół publicznych w grupie wszystkich absolwentów wyniósł ok. 60%.

Liczba absolwentów kierunku ZP uczelni publicznych i niepublicznych wg poziomu kształcenia

W latach 2003-2013 studia na kierunku ZP ukończyło łącznie niemal 27 tys. osób, z czego większość stanowili absolwenci z tytułem licencjata (71%). Udział licencjatów wśród absolwentów szkół niepublicznych sięgał 92%, a wśród absolwentów szkół publicznych 61%. Pierwsi absolwenci studiów magisterskich opuścili uczelnie niepubliczne dopiero w 2010 r. (95 osób). W kolejnych latach ich liczba w zależności od roku wynosiła od 131 do 232 osób.

Płeć studentów i absolwentów kierunku ZP

Studia na kierunku ZP były sfeminizowane i każdego roku kobiety stanowiły większość wśród studentów i absolwentów. W 2013 r. odsetek kobiet wśród studentów był najwyższy i osiągnął pułap 84% (tab. II).

Tabela II. Odsetek kobiet wśród studentów i absolwentów kierunku ZP w latach 2003-2013

Table II. Percentage of women among public health students and graduates between 2003-2013

Rok akademicki /Academic year	Odsetek kobiet wśród studentów (%) /Percentage of women among students (%)	Odsetek kobiet wśród absolwentów (%) /Percentage of women among graduates (%)
2002/2003	72,9	83,1
2003/2004	73,9	77,3
2004/2005	73,4	77,2
2005/2006	74,8	79,4
2006/2007	77,8	82,0
2007/2008	76,4	79,7
2008/2009	79,0	76,8
2009/2010	80,3	78,7
2010/2011	81,3	81,9
2011/2012	83,4	82,5
2012/2013	84,0	84,9

Dyskusja

Początki kształcenia na kierunku ZP w Polsce to koniec lat 90. XX w. Jako pierwsze działalność dydaktyczną podjęły ośrodki naukowe z Krakowa (ok. 1997 r.) i Łodzi, następnie Poznania i Warszawy [19-22]. Boom nastąpił w okresie przed akcesją do UE w 2004 r. Między rokiem akademickim 2000/1 a 2003/4 odnotowano 448% wzrost liczby studentów kierunku ZP. Zdrowie publiczne było wtedy drugim po położnictwie najbardziej dynamicznie rozwijającym się kierunkiem studiów [13].

Obecnie naukę w zakresie ZP prowadzi się we wszystkich publicznych uczelniach medycznych, a również w innych szkołach wyższych. W 2015 r. zgodnie z bazą POL-on (dostęp 29.07.2015) ZP można było studiować w 42 uczelniach wyższych (18 publicznych i 24 niepublicznych). Studia I st. prowadzone były w 42 uczelniach, zaś studia II st. w 18 z nich [23]. Kształcenie odbywało się w bardzo różnych jednostkach organizacyjnych uczelni, m.in. na wydziałach nauk o zdrowiu, zdrowia publicznego, lekarskim, ekologii, filozofii i pedagogiki, zarządzania, studiów międzynarodowych i informatyki.

Poddane analizie dane GUS wskazują, że od 2008 r. systematycznie i znacząco maleje liczba studentów na ZP. Spadek ten może mieć różne przyczyny. Na pierwszy plan wysuwa się przypuszczenie, że ma to związek z ogólną sytuacją w szkolnictwie wyższym. Od roku akademickiego 2005/6 obserwuje się w Polsce stałą tendencję zmniejszania się liczby studiujących [24]. W stosunku do rekordowej w tamtym okresie liczby studiujących, wynoszącej 1 953 832 osób, liczba studentów zmniejszyła się obecnie o ok. 400 tys. W roku 2013/14 w 438 szkołach wyższych wszystkich typów (132 publiczne i 306 niepublicznych) kształciło się 1 549,9 tys. studentów. Zazwyczaj tłumaczy

się to niżem demograficznym, deprecjacją studiów wyższych oraz okresowym wprowadzeniem opłat za studia na drugim i kolejnych kierunkach. Trzeba jednak zauważyć, że tendencja zmniejszania się liczby studentów kierunku ZP ujawniła się kilka lat później niż w całym szkolnictwie wyższym. Sugeruje to, że utrata studentów ZP nie jest tylko wynikiem skurczenia się rynku edukacyjnego. Duży wpływ ma tutaj spadek zainteresowania tymi studiami. Przyjąwszy, że przyczyny spadku liczby studiujących są również endogeniczne, związane z kondycją ZP w Polsce, trzeba zadać pytanie drażliwe – co robimy źle, skoro ubywa nam studentów? Przykładowe autorskie odpowiedzi na to pytanie przedstawiono w tabeli III. Trzeba podkreślić, że wiele z wymienionych czynników jest ze sobą powiązanych i trudno jest określić siłę ich potencjalnego oddziaływania. Poza tym nie wszystkie muszą mieć znaczenie w przypadku poszczególnych uczelni czy regionów. Podejmując próby zwiększenia liczby studentów ZP należałoby rozpoznać takie czynniki, a następnie podjąć działania systemowe, odnoszące się jednocześnie do wielu z nich.

Spadek liczby studentów może być spowodowany czynnikami, które działają na samym wejściu do systemu ZP, czyli podczas naboru na studia. Przegląd dokonany przez Cianciarę i wsp. wskazuje, że przy rekrutacji na studia na kierunek ZP bierze się pod uwagę znaczną liczbę przedmiotów maturalnych oraz akceptuje się zdanie matury na poziomie podstawowym [25]. Niskie wymagania wstępne stawiane kandydatom mogą sprzyjać podejmowaniu nauki przez osoby, które nie są przygotowane do studiowania i mogą temu nie podołać, np. rezygnując z nauki. Nieodpowiedni wybór studiów może mieć związek z hurraoptymistycznymi informacjami, jakie podają uczelnie [26-28]. Kandydatom sugeruje się np., że „Odpowiednie połączenie wiedzy teoretycznej, praktycznej, a także idei publicznej odpowiedzialności powinno umożliwić absolwentom studiów swobodne poruszanie się w problemach sektora zdrowia publicznego, w tym opieki społecznej, umożliwiających im w toku rozwoju karier zawodowych pełnienie wielu funkcji kierowniczych, tak w instytucjach (zakładach) promujących zdrowie w administracji rządowej, jak i w instytucjach opieki społecznej. Studia w zakresie ZP należą do studiów o dużym zainteresowaniu, ze względu na olbrzymie potrzeby na fachowców z tego zakresu, zarówno w kraju jak i zagranicą” [27]. Ponadto nieodpowiedni wybór bywa dziełem przypadku. Prawie 1/3 absolwentów kierunku ZP studiów I st. na Uniwersytecie Medycznym (UM) w Lublinie przyznała, że motywem wyboru kierunku było niedostanie się na inny kierunek studiów [29]. Natomiast świadome niewybranie tych studiów może mieć podłoże w opiniach, jakie formułują studenci i absolwenci na

Tabela III. Wybrane czynniki, które mogą mieć wpływ na spadek liczby studentów na kierunku ZP
Table III. Selected factors that may affect decline in number of students in Public Health field (PH)

Rekrutacja studentów /Recruitment	Proces kształcenia /Learning proces	Rynek pracy /Labour market	System ZP /Public Health system (PH)
Brak wiedzy maturzystów o ZP i kierunku studiów /Lack of knowledge about PH and studies among high school graduates	Studia teoretyczne, nie kształtujące umiejętności, w tym dot. rynku pracy /Theoretical studies, not teaching skills, including those for labor market	Brak świadomości pracodawców na temat ZP i absolwentów /Lack of awareness of employers about PH and graduates	Niski status ZP w systemie zdrowia /Low PH status in health care system
Niskie wymagania wstępne przy rekrutacji /Low recruitment prerequisites	Małe umiejętności, w tym dydaktyczne, kadry nauczycieli akademickich /Poor teaching skills of faculty teachers	Realny brak miejsc pracy /Real lack of jobs	Brak promocji kierunku studiów i absolwentów /No promotion of studies and graduates
Nieodpowiedni wybór studiów i rezygnacja z nich /Inappropriate choice of study and subsequent resignations	Brak organizacji praktyk studenckich /Lack of organization of student practice placements	Nepotyzm w zatrudnianiu /Nepotism in employment	Niedookreślona struktura systemu organizacyjnego ZP /Undefined organizational structure of PH system
Brak motywacji i bodźców do studiów wśród osób już pracujących w systemie /Lack of motivation and incentives to studies among people already working in the system	Brak współpracy uczelni z otoczeniem przy poszukiwaniu pracy /Lack of cooperation between university and environment in finding jobs	Niskie zarobki /Low salary	Brak spójności systemu kształcenia w ZP z rynkiem pracy /Lack of coordination of PH educational system with labor market
Świadome niewybranie tych studiów /Purposeful omission of these studies	Ograniczenie oferty kształcenia w uczelniach niepublicznych (tylko I st.) /Limiting the offer of education in private schools (only first degree.) Wysoki koszt studiów /High cost of studies	Gorsza sytuacja kobiet na rynku pracy /Worse situation of women in labor market	

różnych formach internetowych (patrz np. http://forum.o2.pl/temat.php?id_p=4727199).

Spadek liczby studentów może być związany z nazbyt tradycyjnym, podającym i nieatrakcyjnym procesem kształcenia. W 2010 r. niezależna inicjatywa *Commission on the Education of Health Professionals for the 21st* opublikowała w *The Lancet* raport na temat stanu kształcenia pracowników ochrony zdrowia na świecie oraz związanych z tym potrzeb [30]. Stwierdzono, że w kształceniu można wyróżnić trzy fazy rozwojowe: pouczającą, kształtującą i przekształcającą (*informative, formative, transformative*). Faza pierwsza rozpoczęła się na początku XX w. i polegała na stworzeniu programów kształcenia opartych na wiedzy. Celem edukacji było „wyprodukowanie” eksperta. Etap drugi przypada na połowę XX w., kiedy rozwinęło się kształcenie oparte na problemie. Służyło to budowaniu kompetencji, socjalizacji studentów wokół wartości i produkcji profesjonalistów. Obecnie mamy do czynienia z fazą trzecią, w której niezbędne jest kształcenie pracowników, którzy będą umieli w twórczy sposób wykorzystywać różne zasoby systemu oraz efektywnie pracować w zespołach interdyscyplinarnych. Dzisiejszym celem jest kształcenie agentów zmiany, liderów w systemie zdrowotnym, aby dążyć do universal coverage oraz równości w zdrowiu. Cel taki jest wyrazem społecznej odpowiedzialności za kształcenie [31]. Kształcenie liderów społecznych jest szczególnie ważne dla ZP [32-35].

W 2013 r. Martin McKee sformułował siedem celów kształcenia w dziedzinie ZP w XXI w. Zaliczył do nich m.in.: rozbudzenie ciekawości i chęci podejmowania inicjatywy, nauczenie umiejętności poszukiwania

powiązań między różnymi przyczynami problemów zdrowotnych i całościowego patrzenia na zjawiska, motywowanie do zdobywania wiedzy z wielu różnych obszarów życia społecznego oraz pomaganie w uzyskaniu pewności siebie. Ważnym celem kształcenia jest również spowodowanie, aby osoby kształcące się stały na straży praw człowieka [36]. Czy nasze uczelnie kształcą w ten sposób? Powszechnie wiadomo, że w ostatnich latach system szkolnictwa wyższego został poddany serii radykalnych reform, takich jak podział kształcenia na dwa etapy, nadzór Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA), wdrożenie standardów kształcenia, a następnie Krajowych Ram Kwalifikacji, ale też związanych z parametryzacją jednostek oraz nadawaniem stopni i tytułów naukowych. Niezależnie jednak od tego, jak wiele wysiłku wkłada się w dydaktykę, zawsze można ją poprawiać.

Spadek liczby studiujących może być również pochodną kłopotów ze znalezieniem inspirującej i godziwie płatnej pracy. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS), wśród osób bezrobotnych posiadających formalne wykształcenie kierunkowe, w I półroczu 2014 r. dominowali specjaliści ZP (kod zawodu 229104, uprzednio 228204) [37-39]. Publikacje z wcześniejszych lat również pokazują brak ofert pracy dla zawodów związanych ze ZP oraz jeden z najwyższych odsetek bezrobotnych absolwentów kierunku ZP wśród absolwentów kierunków medycznych [12, 28].

Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 października 2011 r. w artykule 13a nakłada na uczelnie obowiązek monitorowania (po trzech i pięciu latach od dnia

ukończenia studiów) karier zawodowych swoich absolwentów w celu dostosowania kierunków studiów i programów kształcenia do potrzeb rynku pracy [40]. Wyniki badania przeprowadzonego przez Biuro Analiz Sejmowych (BAS) pokazują jednak liczne niedociągnięcia na tym polu. Jakkolwiek zdecydowana większość ankietowanych przez BAS szkół wyższych wdrożyła monitoring, to obejmuje on zaledwie ok. 40% absolwentów, a jego wyniki nie mają wpływu na zmiany w programach kształcenia. Zaledwie co trzecia badana uczelnia (28%) upowszechniła wyniki swojego monitoringu [41].

Czynnikiem, który ma znaczenie nadrzędne – poprzez wpływ na wymienione wcześniej uwarunkowania – jest niewielki potencjał ZP w Polsce. W kontekście rozwoju zasobów kadrowych polega to m. in. na braku formalnie zdefiniowanej struktury organizacyjnej ZP w Polsce, nieokreśleniu zadań poszczególnych poziomów organizacyjnych oraz kryteriów jakości pracy. Przykładem rozwiązań porządkujących system pod tym kątem są zasady znane pod nazwą *National Public Health Performance Standards* (NPHPS), opracowywane, testowane i modyfikowane w USA od 1998 r. Standardy te stanowią rodzaj schematu do analizy aktualnego sposobu działania podmiotów, dzięki czemu można lepiej określić swoją rolę w wypełnianiu funkcji ZP (*10 essential public health services*) oraz sposoby współdziałania w partnerstwie [42, 43]. Materiały NPHPS są przeznaczone dla trzech grup odbiorców: stanowych i lokalnych struktur ZP oraz podmiotów nadzorujących system. Dodatkowo NPHPS pomagają w procesie akredytacji, którą prowadzi *Public Health Accreditation Board* (PHAB).

Nie mamy też w Polsce uregulowanej kwestii kompetencji zawodowych pracowników ZP i nie bardzo wiadomo, co mają umieć. Pomimo, że o konieczności stworzenia takiej listy pisano już w 2007 r. [44], dotychczas nie próbowano stworzyć zestawu kompetencji, np. na wzór USA, Kanady czy Wielkiej Brytanii [45-48]. Listy kompetencji zawodowych stanowią podstawową wskazówkę do kształcenia profesjonalistów ZP.

Aktualnie w Polsce kształcenie odbywa się na poziomie przeddyplomowym (studia I oraz II st. na kierunku ZP) oraz podyplomowym. Kształcenie podyplomowe może mieć charakter studiów, których program i czas trwania ustala arbitralnie dana uczelnia albo tzw. studiów specjalizacyjnych (dla lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych oraz przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia), które podlegają procedurze akredytacji. Ponadto zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem MZ od 2015 r. zostanie zlikwidowana specjalizacja w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla pielęgniarek i położnych

[49, 50]. Równolegle krajowa Klasyfikacja zawodów i specjalności prowadzona przez MPiPS definiuje zadania zawodowe dla różnych grup specjalistów ZP. Klasyfikacja ta podlega regularnie modyfikacjom, a obecna wersja obowiązuje od stycznia 2015 r. Zgodnie z aktualną wersją do zadań lekarza-specjalisty zdrowia publicznego (zawód nr 221268) należy m.in. „kierowanie zakładami opieki zdrowotnej wszystkich szczebli” oraz „pełnienie funkcji kierowniczych i nadzorczych na wszystkich szczeblach zarządzania w zakresie ustroju ochrony zdrowia i w placówkach działających na rzecz ochrony zdrowia” [51]. Natomiast specjalista zdrowia publicznego (zawód nr 221904) – osoba, która ukończyła studia magisterskie na kierunku ZP (możliwe są inne drogi uzyskania tego zawodu) nie ma takich zadań, chociaż powierza się jej „koordynowanie działań instytucji państwowych oraz administracji rządowej i samorządowej zajmujących się zdrowiem publicznym” [52]. Zadaniem tegoż specjalisty jest również kontrolowanie i ocenianie stanu sanitarno-epidemiologicznego. W kontekście takich zadań powstaje pytanie: po co wiele uczelni oferuje na studiach ze ZP intensywną ścieżkę zarządczą, a nadzoru sanitarnego uczy „na sucho”?

Kończąc należy też powiedzieć, że nie mamy w Polsce wiedzy, ile osób jest już zatrudnionych w systemie ZP i ile potrzebujemy w najbliższej przyszłości. Przyjmując za punkt odniesienia oczekiwaną w USA w 2020 r. dostępność pracowników zdrowia publicznego (220 profesjonalistów na 100 tys. ludności) [53], można szacować, że Polska potrzebuje ok. 84 tys. pracowników, jeśli będą wykonywać takie same zadania i posiadać zbliżone kwalifikacje. Rokrocznie uczelnie polskie „produkują” ok. 3 tys. absolwentów kierunku ZP (głównie licencjatów), a 7 lekarzy uzyskuje tytuł specjalisty w tej dziedzinie (dane CEM). Wiadomo, że ok. 50% absolwentów kierunku ZP pracuje w instytucjach związanych z obszarem ZP, w tym w zakładach opieki zdrowotnej (17%), niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (12%), administracji rządowej lub samorządowej (6%), stacjach sanitarno-epidemiologicznych (4%), sektorze edukacji (5%) i obszarze pomocy społecznej (1%) [54]. Przyjmując jednak założenie, że w sektorze ZP pracują wszyscy absolwenci ZP i lekarze specjaliści (łącznie ok. 30 tys.) oraz drugie tyle osób pracuje tam od dawna, zatem deficyt wynosi ponad 20 tys. pracowników. Ludzi tych do systemu można pozyskać poprzez intensyfikację kształcenia i tworzenie nowych miejsc pracy. Równie ważne jest doskonalenie zawodowe osób już zatrudnionych w ZP.

Wnioski

1. Liczba studiujących na kierunku ZP systematycznie maleje od 2008 r. W 2013 r. liczba studentów wynosiła 7034 i była prawie dwa razy mniejsza niż

- w szczytowym 2008 r. Limity przyjęć na studia stosowane w latach 2003/4-2011/12 nie odpowiadały realiom.
- Maleje udział uczelni niepublicznych w kształceniu na kierunku ZP. Od 2009 r. szkoły niepubliczne kształcą również na poziomie magisterskim, ale nadal przeważali tam studenci studiów licencjackich. Grupa studiujących na poziomie magisterskim w uczelniach niepublicznych była 7-krotnie mniejsza niż w uczelniach publicznych (odpowiednio: 300 i 2155 studentów).
 - Kierunek studiów ZP jest bardzo silnie sfeminizowany i udział kobiet sięga ok. 85%.
 - Spadek liczby studentów na kierunku ZP ma liczne przyczyny, które powinny zostać wnikliwie rozpoznane. Zwiększenie liczby studentów wymaga rozwiązań systemowych, odnoszących się do wielu przyczyn jednocześnie.
 - W Polsce nie oszacowano ani aktualnych, ani potrzebnych w najbliższych latach zasobów kadrowych ZP. Prawdopodobnie istnieje potrzeba dodatkowego zatrudnienia nawet ok. 20 tys. osób. Niezbędne jest zintensyfikowanie kształcenia w dziedzinie ZP.

Piśmiennictwo / References

- The World Health Report 2006 – working together for health. WHO, Geneva 2006.
- Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. WHO, Geneva 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf
- Cancedda C, Farmer PE, Kerry V, et al. Maximizing the Impact of Training Initiatives for Health Professionals in Low-Income Countries: Frameworks, Challenges, and Best Practices. *PLoS Med* 2015, 12(6): 1-11. e1001840. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001840>
- Zybała A (red). Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach. Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2009. http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/raport_who.pdf
- Beck AJ, Boulton ML. Building an Effective Workforce. A Systematic Review of Public Health Workforce Literature. *Am J Prev Med* 2012, 42(5S1): S6-S16.
- Ridoutt L, Gadiel D, Cook K, Wise M. Planning framework for the Public Health workforce. Discussion paper. National Public Health Partnership, Melbourne 2002.
- Building the Public Health Workforce for the 21st Century. A Pan-Canadian Framework for Public Health Human Resources Planning. Canada 2005.
- World Health Organization. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. WHO, Copenhagen 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1
- Sadana R, Chowdhury AMR, Petrakova A. Strengthening public health education and training to improve global health. *Bull WHO* 2007, 85(3): 163-164.
- Czabanowska K, Włodarczyk C (red). Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie. UJ, Kraków 2004.
- Cianciara D, Piotrowicz M, Dmowski M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część I. Stan zatrudnienia. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 468-474.
- Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część II. Oferty pracy. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 475-481.
- Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część III. Plany zawodowe studentów kierunku 'zdrowie publiczne'. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 482-488.
- Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. WHO, Copenhagen 2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf?ua=1
- Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Ministerstwo Zdrowia, Raport z realizacji programu w 2006. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>
- Krajewski-Siuda K (red). Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski. Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski UIM, Bytom 2008.
- Wrześniewska-Wal I. Mobilność polskich lekarzy. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 209-215.
- Internetowy System Aktów Prawnych. Szkolnictwo medyczne. <http://isap.sejm.gov.pl/ordServlet?viewName=thasS&passName=szkolnictwo%20medyczne>
- Historia Instytutu Zdrowia Publicznego. Instytut Zdrowia Publicznego. Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM. http://www.izp.wnz.cm.uj.edu.pl/o_instytucie/historia
- O wydziale. Wydział Nauk o Zdrowiu. UM w Łodzi. http://naukiozdrowiu.umed.lodz.pl/?page_id=63
- Historia Wydziału. Wydział Nauk o Zdrowiu. UM, Poznań. https://www.ump.edu.pl/index.trona=15_359_1315398170&department=15&am=359
- O wydziale. Wydział Nauk o Zdrowiu. Warszawski UM. <http://wnoz.wum.edu.pl/o-wydziale>
- POL-on. Kierunki studiów. <https://polon.nauka.gov.pl/opi/aa/kierunki/studia?execution=e5s1>
- Szkoły wyższe i ich finanse w 2013 r. GUS, Warszawa 2014.
- Cianciara D, Gajewska M, Lewtak K i wsp. Jak przebiega rekrutacja kandydatów na studia w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce? *Hygeia Publ Health* 2014, 49(3): 478-489.

26. Gromulska L. Wypowiedzi studentów i absolwentów kierunku zdrowie publiczne na temat studiów i perspektyw zawodowych a oferta kształcenia. [w:] Ocena potencjału promocji zdrowia w Polsce – Krajowy Plan Rozwoju: Rynek pracy w promocji zdrowia i zdrowiu publicznym. NIZP-PZH, Warszawa 2008.
27. Program studiów ZP. Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia. Uniwersytet Szczeciński. <http://www.wkfizp.usz.edu.pl/pro> (2011.08.15).
28. Zdrowie Publiczne. Rekrutacja. UM w Łodzi. <http://rekrutacja.umed.lodz.pl/zdrowie-publiczne/> (2011.08.15).
29. Badanie opinii absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Rok 2012/2013. UM w Lublinie, 2014.
30. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010, 376(9756): 1923-1958.
31. Wen LS, Greysen SR, Keszthelyi D, et al. Social accountability in health professionals' training. *Lancet* 2011, 378(9807): 1895-1974.
32. Czabanowska K, Rethmeier KA, Lueddeke G, et al. Public health in the 21st century: working differently means leading and learning differently. *Eur J Publ Health* 2014, 24(6):1047-1052.
33. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, et al. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum—a consensus study. *Eur J Publ Health* 2013, 24(5): 850-856.
34. Czabanowska K, Malho A, Schröder-Bäck P, et al. Do we develop public health leaders? – association between public health competencies and emotional intelligence: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2014, 14: 83.
35. Smith T, Stankunas M, Czabanowska K, et al. Principles of all-inclusive public health: developing a public health leadership curriculum. *Publ Health* 2015, 129(2): 182-184.
36. McKee M. Seven goals for public health training in the 21st century. *Eur J Publ Health* 2013, 23(2): 186-187.
37. Zarejestrowani bezrobotni oraz oferty pracy według zawodów i specjalności. MPiPS, Warszawa 2015. <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynekpracy/anibezrobotniorazofertypracywedugzawodowispecjalnoci/>
38. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2014 r. poz. 1145 z późn. zm.).
39. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz.U. z 2010 r. Nr 82, poz. 537 z późn. zm.).
40. Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2005 r. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.).
41. Dziewulak D, Grycuk A, Russel P i wsp. Monitorowanie karier zawodowych absolwentów przez polskie uczelnie wyższe w świetle wyników badania Biura Analiz Sejmowych. *Analizy BAS* 2014, 5(109). [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5406692D978FB23DC1257CA8004BF496/\\$file/Analiza_BAS_2014_109.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5406692D978FB23DC1257CA8004BF496/$file/Analiza_BAS_2014_109.pdf)
42. Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Performance Standards (NPHPS). <http://www.cdc.gov/nphps/>
43. Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Performance Standards (NPHPS). Strengthening systems, improving the public's health. <http://www.cdc.gov/nphps/documents/nphps-factsheet.pdf>
44. Cianciara D. Kompetencje pracowników zdrowia publicznego w Polsce – aktualne wyzwania. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2): 121-127.
45. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Professionals. Core Competencies for Public Health Professionals. June 26, 2014. http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf
46. Public Health Agency of Canada. Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0. Canada, September 2007. <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>
47. The UK's Faculty of Public Health. Learning outcomes framework. http://www.fph.org.uk/learning_outcomes_framework
48. Public Health Resource Unit. Public Health Skills and Career Framework Multidisciplinary/multi-agency/multi-professional April 2008 (updated March 2009). http://www.phorcast.org.uk/document_store/1318857881_bNPM_public_health_skills_and_career_framework.pdf
49. 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. z 2013 poz. 1562 z późn. zm.).
50. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2003 r. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.).
51. Klasyfikacja zawodów i specjalności. Lekarz-specjalista zdrowia publicznego. Kod zawodu 221268. <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>
52. Klasyfikacja zawodów i specjalności. Specjalista zdrowia publicznego. Kod zawodu 221904. <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>
53. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Report Warns of Looming Public Health Workforce Crisis. February 28, 2008. <http://www.jhsph.edu/news/stories/2008/asph-workforce-report.html>
54. Buczyńska P. Absolwenci zdrowia publicznego na rynku pracy. Praca magisterska. Promotor: prof. dr hab. n. med. Andrzej Szpak. Wydział Nauk o Zdrowiu UM, Białystok 2012.