

W. Cezary Włodarczyk, Alicja Domagała

Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania

Efektywność systemu ochrony zdrowia i jakość realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są w głównej mierze od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników. Stąd krytyczna rola i znaczenie personelu medycznego dla prawidłowego działania jednostek ochrony zdrowia i całego systemu. Powszechnie uważa się, że czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w kraju jest wielkość i jakość kadry medycznej. Dobrze wykształcony i zmotywowany personel medyczny stanowi fundament pomyślnego osiągnięcia celów zdrowotnych, jakie stoją przed systemem zdrowotnym każdego kraju.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej (*healthcare system*), zasoby ludzkie (*HR*),

Wstęp

Zasoby ludzkie są kluczowym elementem każdego systemu opieki zdrowotnej, gdyż efektywność tego systemu i jakość realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są w głównej mierze od wiedzy, umiejętności, i motywacji pracowników. Powszechnie uważa się, że czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w kraju jest wielkość i jakość kadry medycznej. Dobrze wykształcony i zmotywowany personel medyczny stanowi fundament pomyślnego osiągnięcia celów zdrowotnych, jakie stoją przed systemem zdrowotnym każdego kraju. Wielu autorów podkreśla trudności w realizacji celów polityki zdrowotnej w krajach przeżywających niedobór personelu medycznego, choć również jej nadmiar może być przyczyną problemów [WHO, 2006].

Opieka zdrowotna stanowi zwykle jeden z największych sektorów gospodarki, także w Unii Europejskiej, zapewniając pracę aż dla 10 proc. pracowników UE, a koszty wynagrodzeń i inne płatności związane bezpośrednio z zatrudnieniem personelu stanowią około 70 proc. budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia. Koszty zatrudnienia pra-

owników stanowią kluczową pozycję w budżecie każdego zakładu opieki zdrowotnej, generując, w zależności od jego specyfiki, od 50 do 80 proc. kosztów całkowitej działalności (w tym koszty kadr medycznych stanowią ok. 60 – 80 proc. kosztów osobowych). Kadry medyczne, z jednej strony, w głównej mierze warunkują więc jakość i dostępność do świadczeń medycznych (kwalifikacje personelu medycznego w istotny sposób wpływają na jakość udzielanych świadczeń, a więc zadowolenie i bezpieczeństwo pacjentów), z drugiej zaś strony koszty osobowe są głównym składnikiem kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej, stając się przedmiotem uwagi zarządzających.

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy podstawowymi czynnikami wpływającymi na poziom zatrudnienia w systemie opieki zdrowotnej są: wysokość wydatków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia, inwestycje prywatnych i publicznych inwestorów, czynniki demograficzne i epidemiologiczne, tempo rozwoju technologicznego, poziom postępu nauk medycznych oraz globalizacja, prowadząca do migracji pracowników [ILO, 1999].

W opinii wielu obserwatorów systemy opieki zdrowotnej wymagają podjęcia pilnych działań restrukturyzacyjnych, pozwalających na efektywniejsze zarządzanie dostępnymi zasobami i poprawę procesu planowania kadr medycznych w celu zabezpieczenia dostępności i ciągłości opieki zdrowotnej. Szczególnie istotne jest racjonalne planowanie kadr medycznych, którego głównym celem jest zapewnienie w przyszłości niezbędnej liczby pracowników o określonym profilu kompetencji, a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu. Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe prognozują wzrost popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na personel medyczny. Z drugiej strony wymogi ekonomiczne wymuszają racjonalizację wydatków finansowych na ochronę zdrowia, co skutkuje koniecznością racjonalizacji zatrudnienia. Konieczne jest więc podjęcie pilnych działań w zakresie modyfikacji systemów kształcenia i szkoleń zawodowych personelu medycznego, wzmocnienie współpracy sektora publicznego i prywatnego, wprowadzenie zmian w zakresie finansowania i zarządzania systemami zdrowotnymi.

Inicjatywy organizacji międzynarodowych w zakresie poprawy sytuacji kadr medycznych

W ostatnich latach organizacje międzynarodowe zajmujące się problematyką zdrowia coraz większą rangę polityczną przypisują problemom pracowników medycznych. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia mówią, że w różnym stopniu dotyczy to każdego kraju świata [WHO, 2006]. Wśród przyczyn sytuacji, którą określa się jako „światowy kryzys zasobów kadr medycznych”, wymienić należy wspomniane już kwestie

dotyczące migracji. Zjawisko to, w pełni naturalne w epoce globalizacji, będące realizacją cennej wartości, jaką jest możliwość samodzielnego decydowania o miejscu pracy, tworzy problemy w systemach zdrowotnych krajów pochodzenia. Zgodnie ze strategią WHO, w celu uporania się z problemami migracji międzynarodowej konieczne jest podjęcie działań zarówno w krajach źródłowych, krajach docelowych, jak i na arenie międzynarodowej. Wśród strategii w krajach źródłowych wymienia się m.in.: dostosowanie szkoleń zawodowych do potrzeb rynku, polepszenie warunków zatrudnienia pracowników oraz ułatwienie pracownikom powrotu do kraju po okresie pracy za granicą. Strategie w krajach docelowych powinny koncentrować się na zastosowaniu odpowiedniej polityki rekrutacyjnej, zapewnieniu wsparcia pracownikom w krajach źródłowych oraz uczciwym traktowaniu pracowników z emigracji. Strategie na arenie międzynarodowej powinny respektować równe prawa pracowników migrujących, przy jednoczesnej konieczności zapewnienia właściwej liczebności pracowników medycznych w krajach źródłowych. Tabela 1 przedstawia opracowany przez WHO „Dziesięcioletni plan działania na rzecz rozwoju liczebności personelu medycznego” [WHO, 2006]. Nad znalezieniem skutecznych rozwiązań w tym zakresie kraje muszą pracować zarówno indywidualnie, jak i wspólnie.

Tabela 1. Dziesięcioletni plan działania na rzecz rozwoju liczebności personelu medycznego

	2006	2010	2015
Inicjatywa na poziomie kraju	<ul style="list-style-type: none"> ■ Opracowanie strategii i planów na poziomie krajowym ■ Zwiększenie inwestycji w edukację ■ Dzielenie się najlepszymi doświadczeniami w dziedzinie zarządzania 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wdrażanie programów i ocena tych, które zostały wprowadzone wcześniej ■ Potencjał kadrowy wzmocniony pod względem liczebnym i rodzajowym ■ Poszerzenie krajowej bazy informacyjnej 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zapoczątkowanie nowego cyklu planowania i wdrażania ■ Polepszenie wyników zdrowotnych ■ Wzmocnienie wydajności na poziomie krajowym
Solidarność na poziomie światowym	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nadanie omawianym problemom wysokiej rangi politycznej na poziomie światowym ■ Ujednoczenie praktyk dotowania ■ Dzielenie się najlepszymi doświadczeniami 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Podwyższenie rangi politycznego problemu ■ Zwiększenie/utrzymanie przepływu zasobów kontrolowanej migracji ■ Poszerzenie światowej bazy wiedzy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utrzymanie wysokiej rangi politycznej ■ Utrzymanie wsparcia dla działań na poziomie kraju ■ Korzystanie z potężnej bazy wiedzy i informacji

Źródło: WHO, 2006

Zgodnie z założeniami WHO, do 2010 r. na poziomie międzynarodowym powinny być zrealizowane następujące działania: podwyższenie rangi politycznego problemu niedoboru kadr medycznych, zwiększenie/utrzymanie przepływu zasobów kontrolowanej migracji; poszerzenie światowej bazy wiedzy. Uwaga WHO kierowała się głównie ku krajom rozwijającym się, bo tam sytuacja była najgorsza, ale problem kadr miał z pewnością wymiar uniwersalny.

Analiza sytuacji dotyczącej kadr dla sektorów zdrowotnych, tak jak została przeprowadzona w raporcie z 2006 roku, doprowadziła, między innymi, do opracowania kodeksu, który miał regulować zasady postępowania dotyczącego pozyskiwania pracowników z zagranicy (WHO, 2010). Państwa rekrutujące zostały wezwane do poszanowania interesów krajów, z których mieliby pochodzić rekrutowani pracownicy. Powinny także przygotować warunki prawne, gwarantujące pracownikom poszanowanie ich praw. Przestrzeganie norm kodeksowych miało być jednak dobrowolne, co osłabiało możliwości ich praktycznego stosowania. Doceniając problemy sytuacji demograficznej dla szans właściwego działania systemów zdrowotnych, WHO podjęła inicjatywę gromadzenia, w skali globalnej, atlasu wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia (*Global Atlas of the Health Workforce*) [WHO, 2009].

Jedną z inicjatyw odpowiadających na wyzwania związane z narastającym kryzysem kadrowym było opracowanie przez Komisję Europejską dokumentu pt. „European Commission Green Paper on the European Workforce for Health” (Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie). Zgodnie z zapisami traktatu WE, główna odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych spoczywa na państwach członkowskich, ale i UE odgrywa w tym procesie ważną rolę: wspiera państwa członkowskie i przynosi dodatkowe korzyści poprzez budowanie partnerstwa między zainteresowanymi stronami, oferuje pomoc przy tworzeniu sieci kontaktów i dzielenie się dobrymi praktykami¹. Celem „Zielonej Księgi” jest zwrócenia większej uwagi na wyzwania, przed jakimi stoją kadry systemów zdrowotnych w krajach UE, oraz wypracowanie rozwiązań na poziomie unijnym, które pomogłyby skutecznie rozwiązywać najważniejsze problemy, nie wywierając jednocześnie negatywnego wpływu na systemy opieki zdrowotnej poza Unią Europejską. „Zielona Księga” przyczyniła się do tego, aby w ramach publicznej debaty na temat przyszłości pracowników ochrony zdrowia w Europie położyć większy nacisk na problemy, z jakimi zmagają się te zawody, oraz nakreślić jasny obraz przyszłych wyzwań. Dokument ten podejmuje próbę usystematyzowania działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji pracowników ochrony zdrowia oraz przeciwdziałających dalszym

1 Art. 152 Traktatu Wspólnoty Europejskiej: „Działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej”.

niedoborom kadrowym w systemie. Spośród podstawowych czynników wpływających na sytuację pracowników ochrony zdrowia w „Zielonej Księdze” poddano analizie: zmiany demograficzne (zarówno w odniesieniu do starzejącego się społeczeństwa, jak i zmiany struktury demograficznej pracowników systemu zdrowotnego), możliwości w zakresie zdrowia publicznego, szkolenia, kierowanie mobilnością pracowników, globalną migracją oraz system gromadzenia danych wspierających podejmowanie decyzji przez kluczowych decydentów.

Zmiany demograficzne dotyczą nie tylko populacji mieszkańców/potencjalnych pacjentów, ale także pracowników systemu opieki zdrowotnej. Pomiędzy 1995 a 2000 r. liczba lekarzy poniżej 45. roku życia w całej Europie spadła o ok. 20 proc., równocześnie liczba lekarzy, którzy mają ponad 45 lat, wzrosła o ponad 50 proc. W przypadku personelu pielęgniarskiego średni wiek również rośnie, duża część personelu zbliża się do wieku emerytalnego, potrzebna będzie więc odpowiednia liczba nowych pracowników, aby zastąpić tych odchodzących. Starzenie się społeczeństwa oznacza, że personel medyczny również się starzeje, a liczba osób nowo zatrudnionych na miejsce pracowników odchodzących jest niewystarczająca. Migracja wykwalifikowanych kadr medycznych, do UE i poza nią, oraz mobilność wewnątrz UE i poza jej granice mają także wpływ na rosnący niedobór pracowników w niektórych regionach.

Według Komisji Europejskiej, kluczem do utrzymania właściwej liczby personelu ochrony zdrowia w obliczu zbliżającego się okresu przechodzenia na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego jest kształcenie, zatrzymywanie i zatrudnienie młodych pracowników przy równoczesnym inwestowaniu w starszych pracowników.

W zakresie planowania strategicznego dotyczącego personelu systemu zdrowotnego należy zwrócić szczególną uwagę na szkolenia zawodowe. W sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na lekarzy, pielęgniarki i innych pracowników ochrony zdrowia należy stworzyć więcej miejsc na uniwersytetach i w innych szkołach kształcących pracowników medycznych oraz zapewnić wykwalifikowaną kadrę akademicką. Inicjatywy te wymagają zarówno rzetelnych działań planistycznych, jak i stosownych inwestycji. Państwa członkowskie, planując przyszłe zapotrzebowanie na kadry medyczne, powinny uwzględnić wpływ starzenia się społeczeństwa oraz rozwój nauk medycznych i postęp technologiczny.

„Zielona Księga” stała się cennym materiałem do dyskusji nt. kluczowych wyzwań stojących przed systemami opieki zdrowotnej, a także przed kadrami medycznymi tych systemów². Dokument ten został poddany szerokim konsultacjom, otwierając debatę na

2 KE uzyskała łącznie 197 oficjalnych stanowisk opiniujących proponowane postulaty „Zielonej Księgi” przesłanych przez rządy/stowarzyszenia zawodowe i inne podmioty związane z planowaniem, kształceniem i zarządzaniem kadrami medycznymi. Z polskich instytucji głos zabrała tylko Naczelna Izba Lekarska.

temat najistotniejszych wyzwań, możliwości oraz potencjalnych zagrożeń i ograniczeń, jakie stoją przed systemami zdrowotnymi w aspekcie kadr medycznych.

Opublikowanie „Zielonej Księgi” zostało poprzedzone analizą zjawiska migracji. We wcześniej przygotowanej publikacji stwierdzono, że migracja pracowników medycznych – lekarzy, pielęgniarek – może być postrzegana z różnych punktów widzenia: władz systemów krajów źródłowych i krajów przyjmujących, pacjentów w tych krajach, ale także samych zainteresowanych [Buchan, 2008]. Jest oczywiste, że interesy każdej z tych grup są odmienne, a więc także oceny własnych korzyści i zagrożeń są różne. Z punktu widzenia władz zdrowotnych migracje mogą być metodą uzupełniania niedoborów kadrowych, dla kraju przyjmującego, ale mogą być także środkiem łagodzenia nadmiaru pracowników, jeśli w wyniku niekontrolowanych działań doszło do wykształcenia ich zbyt dużej liczby. Wszystkie kraje członkowskie UE zostały zachęczone do skoncentrowania się przynajmniej na następujących rodzajach działalności:

- gromadzenie rzetelnych danych dotyczących zjawisk migracyjnych – kierunki przemieszczania się kadry, jej rodzaj i wielkość – co dotyczy tak decyzji już podjętych, jak i przyszłych planów;
- przygotowywanie działań mogących wpływać na decyzje migracyjne – zachęcanie do pozostania albo przedstawianie możliwości wyjazdu – w zależności od tego, czy w kraju dostrzegany jest nadmiar czy niedostatek kadr zdrowotnych;
- stała analiza trendów i planów dotyczących migracji, co może przyczyniać się do poprawy działania stosowanych wcześniej mechanizmów kształtujących sytuacje motywujące do wyjazdu lub pozostania, albo kontynuowania działania tych mechanizmów, które okazały się skuteczne.

Dostrzeżenie złożoności zjawiska i wielości jego uwarunkowań było niewątpliwą zaletą omawianego opracowania.

Diagnoza stanu zasobów ludzkich polskiego systemu opieki zdrowotnej

Sytuacja kadr medycznych w Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, jest aktualnie obszarem wymagającym szczególnej troski polityków i decydentów zdrowotnych. Sytuację tę charakteryzują następujące problemy: spadek wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodów medycznych, najniższe w UE wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na 10 000 mieszkańców, braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej, narastające niezadowolenie i niska satysfakcja zawodowa, pogorszenie poczucia bezpieczeństwa pracy, a także zjawisko migracji lekarzy i pielęgniarek. W tabeli 2 przedstawiono wskaźniki zatrudnienia poszczególnych grup zawodów medycznych w Polsce w latach 1998-2008.

Tabela 2. Podstawowe wskaźniki zatrudnienia wybranych grup zawodów medycznych w Polsce – personel zatrudniony

Wskaźnik na 10 000 mieszkańców	1998	2000*	2002	2004	2006	2007	2008
Lekarze	23,3	22,0	29,0	22,4	20,3	20,5	20,5
Stomatolodzy	4,5	3,0	2,8	3,6	3,2	3,4	3,3
Pielęgniarki	55,1	49,1	48,6	47,4	47,0	47,9	48,0
Położne	6,3	5,7	5,7	5,7	5,5	5,6	5,7

* od 2000 r. zatrudnienie w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej
 Źródło: Biuletyn Statystyczny COiEOZ (1999), Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informatycznych Ministerstwa Zdrowia 2002 – 2009.

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli 2, od roku 1998 utrzymuje się tendencja spadkowa wskaźnika liczby zatrudnionych na 10 000 mieszkańców we wszystkich grupach zawodów medycznych. Liczba lekarzy w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2008 r. wynosiła **131 418**³. Liczba lekarzy zatrudnionych ogółem w zakładach opieki zdrowotnej wynosiła **78 086** (etaty przeliczeniowe wg podstawowego miejsca zatrudnienia)⁴.

Wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 10 000 mieszkańców wynosił w 2008 r. dla Polski **20,5**. Wskaźnik ten charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w poszczególnych krajach. Według danych WHO, średni wskaźnik dla Regionu Europejskiego wynosi **32,0**, przyjmując skrajne wartości: 16,00 (Turcja) i 50 (Grecja). Według informacji publikowanych przez Bank Światowy, wskaźnik zatrudnienia lekarzy w Polsce jest prawie dwukrotnie niższy od średnich dla UE [World Bank, *Health Data Report*, 2008].

Liczba pielęgniarek w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2008 r. wynosiła **275 122**. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej wynosiła **183 049** (etaty przeliczeniowe wg podstawowego miejsca zatrudnienia). W przypadku pielęgniarek także obserwujemy wyraźną tendencję spadkową wskaźnika zatrudnienia na 10 000 mieszkańców (w 2008 r. – **48**). Wskaźnik ten jest prawie dwukrotnie niższy od średnich europejskich (np. Islandia 100, Czechy – 89, Austria

3 Wg danych publikowanych w Biuletynie Statystycznym Centrum Systemów Informatycznych MZ.

4 Analizując dane statystyczne na temat kadr medycznych, należy pamiętać, że istnieją poważne problemy w sposobie i rzetelności ich gromadzenia, a informacje pochodzące z różnych źródeł różnią się od siebie w istotny sposób. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, m.in. brak jednolitego klucza gromadzenia danych, brak systemu weryfikacji, brak właściwej współpracy pomiędzy różnymi szczeblami organizacyjnymi, zróżnicowanie form prawnych wykonywania zawodu oraz zróżnicowanie czasu pracy.

– 97) [WHO *World Health Statistics*, 2008], co jest szczególnie niepokojące w zderzeniu z drastycznym spadkiem liczby osób rozpoczynających kształcenie w tym zawodzie. Od początku 2000 r. liczba absolwentów kierunków pielęgniarstwa jest kilkakrotnie niższa niż w latach 90. Według danych Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, nabór do szkół kształcących w zawodach pielęgniarstwa i położnych w ostatniej dekadzie zmniejszył się prawie 10-krotnie, a liczba ich absolwentów jest zbliżona do liczby absolwentów kierunków lekarskich, podczas gdy w innych krajach kształcą się 2-3 razy więcej pielęgniarstwa i położnych niż lekarzy. Niekorzystna jest również struktura wiekowa w tej grupie zawodowej, większość pielęgniarstwa ma 25-30-letni staż zawodowy, a połowa pracujących obecnie pielęgniarstwa w ciągu najbliższych 15 lat przejdzie na emeryturę. Jedną z istotnych przyczyn niskiego zainteresowania młodzieży wyborem studiów pielęgniarstwa jest dysproporcja pomiędzy wysokim poziomem odpowiedzialności, wymagań zawodowych, długim procesem edukacji i oczekiwaniami społecznymi, a stosunkowo niskim statusem społecznym i ekonomicznym tego zawodu.

Również w Polsce jednym z istotnych problemów dotyczących planowania i monitorowania kadr medycznych jest zjawisko migracji. Wstąpienie Polski do UE stworzyło możliwość podejmowania pracy poza granicami kraju, dzięki obowiązującym jednolitym kryteriom uznawania kwalifikacji zawodowych⁵. Lekarze i pielęgniarki posiadają więc przywilej automatycznego potwierdzenia dyplomów zdobytych na polskich uczelniach, które są równoważne dyplomom uzyskanym na uczelniach innych państw UE. Migracja wykwalifikowanej kadry medycznej jest zjawiskiem negatywnym dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Największe zapotrzebowanie na polskich lekarzy występuje w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Holandii, Danii i Szwecji.

Niepokojącym zjawiskiem jest także migracja polskich pielęgniarstwa, wyjeżdżających głównie do: Włoch, Wielkiej Brytanii, Irlandii i Niemiec. Migracja pielęgniarstwa i położnych dotyczy wykwalifikowanych kadr w grupie osób najmłodszych, w najbliższym czasie może następować wzrost zjawiska migracji wynikający ze wzrostu liczby osób ze znajomością języka. Uwzględniając gwałtowny spadek zainteresowania studiami pielęgniarstwa oraz zwiększający się popyt na usługi pielęgniarstwa (starzejące się społeczeństwo), jest oczywiste, że pozostawienie tego problemu bez rozwiązania może skutkować poważnymi konsekwencjami w perspektywie najbliższych lat.

Zjawisko migracji personelu medycznego monitorowane jest poprzez rejestrację liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach UE, jednak niedostateczny rozwój systemów gromadzących dane nt. migracji personelu medycznego nie pozwala na pełną i wiarygodną ocenę tego zjawiska. Większość

5 Dyrektywa Rady 93/16/EWG z 5 kwietnia 1993 r.

źródeł potwierdza, że zjawisko migracji będzie się rozwijać, a migracja czasowa będzie głównym wyzwaniem najbliższych lat. Według informacji prezentowanych w Raporcie Ministerstwa Zdrowia pt.: „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” [Raport MZ z realizacji programu w 2006 r.] skala migracji dotyczy ok. 5 proc. polskich kadr medycznych. Zastanawiające jest, że od czasu publikacji tego raportu (zawierającego dane za rok 2006) nie opracowano kolejnego dokumentu dotyczącego monitorowania procesu migracji polskich lekarzy i pielęgniarek.

Podsumowanie: rekomendacje dla Polski w zakresie poprawy sytuacji kadr medycznych

Punktem wyjścia aktywności, które powinny być – naszym zdaniem – podejmowane w Polsce, powinno być uznanie zasady, że liczebność i zakres przygotowania kadr systemu zdrowotnego powinny być przedmiotem systematycznego zainteresowania i oddziaływania podmiotów odpowiedzialnych za sytuację ochrony zdrowia. Przekonanie, że rekrutacja do uczelni medycznych, gdzie kształcą się lekarzy, pielęgniarki i przedstawiciele innych zawodów, można pozostawić przypadkowi albo spontanicznym działaniom mechanizmów rynkowych – jeśli kiedykolwiek było akceptowane – pozostaje fundamentalnym nieporozumieniem.

Tworzenie strategii restrukturyzacji zatrudnienia jest procesem wymagającym gruntownej analizy struktury i jakości dostępnych zasobów. Szczegółowej analizie powinny być poddane uwarunkowania rynku pracy i ogólne tendencje ekonomiczne oraz przewidywany popyt na realizowane świadczenia. W celu dostosowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego do popytu na świadczenia zdrowotne, konieczne jest planowanie, uwzględniające: kształtowanie podaży wyszkolonej kadry, rewizja norm kadrowych, redystrybucja istniejącego personelu oraz jego racjonalne rozmieszczenie.

W przypadku niedoborów lekarzy na rynku pracy istnieje możliwość zwiększenia limitów przyjęć na uczelnie medyczne, jak również liczby finansowanych z budżetu państwa miejsc rezydenckich⁶. Racjonalna polityka rekrutacyjna wymaga planowania limitów kształcenia, aby nie ponosić nadmiernych kosztów, ale jednocześnie zapewnić wystarczającą wielkość kadry lekarskiej w przyszłości. Brak rzetelnych danych o zasobach kadr medycznych uniemożliwia właściwe planowanie limitów kształcenia i limitów miejsc spe-

6 Nabór i odbywanie specjalizacji lekarskich uregulowane są rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. nr 213, poz. 1779, z późn. zm.).

cializacyjnych. Centralny Rejestr Lekarzy powinien dostarczać rzetelnych danych o liczbie osób, które posiadają prawo do wykonywania zawodu, liczbie zatrudnionych, liczbie niepracujących emerytów, ubytków kadry z przyczyn naturalnych i faktycznej emigracji. Konieczne jest przeprowadzenie szczegółowych analiz i prognoz z uwzględnieniem wieku lekarzy w poszczególnych specjalizacjach oraz rozmieszczenia dostępnych kadr w ujęciu geograficznym.

Zabezpieczenie stosownej liczby i jakości kadr medycznych wymaga ścisłej współpracy wielu podmiotów, w tym: Ministra Zdrowia, stowarzyszeń zawodów medycznych, uczelni medycznych, konsultantów krajowych i wojewódzkich. Zgodnie z regulacjami prawnymi, zabezpieczenie potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach medycyny należy do zadań konsultantów krajowych, jak również konsultantów wojewódzkich. Według zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz.U. nr 188, poz. 1582, z późn. zm.), konsultant wojewódzki prowadzi politykę kadrową w zakresie danej specjalności na terenie województwa, natomiast konsultant krajowy zabezpiecza potrzeby kadrowe w skali kraju. Konieczna jest więc ścisła współpraca pomiędzy wszystkimi podmiotami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w proces planowania kadr lekarskich.

Sytuacja kadr medycznych wymaga podjęcia natychmiastowych działań mających na celu realną poprawę satysfakcji zawodowej wszystkich grup pracowników medycznych. Niewątpliwie część propozycji przedstawionych w „Zielonej Księdze” mogłaby być także wykorzystana w planowaniu zasobów ludzkich polskiego systemu zdrowotnego, zwłaszcza w odniesieniu do pielęgniarek. Skuteczne wspieranie pracowników ochrony zdrowia wiąże się z koniecznością poprawy systemu wynagrodzeń, ale także poprawą warunków pracy oraz wyeliminowaniem zagrożeń dla ich zdrowia. Wsparcie zarówno ze strony sektora publicznego, jak i prywatnego, stanowi fundament działań na rzecz zatrzymania pracowników systemu opieki zdrowotnej na stanowiskach pracy. Istotna jest także konieczność dokonania pewnych ułatwień w rozwiązaniach formalnych, np. możliwości awansu zawodowego, ułatwienia w otwieraniu specjalizacji, współfinansowanie kształcenia ustawicznego i doskonalenia zawodowego.

Wykorzystując wiedzę i doświadczenia innych krajów oraz uwzględniając bieżące problemy polskiej kadry medycznej, należy opracować strategię długofalowych działań na rzecz zapewnienia zasobów pielęgniarskich. Istotnym problemem naszego kraju jest także odchodzenie od zawodu pielęgniarki oraz migracja zarobkowa. Wśród kluczowych rekomendacji dla naszego kraju, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację pielęgniarstwa, jest skoncentrowanie się na redukcji i ograniczeniu znaczenia czynników stymulujących pielęgniarki do migracji. Konieczne jest więc podjęcie działań legislacyjnych, politycznych i systemowych, ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i roli pielęgniarstwa w systemie, poprawa warunków wynagrodzenia, poprawa warunków pracy,

stworzenie ścieżek kariery i możliwości rozwoju oraz podjęcie działań umożliwiających migrację wewnętrzną [Wójcik, 2007]. Ważnym obszarem działań jest również ponowne przyłączenie do systemu tych osób, które zrezygnowały z zawodu.

Przyjmując tezę, że migracja personelu będzie stanowić jeden ze stałych procesów zachodzących w systemach ochrony zdrowia na świecie, należy zintensyfikować prace nad przygotowaniem naszego kraju i środowisk zawodowych do tego zjawiska. Wykorzystując wiedzę i doświadczenia w zakresie problematyki migracji, należy opracować polską strategię wieloletnich działań na rzecz zapewnienia kadr medycznych. Aby powstrzymać odpływ lekarzy i pielęgniarek do pracy w Europie Zachodniej, powinni oni otrzymać wyraźny sygnał, że rząd zajmuje się ich problemami, proponując i wdrażając konkretne rozwiązania.

Odrębnym i nowym obszarem działalności powinien być system działań ukierunkowanych na odzyskiwanie tych lekarzy i pielęgniarek, którzy zrezygnowali z wykonywania zawodu, czy też zawiesili swoją pracę w systemie opieki zdrowotnej. Mogą to być celowane programy szkoleniowe, finansowane ze środków publicznych lub określone ułatwienia dla pracodawców zatrudniających lekarzy i pielęgniarki powracających do zawodu [*Health Human Resources Modelling*, 2007].

Niepokojący jest fakt niskiego poziomu wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Kształtowanie poziomu płac zależy jednak od wielu czynników, w tym od możliwości finansowych państwa, poziomu i dynamiki płac w sektorze prywatnym, dynamiki kosztów utrzymania, siły związków zawodowych. Działanie w sferze wyrównywania poziomu finansowania i wynagrodzenia powinno być ważnym elementem strategii zarządzania zasobami ludzkimi systemu zdrowotnego. W ostatnich latach pewnej poprawie uległ poziom wynagrodzeń lekarzy, nadal jednak niskie są wynagrodzenia pielęgniarek.

Podjęciem działań ukierunkowane na poprawę sytuacji kadr medycznych, należy analizować i uwzględniać faktyczne oczekiwania pracowników. Jak wynika z badań prowadzonych w Kanadzie, oczekiwania pielęgniarek odnośnie do warunków pracy są bardzo zróżnicowane w zależności od wieku, stąd też konieczność elastycznego podejścia do tego problemu [*Health Human Resources Modeling*, 2007].

Kolejnym elementem strategii kadrowej dla naszego kraju powinny być działania na płaszczyźnie międzynarodowej. Mogą one obejmować porozumienia międzyrządowe dotyczące warunków przepływu kadry, wymiany danych o migracji, negocjowania rekompensat finansowych bądź szkoleniowych na rzecz naszego personelu oraz rozwijanie współpracy badawczej w tej dziedzinie. Ważna jest także wymiana doświadczeń w tym zakresie i budowanie płaszczyzny współpracy z innymi krajami.

Literatura

- Buchan J. (2008), *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?*, „HEN-OBS joint policy brief”, nr 7, [http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf].
- Canadian Health Services Research Foundation (2007), *Health Human Resources Modeling: Challenging the Past, Creating the Future*, Ottawa.
- European Commission (2008), *Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels.
- European Commission (2009), *Report on the open consultation on the Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels.
- International Labour Organisation (1999), *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, Geneva.
- Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych, *Biuletyny Statystyczne za lata 1999-2009*.
- Ministerstwo Zdrowia (2006), *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do UE* – raport z realizacji programu w 2006 r.
- Mladovsky P., Leone T. (2010), *Specialist human resources for health in Europe: are we ready?* „Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies”, nr 2, vol. 12.
- WHO Report (2006), *Human resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2009), *Global Atlas of the Health Workforce*, [<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>].
- WHO (2010), *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, 21 May 2010, SIXTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf].
- Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I. (2007), *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwania dla systemów ochrony zdrowia*, „Problemy Pielęgniarstwa”, tom 15, zeszyt nr 2, 3.
- World Bank (2008), *Health Data Report*.

Medical Service Staff: Problems and Proposed Actions

Summary

The effectiveness of the healthcare system and the quality of medical services depends largely on the knowledge, skills, and motivation of employees, hence the critical role and importance of medical personnel in the proper functioning of healthcare units and the system in its entirety. It is commonly believed that the size and quality of medical staff influences the proper functioning of a country's healthcare system. What is more, well-trained and motivated medical staff is the cornerstone of the successful achievement of the healthcare objectives faced by each country's health care system.

W. Cezary Włodarczyk – prof. zw. dr hab., kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego. Pracuje również na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Autor licznych

publikacji z zakresu polityki zdrowotnej, systemów ochrony zdrowia i ich reform oraz licznych prac konsultingowych tworzonych na potrzeby różnych organizacji. Pracował również jako *regional officer* w Biurze Regionalnym WHO w Kopenhadze.

Alicja Domagała – doktor n. med., adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Autorka licznych publikacji z zakresu ochrony zdrowia.