

Danuta Kunecka, Dorota Prociak

Standardy kształcenia w obszarze ekonomiki i zarządzania na kierunkach medycznych

Ekonomiczne Problemy Usług nr 95, 337-347

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

DANUTA KUNECKA

DOROTA PROCIAK

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**STANDARDY KSZTAŁCENIA W OBSZARZE
EKONOMIKI I ZARZĄDZANIA
NA KIERUNKACH MEDYCZNYCH**

Wprowadzenie

Sektor zdrowia w każdym społeczeństwie i kraju odgrywa strategiczne znaczenie dla sprawnego ich funkcjonowania, niezależnie od panującego w nim ustroju polityczno-gospodarczego. Od efektywności tego sektora w dużej mierze zależy bezpieczeństwo zdrowotne ludności, a tym samym i możliwości podejmowania oraz wykonywania jakichkolwiek działań zawodowych. Sprawne funkcjonowanie sektora usług zdrowotnych jest warunkowane przede wszystkim potencjałem kadr medycznych, nie tylko odpowiedniej ich liczby, lecz także i jakości, dla której zasadnicze znaczenie mają kompetencje osób bezpośrednio świadczących usługę medyczną. Niemniej jednak znaczący wpływ dla sprawnie prowadzonej działalności w zakresie usług medycznych i całego systemu opieki zdrowotnej mają umiejętności zarządcze osób kierujących zespołami terapeutycznymi, tworzonymi przez medyków. To kierownicy na różnych szczeblach w strukturze organizacyjnej, ich sposób i styl zarządzania oraz znajomość przynajmniej podstawowych praw ekonomiki, determinują odpowiednie gospodarowanie – wykorzystywanie zasobów ludzkich. Dlatego zagadnienia z zakresu zarządzania i ekonomiki nabierają szczególnego znaczenia w kontekście profesjonalizmu osób zatrudnionych w sektorze usług zdrowotnych na

stanowiskach funkcyjnych, jego kadry zarządzającej. Jednak szczególną uwagę badawczą autorkę artykułu zwrócił fakt, że ogromne znaczenie mają te zagadnienia również w przypadku pracowników samodzielnie świadczących określone usługi medyczne w ramach działalności gospodarczej podejmowanej przez osoby będące przedstawicielami wolnych zawodów¹, wśród których wymienia się: aptekarzy, diagnostów laboratoryjnych, lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki i położne. Zatem cykl kształcenia na wyżej wymienionych kierunkach powinien uwzględniać obszary tematyczne pozwalające absolwentom na sprawne funkcjonowanie na rynku pracy. Dotychczasowe standardy kształcenia obowiązujące na kierunkach medycznych w niewielkim tylko stopniu uwzględniały rzeczywiste potrzeby zmieniającego się dynamicznie rynku pracy w sektorze usług zdrowotnych w zakresie zarządzania czy ekonomiki. Może to dziwić przy tak intensywnych zmianach ustawodawczych dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia czy procesu kształcenia. Nadzieję na zmianę tego stanu rzeczy pokłada się w sukcesywnie wdrażanych zmianach w szkolnictwie wyższym, rozpoczętych zmianą ustawy zasadniczej². W artykule podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu w odniesieniu do kierunków medycznych zmiany te są skuteczne i przyniosą oczekiwane korzyści. W opracowaniu dokonano analizy tego, na ile standardy kształcenia dla zawodów medycznych uwzględniają rzeczywiste potrzeby rynku pracy (na podstawie zagadnień z zakresu zarządzania i ekonomiki) oraz na ile w przypadku kierunków medycznych jest możliwa realizacja teoretycznych założeń reformy mającej na celu wzrost autonomii programowej uczelni w przypadku dostrzeżenia konieczności takich zmian. Analizowano plany nauczania przyjęte na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Ze względów organizacyjnych badaniu poddano jedynie wybrane kierunki kształcenia przyszłych medyków, ograniczając je do tych, które spełniały jednocześnie dwa przyjęte kryteria: kształcać przedstawicieli tzw. wolnych zawodów ustawowo wskazywanych za samo-

¹ M. Świącicki, *Pojęcie wolnego zawodu*, „Gazeta Lekarska” 2001, www.oil.org.pl, 11.04.2011.

² Ustawa o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 18 marca 2011 r. (DzU 2011, nr 84, poz. 455).

dzielne³ oraz charakteryzujące się obligatoryjną w Polsce przynależnością do samorządu zawodowego⁴, a jednocześnie znalazły się w ofercie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Były to: kierunek lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo oraz położnictwo.

1. Kształcenie kadr medycznych w Polsce – aktualny stan prawny dla wolnych zawodów

Od 2004 roku w Polsce kształcenie na kierunkach *stricte* medycznych jest prowadzone wyłącznie na poziomie wyższym. Wprowadzono wówczas zasadnicze zmiany w systemie kształcenia zawodowego pielęgniarzek i położnych. Obecnie kierunki studiów pielęgniarstwo i położnictwo mogą być uruchamiane także w wyższych szkołach zawodowych, natomiast kierunek lekarski oraz lekarsko-dentystyczny – jedynie na uczelniach medycznych. Kształcenie na kierunkach⁵ pielęgniarstwo i położnictwo jest realizowane w trybie studiów pierwszego i drugiego stopnia, natomiast na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym – jako jednolite studia magisterskie. Studia pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo trwają minimum 6 semestrów, zaś studia drugiego stopnia – minimum 4 semestry. Tok kształcenia na kierunku lekarskim nie może trwać krócej niż 12 semestrów, natomiast na kierunku lekarsko-dentystycznym – nie krócej niż 10 semestrów. Na wszystkich czterech kierunkach nauka może być kontynuowana w ramach studiów trzeciego stopnia, tj. studiów doktoranckich. Ponadto należy podkreślić, że corocznie limity przyjęć na wyżej wymienione kierunki są regulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Minimalne ramy godzin oraz liczbę punktów ECTS przewidywane na realizację treści programowych wskazywanych standardem kształcenia dla poszczególnych kierunków zilustrowano w tabeli 1.

³ Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 28 kwietnia 2011 r. (DzU 2011, nr 113, poz. 658); Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. (DzU 2011, nr 174, poz. 1039).

⁴ Ustawa o izbach lekarskich z 2 grudnia 2009 r. (DzU 2009, nr 219, poz. 1708); Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z 1 lipca 2011 r. (DzU 2011, nr 174, poz. 1038).

⁵ Standardy kształcenia dla kierunku studiów: pielęgniarstwo, położnictwo, kierunek lekarski, kierunek lekarsko-dentystyczny, www.bip.nauka.gov.pl, 11.04.2012.

Tabela 1

Standardy kształcenia na kierunkach medycznych a liczba godzin i ECTS

Lp.	Kierunek studiów	Liczba godzin		ECTS
1	Lekarski	Grupa treści podstawowych	1635	111
		Grupa treści kierunkowych	2355	164
		Razem	3990	275
2	Lekarsko-dentystyczny	Grupa treści podstawowych	1500	99
		Grupa treści kierunkowych	2480	154
		Razem	3980	253
3	Pielęgniarstwo lub położnictwo I ⁰	Grupa treści podstawowych	810	40
		Grupa treści kierunkowych	3795	131
		Razem	4605	171
	Pielęgniarstwo lub położnictwo II ⁰	Grupa treści podstawowych	45	4
		Grupa treści kierunkowych	285	22
		Razem	330	26
Łącznie studia I ⁰ i II ⁰		4935	197	

Źródło: opracowanie własne na podstawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków studiów.

Do roku 2012 absolwentom kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego przedłużono tok kształcenia o kolejno 13- i 12-miesięczny staż, podczas którego absolwenci tych kierunków mieli jedynie ograniczone prawo wykonywania zawodu aż do chwili pozytywnego złożenia egzaminu końcowego. Mogło to tłumaczyć występujące na tych kierunkach różnice w wymiarach godzin. Obecnie nowelą wchodzącą w skład rządowego pakietu ustaw zdrowotnych zlikwidowano ten wymóg, modyfikując standard kształcenia na tych kierunkach, z liczbą godzin zaprezentowaną w tabeli 1. Zmniejszenie liczby godzin ma na celu skrócenie toku kształcenia przyszłych medyków, co jest uzasadnione w sytuacji odnotowywanych deficytów kadr medycznych nie tylko w Polsce, lecz także na świecie. Dziwi jedynie, że zmiany te dotyczyły tylko osób wchodzących w skład samorządu lekarskiego, przy zdecydowanie większym przewidywanym zapotrzebowaniu na kadry pielęgniarskie (także z racji nieatrakcyjnych w Polsce warunków ich zatrudnienia). Od roku 2013 absolwenci kierunków lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego, którzy ukończyli studia pomyślnie zdaniem egzaminem końcowym, uzyskują bezterminowo prawo wykonywania zawodu. W przypadku pielęgniarstwa i położnictwa prawo to uzyskuje się w chwili pozytywnego złożenia egzaminu dyplomowego, składającego się

z części teoretycznej i praktycznej, przewidzianego na koniec studiów pierwszego stopnia.

W Polsce medyczne (samorządowe) grupy zawodowe mają ustawowy obowiązek ustawicznego kształcenia się, jednak w żaden sformalizowany sposób nie jest on weryfikowany instytucjonalnie. Pewne próby w tym zakresie są podejmowane przez samorząd lekarski. Tym samym zarówno w grupie lekarskiej, jak i pielęgniarskiej jedynym kryterium zdobycia prawa wykonywania zawodu (niezbędnego do wykonywania działań zawodowych przez przedstawicieli ww. grup zawodowych) jest nieprzerwana (w ostatnich pięciu latach) aktywność zawodowa.

2. Autonomia programowa uczelni medycznych – teoria a praktyka

Zmiany wdrażane w polskim szkolnictwie wyższym miały być – w założeniu ustawodawcy – swoistym panaceum na jednolity, centralnie zdefiniowany proces kształcenia, który był adekwatny jedynie dla nielicznej grupy studentów. Uznano, że budowa krajowych ram kwalifikacji, analiza efektów kształcenia oraz mechanizmów ich weryfikacji może stać się podstawowym narzędziem lepszego dopasowania oferty dydaktycznej nie tylko do potrzeb wszystkich grup studentów, lecz także do potrzeb rynku. Konsekwencją ich wdrożenia będzie wzrost autonomii i odpowiedzialności uczelni za tworzone i prowadzone programy studiów ze względu na ułatwienie ich modyfikacji czy wręcz możliwość wprowadzania istotnych zmian programowych⁶. Osiągnięcie autonomii programowej możliwe jest wówczas, gdy⁷:

- zrezygnuje się ze sztywnego gorsetu centralnie zdefiniowanego procesu kształcenia;
- dostrzeże się, że obowiązująca państwowa lista kierunków studiów nie jest wystarczająco dobrą odpowiedzią na potrzeby rynku pracy czy aspiracje edukacyjne młodzieży;

⁶ *Autonomia programowa uczelni. Ramy kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego*, red. E. Chmielecka, Wyd. MNiSW, Warszawa 2010, s. 9, 11.

⁷ *Ibidem*, s. 10.

- w przypadku każdego już istniejącego oraz nowo tworzonego kierunku studiów uczelnie starannie przemyślą i opiszą zamierzone efekty kształcenia, a na ich podstawie zaprojektują program kształcenia;
- powstanie i zostanie wdrożony system zapewniania jakości kształcenia, na podstawie którego będą dokonywane niezbędne korekty; będzie podstawowym źródłem informacji dla zewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia.

Powyżej przedstawiono założenia teoretyczne, a jak jest w praktyce? Ponieważ analiza dotyczy zawodów medycznych, regulowanych odrębnymi przepisami⁸, to:

- nie jest możliwa całkowita rezygnacja z centralnie zdefiniowanego procesu kształcenia, gdyż zbytne odejście od wytycznych zawartych w standardzie kształcenia dla analizowanych kierunków zaowocowałoby pewnie brakiem akredytacji;
- zakres treści programowych wskazywanych jako standardowe minimum jest już i tak zbyt obszerny, zatem trudno byłoby go jeszcze rozbudowywać o treści, które miałyby podnieść ich atrakcyjność. Warto jednak podkreślić, że w przypadku kierunków medycznych nie ulega wątpliwości rosnące zapotrzebowanie na ich absolwentów, brakuje jednak merytorycznej dyskusji na temat aspiracji edukacyjnych młodzieży. Obecnie odnotowuje się niedobory liczby kandydatów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, w stosunku do limitów miejsc przyznawanych poszczególnym uczelniom przez Ministra Zdrowia. Widać też zdecydowany spadek liczby kandydatów na kierunek lekarski czy lekarsko-dentystyczny. Można to tłumaczyć stosunkowo niewielką atrakcyjnością późniejszych miejsc pracy lub wysokim stopniem trudności tych studiów;
- tworzenie nowych programów na podstawie sklasyfikowanych w trzech kategoriach efektów kształcenia (wiedza, umiejętności, kompetencje personalne i społeczne)⁹. Ich dobór i zakres jest uwarunkowany wieloma czynnikami, w tym możliwościami kadrowymi oraz środ-

⁸ Regulowane zawody i działalności w Rzeczypospolitej Polskiej. Opis wymagań kwalifikacyjnych. Część III: Minister właściwy do spraw zdrowia, www.nauka.gov.pl, 11.04.2012.

⁹ *Autonomia programowa...*, s. 13; A. Kraśniewski, *Jak przygotować programy kształcenia z Krajowych Ram Kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego?* www.nauka.gov.pl, 11.04.2012.

kami wspierania procesu dydaktycznego, jakimi dysponuje uczelnia, ale także zakresem wiedzy i umiejętności kandydatów w momencie rozpoczynania realizacji procesu edukacyjnego¹⁰. Nowe standardy kształcenia dla kierunków medycznych (uwzględniające efekty kształcenia przede wszystkim w kategorii umiejętności czy kompetencji personalnych i społecznych) często wymagają znaczących zmian w dotychczas obowiązujących programach, głównie w formach zajęć, a niekiedy i treściach programowych. Ze względu na ograniczenia finansowe ich wdrożenie na uczelniach medycznych w najbliższym roku akademickim jest mało prawdopodobne (z uwagi na zmiany w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków związane z likwidacją stażu). Jeśli chodzi o tworzenie nowych programów na uczelniach medycznych, szczególnego znaczenia nabiera dość delikatny problem, jakim jest nadmiernie wzbudzone wśród kadry akademickiej poczucie poddawania w wątpliwość efektywności starego systemu opartego na treściach programowych. Zdaniem autorek, jest to wynikiem obaw, że w momencie przeniesienia na matryce budowane na podstawie efektów kształcenia dane treści mogą okazać się zbędne. Powszechność takich zachowań może przyczynić się do utrzymania w dość zbliżonej formule dotychczasowego stanu rzeczy, a tym samym nie będzie skutkowało wzrostem jakości kształcenia na kierunkach medycznych, co w perspektywie może przełożyć się na mniejsze zainteresowanie nimi wśród młodzieży;

- ze względu na mentalne trudności i opory związane z wprowadzaniem zmian na uczelniach medycznych równie trudne może się okazać sam proces tworzenia oraz funkcjonowania systemu zapewniania jakości. Dla autorek zaskakująca była obserwacja poczyniona w trakcie udziału w dyskusjach gremiów akademickich na tematy udziału i znaczenia studenta w procesie kształcenia. Widoczny był niekiedy zupełny brak zrozumienia dla idei podkreślanej głównie w ocenie formującej¹¹, mówiącej o tym, że dobra relacja student–nauczyciel daje studentowi możliwość zaangażowania się w proces kształcenia. Może to w pełni po-

¹⁰ *Ibidem*, s. 97.

¹¹ *Autonomia programowa...*, s. 109.

twierdząc konieczność wprowadzania jakichkolwiek zmian, aby poprawić sytuację panującą na uczelni.

Uwzględniając zatem możliwości praktycznego przełożenia założeń teoretycznych reformy szkolnictwa wyższego, na uczelniach medycznych trudno spodziewać się zmian (przynajmniej w najbliższych latach), które mogłyby znacząco wpłynąć na poprawę jakości kształcenia. W konsekwencji założenia te w niewielkim stopniu wpłyną na podniesieni poziomu autonomii programowej uczelni w przypadku kierunków *stricte* medycznych.

3. Standardy kształcenia na kierunkach medycznych w obszarze ekonomiki i zarządzania a potrzeby rynku pracy

Chcąc przedstawić na przykładach, jak przyjęte standardy kształcenia mogą w swych zapisach ograniczać realizację jednego z głównych założeń reformy szkolnictwa wyższego, a mianowicie spójności z aktualnymi potrzebami rynku pracy, autorki postanowiły poddać analizie standardy kształcenia dla kierunków medycznych, których absolwenci będą należeć do grupy osób wykonujących wolne zawody, w obszarze zarządzania oraz ekonomiki. Wybór tych obszarów był podyktowany tym, że współczesne organizacje opieki zdrowotnej mają spełnić kryteria stawiane innym przedsiębiorstwom, takie jak kierowanie się w działalności kryteriami ekonomicznymi, posiadanie jasno określonego celu końcowego, wykorzystywanie w procesie świadczenia usługi materiałów i produktów, pamięć o tym, że zawsze następuje przy tym sprzężenie zwrotne pomiędzy użytkownikiem a dostawcą usługi¹².

Ważkość tych obszarów dla absolwenta kierunków medycznych znajduje potwierdzenie także w dynamice przyrostu rejestrowanych w ostatnich latach działalności gospodarczych przez osoby z analizowanych grup zawodowych. W roku 2010 na około 160 tys. lekarzy zarejestrowanych było 103 tys. praktyk¹³. W przypadku pielęgniarek na koniec 2011 roku zarejestrowanych było około

¹² M. Januszewska, *Wiedza menedżerska lekarzy jako czynnik kształtowania z zakładu opieki zdrowotnej organizacji uczącej się*, w: *Prognozowanie zmian i trendów wśród pracodawców dolnośląskiego sektora ochrony zdrowia*, red. S. Jarosz-Żukrowska, Wydawnictwo Naukowe, Wrocław 2009, s. 120.

¹³ Portal Deon.pl: *Rośnie liczba lekarzy – przedsiębiorców*, <http://www.deon.pl>, 11.04.2012.

Tabela 2

Liczba godzin na wybranych kierunkach medycznych w analizowanych obszarach

Lp.	Kierunek studiów	Przedmiot	Rok studiów	Liczba godzin wraz z formą kształcenia	Liczba ECTS za przedmiot
1	Lekarski	Zdrowie publiczne, w tym treści z obszaru zarządzania i ekonomiki	VI	Łącznie 30 godz., w tym na treści w analizowanych obszarach przeznaczają się 6 godz. (2 godz. seminariów oraz 4 ćwiczeń)	1
2	Lekarsko-stomatologiczny	Zdrowie publiczne, w tym treści związane z organizacją systemu opieki zdrowotnej / pośrednio z zarządzaniem	II	Łącznie 30 godz., w tym na treści w analizowanych obszarach przeznaczają się 6 godz. (2 godz. seminariów)	2
		Stomatologia społeczna, w tym treści związane z organizacją systemu opieki zdrowotnej / pośrednio z zarządzaniem	II	Łącznie 30 godz., w tym na treści w analizowanych obszarach przeznaczają się 6 godz. (2 godz. seminariów)	4
		Zarządzanie i ekonomika	V	Łącznie 30 godz. seminariów	1
3	Pielęgniarstwo lub położnictwo	Zarządzanie w pielęgniarstwie	II ⁰ I rok	Łącznie 50 godz. (24 godz. wykładów, 15 godz. seminariów, 16 godz. ćwiczeń)	5
		Przedmioty do wyboru dla studenta: ekonomika i podstawy przedsiębiorczości	II ⁰ I lub II rok	Łącznie 40 godz. w formie wykładów	4
4	Położnictwo	Zdrowie publiczne, w tym organizacja pracy	I ⁰ I rok	Łącznie 10 godz. (6 godz. seminariów, 4 godz. ćwiczeń)	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie planów nauczania na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w roku akademickim 2011/2012.

19 tys. praktyk (przy czym na koniec 2008 r. około 15 tys.)¹⁴. Dla przejrzystości prezentowanych danych przyjęto formę tabelaryczną z liczbą godzin dydaktycznych przewidzianych w planach nauczania przyjętych na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie na rok akademicki 2011/2012 dla kierunków objętych analizą w obszarach zarządzania i ekonomiki¹⁵ (tab. 2).

Interpretując dane przedstawione w tabeli 2, należałoby uznać, że ciężar przygotowania kadr medycznych (zwłaszcza w grupie lekarzy) w zakresie zarządzania i ekonomiki ustawodawca przeniósł na poziom kształcenia podyplomowego¹⁶. Na podstawie obowiązujących regulacji należy ten fakt uznać za swoisty paradoks, ponieważ do rejestracji praktyki w tej grupie nie jest wymagany żaden inny warunek, np. ukończenia jednej z form kształcenia podyplomowego czy – jak ma to miejsce w przypadku pielęgniarek i położnych – minimum dwuletnie doświadczenie zawodowe. Analizując zgromadzony materiał, można jako wniosek końcowy przyjąć stwierdzenie, że obecnie w przypadku kadr medycznych w Polsce rzeczywiste dostosowywanie się do potrzeb rynku pracy to zadanie ciężące jedynie na absolwentach tych kierunków, niekiedy wręcz zupełnie wykluczające z tego procesu uczelnie, na co przyzwolenie dają obowiązujące unormowania prawne.

Podsumowanie

Niezaprzeczalnie dla prawidłowego funkcjonowania każdego społeczeństwa niezbędna jest właściwa opieka medyczna, a ta wymaga między innymi dostosowania liczby i potencjału kadry medycznej do potrzeb społeczeństwa¹⁷. W Polsce jednak trudno byłoby przedstawić przykłady zmian świadczących o takim procesie. Niekiedy wręcz można odnieść wrażenie, że w sposób przemyślany i systematyczny nie planuje się ich nawet, zapominając zupełnie o tym, że sukces bez mała każdej współczesnej organizacji działającej w warunkach

¹⁴ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2011, 2008): Liczba praktyk pielęgniarskich, <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=231>, 11.04.2012

¹⁵ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, <http://www.pum.edu.pl>, 11.04. 2012.

¹⁶ D. Kunecka, *Standardy kształcenia kadr medycznych – przykład dysfunkcji systemowej*, w: *Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia*, red. M. Lisiecka-Bielanowicz i in., Wydawnictwo MZ, Warszawa 2011, s. 216–225.

¹⁷ G. Węgrzyn, *Kadra medyczna – trendy w wybranych krajach Unii Europejskiej*, w: *Prognozowanie zmian...*, s. 84.

dynamicznego otoczenia nie jest już pochodną zasobów materialnych, lecz coraz częściej rezultatem zasobów niematerialnych. Szczególnego znaczenia nabiera to w kontekście przyszłych kadr medycznych, co wynika nie tylko z rosnących potrzeb społecznych, lecz także konieczności sprostania konkurencji na rynku usług zdrowotnych. Należy jednak pamiętać, że zasoby niematerialne są z reguły niewymierne, elastyczne i dynamiczne, ale niewyczerpalne jedynie wówczas, gdy są właściwie użytkowane¹⁸.

STANDARDS OF EDUCATION IN AREAS OF ECONOMICS AND MANAGEMENT FOR MEDICAL DEGREES

Summary

Information given to public, not only an academic community, about the degree of changes happening in higher education in Poland, which occurred because of amendments to the Act – Higher Education Policy, emphasize their role and importance in the process of sustained growth of the quality level of higher education process in Poland, through achieving set effects of education. Arguments of this papers is based most of all on the records concerning possibilities that were created in academic community, giving them an autonomy in the process of shaping the studies programs. This “elasticity” would allow university graduates to acquire the abilities needed in professional life, such as: knowledge, skills and personal and social competences. How does it look like among representatives of professions regulated by separate regulations? Do Universities in practice; have the same convenience of conducting activities in the range of programs’ modification? The attempt to answer such formulated answers based on an analysis of educational standards for medical degrees in areas of economics and management, has become an aim of forthcoming paper.

Translated by Bartosz Musiał

¹⁸ M. Januszewska, *Wiedza menedżerska...*, s. 116.