

Nowe zawody medyczne – asystent lekarza i asystent pielęgniarski – szansą i wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce

New medical professions – assistant physician and nursing assistant – both an opportunity and challenge for the health care system in Poland

MARZENA FURTAK-NICZYPORUK^{1/}, JOANNA FELICKA^{2/}, JANUSZ JAROSZYŃSKI^{1/}, PIOTR DREHER^{1/}, MAREK KOS^{1/}, LUCYNA KAPKA-SKRZYPCZAK^{2/}

^{1/} Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Zakład Biologii Molekularnej i Badań Translacyjnych, Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

W ostatnich latach ujawnia się problem niedoboru kadry medycznej, który wynika m.in. ze zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, szczególnie na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób starszych. W tym kontekście należy dostrzec możliwość poprawy tej sytuacji przez wprowadzenie nowych zawodów medycznych. Będzie to szansa na zapewnienie dostępności i najwyższej jakości świadczeń opieki zdrowotnej dla polskiego społeczeństwa. Jednocześnie wprowadzenie zawodów asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego będzie wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia do pokonywania dziś istniejących barier.

Słowa kluczowe: asystent lekarza, asystent pielęgniarski, zawód medyczny, system ochrony zdrowia, osoby starsze

In recent years, there has been a shortage of medical staff, ensuing from, among other things, the increased demand for healthcare services. To a large extent this is a consequence of the increasing need for healthcare services for the elderly. In this context, it should be recognized that the situation can be improved by the introduction of new medical professions. The introduction of new medical professions is an opportunity to ensure the availability and highest quality of healthcare services for Polish society. At the same time, the introduction of the positions of assistant physician and nursing assistant will be a challenge for the healthcare system to overcome today's barriers.

Key words: assistant physician, nursing assistant, medical profession, healthcare system, the elderly

© Hygeia Public Health 2019, 54(1): 23-29

www.h-ph.pl

Nadesłano: 02.11.2018

Zakwalifikowano do druku: 04.02.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Marzena Furtak-Niczyporuk
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin
tel. 725 31 29 30, e-mail: marzenafurtakniczyporuk@umlub.pl

Wśród wyzwań zmieniającego się świata należy wymienić proces nieuchronnego starzenia się społeczeństw. Starość jest procesem powszechnym i nieodwracalnym, ale uzależnionym od rozwoju danego społeczeństwa. Europa się starzeje, co odnosi się również do Polski, chociaż na tle państw Zachodniej Europy Polska jest nadal dość młodym społeczeństwem. Struktura ludności UE, według odsetka osób powyżej 65 lat i więcej, pokazuje średnią na poziomie 19,4% w 2017 r. [1]. Powyżej tej średniej znalazły się takie państwa, jak: Włochy (22,3%), Grecja (21,5%), Niemcy (21,2%), Portugalia (21,1%), Finlandia (20,9%) i Bułgaria (20,7%); natomiast poniżej znalazły się takie państwa, jak: Estonia (19,3%), Francja (19,2%), Dania (19,1%), Hiszpania (19,0%), Czechy (18,8%), Austria (18,5%), Belgia (18,5%) i Polska

(16,5%). Wynik Polski zdecydowanie poniżej średniej europejskiej plasuje Polskę na bardzo dobrym miejscu w Europie. Jednak taka sytuacja demograficzna Polski ulegnie radykalnej zmianie w perspektywnie do 2040 r. Wówczas Polska stanie się jednym z krajów Europy o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się społeczeństwa, tuż obok Portugalii, Grecji i Hiszpanii [2]. Prognozy dla Polski wskazują, że osoby po 65 r.ż. w 2050 r. będą stanowiły 1/3 społeczeństwa [3]. Wówczas udział społeczeństwa w wieku 65 lat i więcej osiągnie średnią na poziomie 32,7%.

Prognozowany stan demograficzny polskiego społeczeństwa będzie dużym wyzwaniem, zwłaszcza dla systemu ochrony zdrowia. Zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, przy wzrastającym wskaźniku chorób przewlekłych, będzie

wymagało zaangażowania dużej liczby przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym państwie czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi, implikują coraz to większe zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Natomiast zauważany od kilku lat trend spadkowy wśród przedstawicieli zawodów medycznych, w tym szczególnie lekarzy i pielęgniarek, będzie wymagał wprowadzenia nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia. Wprowadzenie nowych zawodów medycznych, będzie dużym wsparciem dla kadry medycznej, co w efekcie wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz będzie oddziaływać na podwyższenie jakości tych świadczeń.

Deficyt przedstawicieli zawodów medycznych

Brak przedstawicieli zawodów medycznych od wielu lat jest problemem globalnym, któremu WHO poświęciło uwagę w raporcie *Human Resources for Health in the WHO European Region* [4]. Według WHO powinno się dążyć do zrealizowania działań wewnętrznych na rzecz rozwiązania problemu niedoboru kadr medycznych oraz zwiększenia lub utrzymania przepływu zasobów kontrolowanej migracji w tym zakresie. W stosunkach międzynarodowych powinno się respektować równe prawa migrujących przedstawicieli zawodów medycznych, a państwa rekrutujące powinny określić uwarunkowania prawne, które zagwarantują pracownikom poszanowanie ich praw. WHO w raporcie *Working together for health* zwróciło uwagę, że zmniejszenie niedoborów przedstawicieli zawodów medycznych w systemie ochrony zdrowia wymaga silnej współpracy i określenia wspólnych celów między podmiotami publicznymi i prywatnymi – pomiędzy tymi, którzy planują i wpływają na zdrowie oraz między tymi, którzy podejmują zobowiązania finansowe do utrzymania lub wsparcia tego systemu [5]. Wymaga to zmiany polityki poszczególnych państw w zakresie wdrażania nowych działań w celu dostosowania zasobów, wykorzystania wiedzy i budowania solidnych systemów ochrony zdrowia, skupionych na leczeniu i zapobieganiu chorobom oraz promowaniu prozdrowotnych zachowań i zdrowego stylu życia.

Rozwiązaniem dla kryzysu wśród przedstawicieli zawodów medycznych było rekomendowanie m.in. przez WHO, powoływania nowych zawodów tzw. ‘pomocników medycznych’ na różnych stanowiskach w systemach ochrony zdrowia. WHO w swoich działaniach w sposób szczególnie podkreśla zależność pomiędzy sytuacją demograficzną, a sprawnym działaniem systemu ochrony zdrowia na świecie, gdyż właściwa polityka społeczna i skuteczne zarządzanie systemem ochrony zdrowia ma bezpośrednio wpływ

na bieżące i przyszłe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [6]. Wzmocnienie kadry medycznej poprzez zaangażowanie personelu pomocniczego jest także jednym z rozwiązań zaproponowanych przez WHO w *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* [7].

Komisja Europejska również podejmowała działania na rzecz poprawy kryzysu wśród przedstawicieli zawodów medycznych w Europie. W raporcie *Green Paper on the European Workforce for Health* zwrócono uwagę, że każde państwo przy rozwiązywaniu problemów deficytu przedstawicieli zawodów medycznych powinno rozpocząć działania od analizy m.in.: zmian demograficznych, w tym także wśród pracowników systemu ochrony zdrowia; możliwości w zakresie zdrowia publicznego; poziomu wydatków publicznych na zdrowie; procesu szkolenia przedstawicieli zawodów medycznych; kierowania mobilnością przedstawicieli zawodów medycznych; migracji przedstawicieli zawodów medycznych; systemu gromadzenia danych wspierających podejmowanie decyzji przez kluczowych decydentów na krajowym i lokalnym szczeblu zarządzania podmiotami leczniczymi [8]. Dopiero analiza tych elementów może przyczynić się do podjęcia racjonalnych działań, skierowanych na ograniczenie deficytu przedstawicieli zawodów medycznych. Jednocześnie Komisja Europejska w ramach wsparcia krajów UE w tych działaniach przygotowała raporty dla każdego państwa o stanie ich systemów ochrony zdrowia. W raporcie poświęconym polskiemu systemowi ochrony zdrowia, zobrazowano kryzys wśród przedstawicieli zawodów medycznych, szczególnie w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek w porównaniu do pozostałych krajów UE [9]. Polska znalazła się wśród krajów UE o najniższej liczbie lekarzy i pielęgniarek. Nasz wskaźnik 2,3 lekarzy i 5,2 pielęgniarek na 1 tys. osób jest dużo poniżej średniej europejskiej, która wynosi odpowiednio 3,6 lekarzy i 8,4 pielęgniarek.

W Polsce odpowiedzią na brak kadry lekarskiej było wydanie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, w których brakuje specjalistów, a są nimi: anesteziologia i intensywne terapie; chirurgia onkologiczna; geriatryka; ginekologia onkologiczna; hematologia; medycyna ratunkowa; medycyna rodzinna; neonatologia; neurologia dziecięca; onkologia kliniczna; onkologia i hematologia dziecięca; patomorfologia; pediatria; psychiatria dzieci i młodzieży; radioterapia onkologiczna; stomatologia dziecięca [10]. Jest to aż 16 dziedzin medycyny, które wymagają uzupełnienia liczby lekarzy. Ministerstwo Zdrowia opublikowało nowy projekt Rozporządzenia z dnia 21 czerwca 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny według zapisów, którego wykaz dziedzin priorytetowych ma zostać poszerzony o: chirurgię

ogólną, choroby wewnętrzne, kardiologię dziecięcą, ortodontję i psychiatrię. Projekt ten wskazuje, że do dziedzin priorytetowych nie będzie zaliczana ginekologia onkologiczna [10].

Wśród przedstawicieli zawodów medycznych brakuje lekarzy takich specjalności, jak: geriatrya (165 lekarzy), hematologia (285 lekarzy), neurologia dziecięca (277 lekarzy), psychiatria dzieci i młodzieży (179 lekarzy), stomatologia dziecięca (211 lekarzy) [11, 12]. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej liczba lekarzy wykonujących zawód wynosi 134 865 osób [13]. Najliczniejszą grupę, ok. 46% stanowią lekarze w wieku 46-65 lat. Natomiast ok. 17% aktywnych zawodowo lekarzy stanowią obecnie osoby w wieku 66 i więcej lat. Podobnie sytuacja przedstawia się w grupie aktywnych zawodowo pielęgniarek. Najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45-54 lata – 98,3 tys. [13]. Zatem brak lekarzy w wielu dziedzinach medycyny oraz starzenie się zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, staje się jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Z pewnością może poprawić tę sytuację wprowadzenie nowych zawodów medycznych.

Nowe zawody medyczne

Asystent lekarza (*Physician Assistant*), to zawód medyczny, który od 1960 r. w USA stał się odpowiedzią na niedobór lekarzy [14]. Inicjatorem nauczania zawodu asystenta lekarza był dr Eugene Stead z Duke University Medical Center, North Carolina [14, 15]. Terminem *Physician Assistant* określa się w USA samodzielnego pracownika systemu ochrony zdrowia, uprawnionego do wykonywania określonych procedur medycznych i zabiegowych wyłącznie pod nadzorem lekarza [15-17]. Zasadniczo jego obowiązki sprządzają się do świadczenia usług diagnostycznych, pielęgnacyjnych i farmakologicznych [18]. Z kolei uprawnienia i obowiązki asystenta lekarza są ściśle uregulowane przez prawo stanowe, odrębne dla każdego ze stanów USA i uprawniają go do wykonywania takich czynności, jak: badanie pacjenta, prowadzenie diagnostyki i terapii, prowadzenie dokumentacji medycznej, poradnictwo pacjenta i rodziny, udział przy drobnych zabiegach chirurgicznych w zakresie pierwszej i drugiej asysty [15]. Asystent lekarza pracuje we wszystkich dziedzinach medycyny takich, jak: ambulatoryjna opieka medyczna, medycyna ratunkowa, chirurgia, psychiatria, oddziały dla przewlekłych chorych, oddziały opieki paliatywnej [19, 20]. Jednak najczęściej pracuje on w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie prowadzi diagnostykę i farmakoterapię pacjentów oraz działania z zakresu promocji i prewencji zdrowia [18, 21]. Jednocześnie asystentowi lekarza przypisuje się też dużą rolę w medycynie ratunkowej

i sytuacjach kryzysowych [22]. Ponadto asystent lekarza prowadzi wizyty domowe pacjentów oraz opiekuje się pacjentami w domach opieki. W części badań podkreśla się duży wkład asystenta lekarza w zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów mieszkających w małych i oddalonych od centrów miast miejscowościach [23, 24]. Podkreślić należy, że zawsze nad pracą asystenta lekarza czuwa lekarz, który pełni rolę opiekuna nad prawidłowym wykonywaniem przez niego świadczeń opieki zdrowotnej [25, 26]. Jest to zatem model, w którym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom jest podzielone między lekarza i asystenta lekarza, ale odpowiedzialność za udzielone świadczenia spoczywa nadal bezpośrednio na lekarzu [16].

Program nauczania asystenta lekarza zakłada przygotowanie osób posiadających wykształcenie wyższe oraz doświadczenie w opiece nad pacjentem do udziału w trwającym ok. 2 lata szkoleniu. Program ten obejmuje nauczanie teoretyczne i kliniczne z przedmiotów takich, jak: patologia, anatomia człowieka, fizjologia, medycyna kliniczna, farmakologia, diagnostyka, etyka medyczna, medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa i pediatria. Nauczanie odbywa się według 200 akredytowanych programów, które zostały zatwierdzone przez *Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant* w 2017 r. i są realizowane przez uniwersytety, szkoły policealne oraz przyszpitalne [19]. Kandydaci zgłaszający się do programu nauczania zazwyczaj są absolwentami pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. Edukacja kończy się państwowym egzaminem *National Certifying Examination* prowadzonym przez *National Commission on Certification of Physician Assistants*, który nadaje licencję uprawniającą do wykonywania zawodu asystenta lekarza (*Physician Assistant-Certified*) [20, 27].

Asystent lekarza w USA jest zawodem o dużym potencjale rozwojowym. Zakłada się, że ich liczba będzie znacząco rosła w najbliższych latach [14, 19]. Prognozowany wzrost odsetka osób wykonujących zawód asystenta lekarza można zaobserwować poprzez analizy *United States Department of Labor Bureau of Labor Statistics*, który publikuje główne założenia podwyższenia zatrudnienia asystentów lekarzy do 2026 r. [19]. Według danych z 2016 r. ok. 106,2 tys. osób było zatrudnionych na stanowisku asystenta lekarza. Blisko 90% z nich pracowało w podmiotach leczniczych, w tym najczęściej w ambulatoryjnej opiece medycznej (ok. 73%) i w lecznictwie stacjonarnym (ok. 27%). Pozostała część asystentów lekarzy była zatrudniona bezpośrednio w podmiotach zajmujących się edukacją zdrowotną (ok. 3,7 tys. osób), a także w administracji (ok. 3 tys. osób). Prognozowane zatrudnienie asystenta lekarza ma wzrosnąć o 37,3% do 2026 r. Najwięcej,

bo aż o 40,5% wzrosło ich zatrudnienie bezpośrednio w podmiotach leczniczych, w tym w ambulatoryjnej opiece medycznej o 45,9% i w leczeniu stacjonarnym o 25,3%. W pozostałych sektorach gospodarki zatrudnienie asystenta lekarza także ma wzrastać, odpowiednio w edukacji o 11,5% i administracji o 8%.

Zawód asystenta lekarza jest już powszechnie doceniany pod względem społecznym i ekonomicznym. Według amerykańskiego portalu Glassdoor zawód asystenta lekarza znalazł się na liście 25 najlepszych zawodów w USA w 2015 r. [28]. Ranking ten pokazał, że zawód asystenta lekarza zajął 1 miejsce na podium, otrzymując ocenę 4,8 punktów na 5 punktów możliwych do uzyskania. Raport ten identyfikuje najlepsze zawody w oparciu o 3 kluczowe czynniki, w których asystent lekarza uzyskał: potencjalne wynagrodzenie, obliczane na podstawie średniego rocznego wynagrodzenia zasadniczego (111 376 \$); możliwości rozwoju – 3,5/5 pkt.; liczbę ofert pracy – 45 484.

Śladem USA zawód asystenta lekarza znalazł uznanie w innych krajach. Bezpośrednio lub pośrednio zawód asystenta lekarza został wprowadzony w Holandii w 2001 r., Niemczech w 2005 r., Argentynie, Brazylii i Chile w 2007 r., Wielkiej Brytanii, Chinach, Kandy, Szwajcarii, Izraelu, Holandii, Arabii Saudyjskiej w 2010 r. [16, 29].

W Polsce w 2008 r. z inicjatywy Śląskiego Centrum Chorób w Zabrze i Klubu Kardiologów Polskich podjęto próbę powołania zawodu asystenta lekarza. Przyświecał temu projekt pilotażowy szkolenia asystenta lekarza, który był prowadzony w Oddziale Kardiologii i Transplantologii Klinicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, przez prof. Mariana Zembalę i dr. Michała Zembalę [15]. Jednak podejmowane rozmowy w Ministerstwie Zdrowia poświęcone celowości i zasadności powołania zawodu asystenta

lekarza w Polsce do dnia dzisiejszego nie znalazły finału. Wiele wątpliwości do wprowadzenia zawodu asystenta lekarza w systemie ochrony zdrowia w Polsce budzi jego system kształcenia, uprawnienia zawodowe dotyczące m.in. tajemnicy lekarskiej w związku z dostępem do dokumentacji medycznej pacjentów oraz odpowiedzialność za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Podkreślić jednak należy, że zgodnie z obowiązującymi przepisami wykonawczymi do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, uprawnienia w zakresie asystowania lekarzom przy drobnych zabiegach wykonywanych w podmiotach leczniczych uzyskali już ratownicy medyczni [30, 31].

Kolejnym zawodem jest *Nursing Assistant* nazywany asystentem pielęgniarskim lub asystentem opieki. W szczególności asystent pielęgniarski stanowi wsparcie dla pacjentów niesamodzielnych oraz personelu pielęgniarskiego zapewniając podstawową opiekę pacjentom w szpitalach i ośrodkach opieki długoterminowej. Wśród jego podstawowych zadań wymienić należy takie czynności, jak: mycie pacjenta, pomoc pacjentowi w drobnych czynnościach, wsparcie przy wstawianiu z łóżka, zmiana pościeli itp. Przeprowadzony przegląd literatury wskazuje, że asystent pielęgniarski staje się kluczowym członkiem zespołu medycznego, tuż obok lekarza, pielęgniarki i asystenta lekarza [32]. Niejednokrotnie w literaturze można znaleźć badania, które wskazują, że pacjenci wysoko oceniają jakość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez asystenta pielęgniarskiego [33]. Docenia się ich duży wkład w zapewnienie dostępności do

Tabela I. Szczegółowe dane dotyczące zatrudniania asystenta lekarza w poszczególnych sektorach gospodarki USA w 2016 r. i prognozy na 2026 r. (w tys.) [opracowanie własne za 19]

	2016 r.			2026 r.			zmiana procentowa
	zatrudnienie	% w przemyśle	% w zawodzie	zatrudnienie	% w przemyśle	% w zawodzie	
łącznie zatrudnienie	106,2	0,1	100,0	145,9	0,1	100,0	37,3
opieka zdrowotna i pomoc społeczna	95,9	0,5	90,3	134,7	0,6	92,3	40,5
ambulatoryjne usługi opieki zdrowotnej	70,7	1,0	66,6	103,2	1,1	70,8	45,9
biura lekarzy	59,9	2,4	56,4	86,1	2,8	59,0	43,7
szpitale: stanowe, lokalne i prywatne	24,9	0,4	23,5	31,2	0,5	21,4	25,3
szpitale ogólne i chirurgiczne: stanowe, lokalne i prywatne	23,8	0,4	22,4	29,8	0,5	20,4	25,5
szpitale ogólne i chirurgiczne: prywatne	20,9	0,5	19,7	26,3	0,5	18,1	26,0
ambulatoryjne centra opieki	8,3	1,0	7,8	13,8	1,2	9,4	66,0
edukacja: stanowa, lokalna i prywatna	3,7		3,5	4,1		2,8	11,5
uniwersytety i szkoły zawodowe	3,6	0,1	3,4	4,0	0,1	2,8	11,4
administracja oraz gospodarka odpadami	3,0		2,9	3,3		2,2	8,0
usługi administracyjne i pomocnicze	3,0		2,9	3,3		2,2	8,0
usługi związane z zatrudnieniem	2,9	0,1	2,7	3,1	0,1	2,1	7,4

świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich zaangażowanie w proces leczniczy pacjenta [22, 32, 34].

W Polsce powołanie zawodu asystenta pielęgniarskiego budzi w wątpliwości w zakresie szkolenia oraz wykonywania zawodu. Aktualnie Rzecznik Praw Pacjenta, z uwagi na spadek liczby przedstawicieli zawodów medycznych, w tym szczególnie pielęgniarek, wystąpił do Ministra Zdrowia o przeciwdziałanie tej sytuacji, która według prognoz każdego roku będzie się pogłębiała [34]. Rzecznik Praw Pacjenta podkreślił, że brak przedstawicieli zawodów medycznych ma negatywny wpływ na poziom udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie podkreślił, że taka sytuacja nie pozwala na sprawowanie świadczeń opieki zdrowotnej nad pacjentami z należytą starannością i z zachowaniem odpowiednich środków bezpieczeństwa, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych. Jednym z rozwiązań zaproponowanym przez Rzecznika Praw Pacjenta było podjęcie działań prowadzących do powołania nowego zawodu asystenta pielęgniarskiego. Apel Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Zdrowia poparły środowiska pielęgniarskie. Jednocześnie środowisko pielęgniarskie podkreśla, że dla potrzeb społeczeństwa, a także wsparcia pielęgniarek, potrzeba większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze. Ponadto z podkreśleniem, że nie będzie on posiadał uprawnień pielęgniarskich, do których można zaliczyć np. opiekuna medycznego, czy asystenta osoby niepełnosprawnej.

Podsumowanie

Współczesna polityka zdrowotna staje przed globalnym problemem zapewnienia wymaganej liczby przedstawicieli zawodów medycznych. W Polsce dotychczas podejmowane działania w kierunku ich uzupełnienia nie dają oczekiwanych rezultatów. Oznacza to zatem konieczność wprowadzania nowych zawodów, które wsparłyby szczególnie lekarzy i pielęgniarki w wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Takie działanie w efekcie wpłynęłoby na zwiększenie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Doświadczenia innych państw wskazują, że uzupełnienie przedstawicieli zawodów medycznych o personel wspierający jest działaniem uzasadnionym medycznie i ekonomicznie. Wymaga to zatem głębokiej analizy i odważnych decyzji we współpracy ze środowiskami medycznymi.

Aktualne system ochrony zdrowia w Polsce, uwarunkowany czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi, wymaga pilnego uzupełnienia przedstawicieli zawodów medycznych. Wprowadzenie nowych zawodów medycznych jest szansą na zapewnienie dostępności i najwyższej jakości świadczeń opieki zdrowotnej dla polskiego społeczeństwa. Jednocześnie wprowadzenie zawodów asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego jest wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia do pokonywania dziś istniejących barier. Bazując na wieloletnich doświadczeniach innych państw można stwierdzić, że wprowadzanie zawodów asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego, wpłynie bezpośrednio na sprawność i skuteczność udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń opieki zdrowotnej [35-37]. Duża część badań skupia się na produktywności asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego w samodzielnym udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, podkreślając ich zaangażowanie oraz zadowolenie pacjentów z ich pracy [38-41]. Podkreśla się także, że asystent lekarza przyczynia się do jakości i bezpieczeństwa opieki, która ogólnie może zmniejszyć długość pobytu pacjentów w szpitalach [42]. Ponadto wskazuje się, że zastępowanie lekarzy i pielęgniarek przez asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego, może stać się dominującym modelem świadczenia opieki zdrowotnej przez następne 10-20 lat. Asystent lekarza i asystent pielęgniarski, to nie tylko członkowie interdyscyplinarnych zespołów świadczących opiekę zdrowotną, ale też samodzielni przedstawiciele zawodów medycznych [35]. Podkreśla się, że zatrudnienie asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego jest racjonalnym działaniem, które zapewni optymalną opiekę zdrowotną dla społeczeństwa [43]. Wskazując, że opieka świadczona przez asystenta lekarza i asystenta pielęgniarskiego zapewni dostępność i jakość opieki nad pacjentem, co stanowi ważny element systemu zdrowotnego [44, 45]. Oczywiście ułatwia to osiągnięcie podstawowych funkcji tej opieki, jak: kompleksowość, dostępność i odpowiedzialność [29].

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Eurostat. Population: Structure indicators. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind&lang=en (22.05.2018).
2. Stańczyk J, Szałtys D. Regionalne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności Polski w latach 1990-2015 oraz w perspektywie do 2040 roku. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/28/1/1/regionalne_zroznicowanie_procesu_starzenia_sie_ludnosci.pdf (22.05.2018).
3. Wyniki prognozy ludności. [w:] Prognoza ludności na lata 2014-2050. GUS, Warszawa 2014: 109.
4. Human Resources for Health in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
5. Working together for health. The World Health Report 2006. WHO, Geneva 2006.
6. Global Atlas of the Health Workforce. WHO, Geneva 2009.
7. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHO, Geneva 2016.
8. Green Paper on the European Workforce for Health. Opinion 2008/09:SoU18 of the Committee on Health and Welfare. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/swed_parliament_en.pdf (20.10.2018).
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU. Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_poland_polish.pdf (20.10.2018).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2018 poz. 1738).
11. Krajewski R. Lekarzy jest za mało, a będzie jeszcze mniej. Puls 2015, (06-07): 23-24.
12. Wilkińska I. Kadra medyczna. [w:] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r. GUS, Warszawa 2017: 69-80.
13. NIL. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego. https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/128527/Zestawienie-nr-01.pdf (10.05.2018).
14. Hooker RS. The future of the physician assistant movement. *Med J Aust* 2010, 192(3): 116.
15. Zembala MO. Asystent lekarza – projekt nowego zawodu w polskiej służbie zdrowia. *Kardiochir Torakochirurgia Pol* 2008, 5(2): 208-210.
16. Buchan J, O'May F, Ball J. New role, new country: introducing US physician assistants to Scotland. *Hum Resour Health* 2007, 5: 13.
17. Merkle F, Ritsema TS, Bauer S, Kuilman L. The physician assistant: Shifting the Paradigm of European medical practice? *HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth* 2011, 3(4): 255-262.
18. Aparasu RR, Hegge M. Autonomous ambulatory care by nurse practitioners and physician assistants in office-based settings. *J Allied Health* 2001, 30(3): 153-159.
19. Employment Projections Program, United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician-assistants.htm> (10.05.2018).
20. American Association of Medical Assistants. <http://www.aama-ntl.org/cma-aama-exam/about#.XGRQBmlCepo> (20.07.2018).
21. Steinwachs DM, Weiner JP, Shapiro S, et al. A comparison of the requirements for primary care physicians in HMOs with projections made by the GMENAC. *N Engl J Med* 1986, 314(4): 217-222.
22. Parle JV, Ross NM, Doe WF. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Med J Aust* 2006, 185(1): 13-17.
23. Everett CM, Schumacher JR, Wright A, Smith MA. Physician assistants and nurse practitioners as a usual source of care. *J Rural Health* 2009, 25(4): 407-414.
24. Gruca TS, Nelson GC, Thiesen L, et al. The workforce trends of physician assistants in Iowa (1995-2015). *PLoS One* 2018, 13(10): e0204813.
25. Enns SM, Wynn T, Muma RD, Lary MJ. Examining attitudes of specialist physicians regarding physician assistant referrals. *J Allied Health* 2003, 32(4): 270-274.
26. Gadbois EA, Miller EA, Tyler D, Intrator O. Trends in State Regulation of Nurse Practitioners and Physician Assistants, 2001 to 2010. *Med Care Res Rev* 2015, 72(2): 200-219.
27. Arbet S, Lathrop J, Hooker RS. Using practice analysis to improve the certifying examinations for PAs. *JAAPA* 2009, 22(2): 31-36.
28. Glassdoor. 25 Best Jobs in America in 2015. https://www.glassdoor.com/List/Best-Jobs-in-America-2015-LST_KQ0,25.htm (20.07.2018).
29. Hooker RS, Everett CM. The contributions of physician assistants in primary care systems. *Health Soc Care Community* 2012, 20(1): 20-31.
30. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410 z późn. zm.).
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczonych w sprawach medycznych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. 2016 poz. 587 z późn. zm.).
32. Coulter I, Jacobson P, Parker LE. Sharing the mantle of primary female care: physicians, nurse practitioners, and physician assistants. *J Am Med Womens Assoc* 2000, 55(2): 100-103.
33. Wilson IB, Landon BE, Hirschhorn LR, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med* 2005, 143(10): 729-736.
34. Rzecznik Praw Pacjenta w sprawie niewystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego. <https://www.rpp.gov.pl/aktualnosci/rzecznik-praw-pacjenta-w-sprawie-niewystarczajacej-liczby-personelu-pielęgniarskiego,501.html> (10.07.2018).
35. Scheffler RM, Waitzman NJ, Hillman JM. The productivity of physician assistants and nurse practitioners and health work force policy in the era of managed health care. *J Allied Health* 1996, 25(3): 207-217.
36. Hartsell Z. The emerging role of PAs in the hospitalist movement. *JAAPA* 2007, 20(8): 10.
37. Mittman DE, Cawley JF, Fenn WH. Physician assistants in the United States. *BMJ* 2002, 325(7362): 485-487.
38. Timmermans MJC, van Vught AJAH, Peters YAS, et al. The impact of the implementation of physician assistants in inpatient care: A multicenter matched-controlled study. *PLoS One* 2017, 12(8): e0178212.

39. Kleinpell RM, Ely EW, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. *Crit Care Med* 2008, 36(10): 2888-2897.
40. Gershengorn HB, Johnson MP, Factor P. The use of nonphysician providers in adult intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med* 2012, 185(6): 600-605.
41. Garland A, Gershengorn HB. Staffing in ICUs: physicians and alternative staffing models. *Chest* 2013, 143(1): 214-221.
42. Ford WT, Britting LL. Nonphysician providers in the hospitalist model: a prescription for change and a warning about unintended side effects. *J Hosp Med* 2010, 5(2): 99-102.
43. Everett CM, Morgan P, Jackson GL. Primary care physician assistant and advance practice nurses roles: Patient healthcare utilization, unmet need, and satisfaction. *Healthc* 2016, 4(4): 327-333.
44. Auerbach DI, Chen PG, Friedberg MW, et al. Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage. *Health Aff* 2013, 32(11): 1933-1941.
45. Green L, Savin S, Lu Y. Primary care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health Aff* 2013, 32(1): 11-19.