

KADRY MEDYCZNE W OCHRONIE ZDROWIA. TENDENCJE ZMIAN W KRAJU I NA ŚWIECIE

Alicja Domagała

Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński

WPROWADZENIE

Zasoby ludzkie są kluczowym elementem każdego systemu opieki zdrowotnej, gdyż efektywność tego systemu i jakość realizowanych świadczeń medycznych warunkowana jest w głównej mierze wiedzą, umiejętnościami i motywacją pracowników. Dobrze wykształcony i zmotywowany personel medyczny stanowi więc fundament pomyślnego osiągnięcia celów zdrowotnych, jakie stoją przed systemem zdrowotnym każdego kraju.

Do podstawowych czynników warunkujących poziom zatrudnienia w systemie opieki zdrowotnej należy zaliczyć (ILO 1999):

- poziom wydatków finansowych na ochronę zdrowia,
- inwestycje prywatnych i publicznych inwestorów¹,
- czynniki demograficzne i epidemiologiczne,
- tempo postępu technologicznego i poziom rozwoju nauk medycznych, co kreuje nowe potrzeby w zakresie kwalifikacji personelu i struktury zatrudnienia,
- globalizacja prowadząca do migracji pracowników.

Według informacji opublikowanych w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia pt. *Human Resources for Health in the WHO European Region*, systemy opieki zdrowotnej na całym świecie stoją obecnie w obliczu kryzysu, którego trzy główne przejawy to

braki w zakresie kadr medycznych, niskie morale pracowników ochrony zdrowia oraz brak zaufania społecznego do systemu zdrowia (WHO 2006a).

Problemy związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi, wynagradzaniem i zatrzymaniem pracowników na stanowiskach pracy są aktualnymi problemami większości krajów. Według szacunków WHO, personel medyczny na świecie liczy obecnie około 59 mln osób, w tym 39,5 mln to wyższy i średni personel medyczny, a ponad 19,5 mln – personel administracyjny i pomocniczy. Szacuje się, że braki kadrowe w opiece zdrowotnej w ujęciu globalnym wynoszą około 4,25 mln pracowników medycznych (WHO 2006a).

Ponadto prognozy demograficzne (postępujący proces starzenia się populacji) oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe wskazują na 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.

Głównym celem planowania w zakresie zasobów ludzkich w systemie jest zapewnienie w przyszłości niezbędnej liczby pracowników o określonych zawodach i kwalifikacjach, a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu.

Zmiany, jakie towarzyszyły kolejnym reformom wdrażanym w naszym kraju, wpłynęły negatywnie na sytuację pracowników, co skutkowało m.in.:

- wyraźną redukcją zatrudnienia,
- spadkiem wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodów medycznych,
- narastającym niezadowoleniem z wynagrodzenia,
- niską satysfakcją z pracy.

Ponadto od maja 2004 r., w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, rozpoczęła się emigracja polskich kadr medycznych do krajów Europy Zachodniej.

Tak więc niski poziom wynagrodzeń, trudne warunki pracy, utrudnienia formalne w zdobywaniu i podnoszeniu kwalifikacji powodują, że polscy lekarze i pielęgniarki coraz częściej decydują się na wyjazdy za granicę, tym bardziej, że rząd nie przedstawia jasnego pomysłu na reformę systemu i poprawę sytuacji pracowników. Kraje Europy Zachodniej dają

im możliwość zarobków kilkakrotnie wyższych niż w Polsce, lepsze warunki pracy, lepsze możliwości rozwoju i kształcenia zawodowego.

Celem artykułu jest określenie wielkości zasobów ludzkich dostępnych w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz nakreślenie najbardziej aktualnych problemów związanych z zatrudnieniem kadr medycznych. Analizie poddano grupy zawodów medycznych największe pod względem liczebności, tj. lekarzy oraz pielęgniarki i położne. Przedstawiono podstawowe wskaźniki zatrudnienia omawianych grup zawodowych (w porównaniu z wskaźnikami dla krajów UE) oraz nasilające się zjawisko migracji zarobkowej.

JAKIMI ZASOBAMI DYSPONUJE POLSKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ?

W tabeli 1 przedstawiono podstawowe wskaźniki charakteryzujące zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia w Polsce w latach 1998–2006. Analizując dane statystyczne na temat kadr medycznych, należy jednak pamiętać, że istnieją poważne problemy w sposobie i rzetelności ich gromadzenia, a informacje pochodzące z różnych źródeł różnią się od siebie w istotny sposób².

Tabela 1. *Personel zatrudniony w wybranych grupach zawodów medycznych w Polsce*

Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	1998	1999	2000*	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lekarze	23,3	22,6	22,0	22,8	29,0	22,9	22,4	19,9	20,3
Stomatolodzy	4,5	3,4	3,0	3,2	2,8	2,8	3,6	3,4	3,2
Pielęgniarki	55,1	51,0	49,1	48,6	48,6	47,5	47,4	46,9	47,0
Położne	6,3	5,9	5,7	5,7	5,7	5,5	5,7	5,5	5,5

* Od 2000 r. zatrudnienie w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Źródło: *Biuletyn Statystyczny COiEOZ 1999*, *Biuletyn Statystyczny z lat 2002–2007*, Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia.

Jak wynika z danych przedstawionych w tab. 1, od 1998 r. utrzymuje się tendencja spadkowa wskaźnika liczby zatrudnionych na 10 tys. mieszkańców we wszystkich grupach zawodowych. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 10 tys. mieszkańców wynosił w 2006 r. – 20,3 i spadł o 3,0 w porównaniu z 1998 r.

Wyraźna tendencja spadkowa następuje także w grupach pielęgniarek i położnych. Poziom zatrudnienia w polskim systemie opieki zdrowotnej jest

niższy od średnich wskaźników krajów OECD; dotyczy to zwłaszcza personelu pielęgniarskiego. Wskaźnik liczby zatrudnionych pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców (47) jest prawie dwukrotnie niższy od średnich europejskich, np. Islandia – 100, Czechy – 89, Austria – 97 (WHO 2008), co w zderzeniu z drastycznym spadkiem liczby osób rozpoczynających kształcenie w tym zawodzie, może przynieść bardzo negatywne skutki w najbliższych latach.

Tabela 2. *Personel uprawniony do wykonywania zawodu w wybranych grupach zawodów medycznych w Polsce*

Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lekarze	32,9	32,9	32,0	34,1	32,1	32,8	33,2	33,9
Stomatolodzy	8,5	8,8	8,5	9,0	8,6	8,9	9,0	9,2
Pielęgniarki	76,0	88,2	69,2	68,2	69,4	70,4	71,8	72,2
Położne	10,2	11,9	9,3	8,5	8,5	8,5	8,6	8,7

Źródło: *Biuletyn Statystyczny COiEOZ 1999*; *Biuletyn Statystyczny z lat 2000–2007*, Centrum Systemów Informacyjnych, Ministerstwo Zdrowia.

Analiza zmiany wskaźników personelu uprawnionego do wykonywania zawodu również wskazuje na tendencję spadkową, ale nie tak silną, jak w przypadku personelu zatrudnionego. Szacuje się, że w przypadku lekarzy tylko około 66% uprawnionych do wykonywania zawodu jest zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej (Ministerstwo Zdrowia 2006).

Wyraźny spadek wskaźnika liczby uprawnionych w przeliczeniu na wielkość populacji odnotowano w grupach pielęgniarek i położnych, co wynika m.in. z tego, że szkolenie w tych zawodach podejmuje coraz mniej osób (od początku 2000 r. liczba absolwentów kierunków pielęgniarskich jest kilkakrotnie niższa niż w latach 90.).

LEKARZE

Kwalifikowane kadry lekarskie są specyficzną i bardzo cenną grupą zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej – ich jakość w istotny sposób decyduje o jakości udzielanych świadczeń, a więc o zadowoleniu i bezpieczeństwie pacjentów. Część ekspertów zdaje się nawet stawiać znak równości pomiędzy kwalifikacjami lekarzy a jakością świadczeń medycznych (Niżankowski 2000).

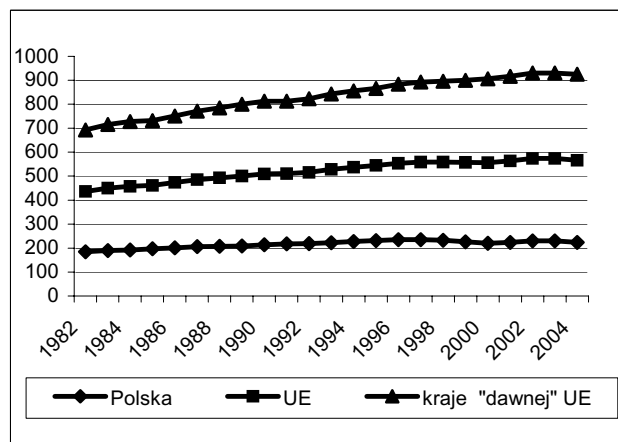
Liczba lekarzy w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2006 r. wynosiła 129 391³, zaś liczba zatrudnionych ogółem w zakładach opieki zdrowotnej – 77 479 (etaty przeliczenio-

we), w tym 53 762 w zakładach publicznych. Wskaźnik liczby zatrudnionych lekarzy na 10 tys. mieszkańców w 2006 r. wynosił 20,3.

Wskaźnik ten charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w poszczególnych krajach. Według danych WHO średni wskaźnik dla Regionu Europejskiego wynosi 32,0, przyjmując skrajne wartości: Turcja – 16,0 i Grecja – 50,0 (WHO 2008).

Analizując dane statystyczne publikowane przez Bank Światowy dla krajów Unii Europejskiej, należy zauważyć, że wskaźnik zatrudnienia lekarzy w Polsce jest znacznie niższy od średnich dla UE, co ilustruje wykres 1.

Wykres 1. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 100 tys. mieszkańców w Polsce i Unii Europejskiej



Źródło: (World Bank 2006).

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Liczba pielęgniarek w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2006 r. wynosiła 275 188⁴, zaś liczba pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej – 179 269 (etaty przeliczeniowe), w tym w zakładach publicznych 140 877. Liczba położnych uprawnionych do wykonywania zawodu wynosiła 33 069, a liczba zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej – 20 919 (w tym w zakładach publicznych 16 614). Widać zatem wyraźną różnicę pomiędzy liczbą uprawnionych do wykonywania zawodu a zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.

Wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na 10 tys. mieszkańców stale wzrastał aż do 1998 r., uzyskując wartość 55,1. Następnie zaczął systematycznie spadać, osiągając wartość 47,0 w 2006 r. Podobny trend spadkowy nastąpił w grupie położnych: z 6,3 w 1998 r. do 5,5 w 2006 r.

Pielęgniarki i położne to grupa, która szczególnie nisko ocenia swoją sytuację zawodową (niskie wynagrodzenia, trudne warunki pracy, niski prestiż zawodowy). Liczne akcje protestacyjne oraz wszelkie badania satysfakcji zawodowej w tej grupie świadczą, że pielęgniarki i położne oceniają bardzo niekorzystnie swoją pozycję zarówno w zakładzie pracy, jak i na rynku pracy.

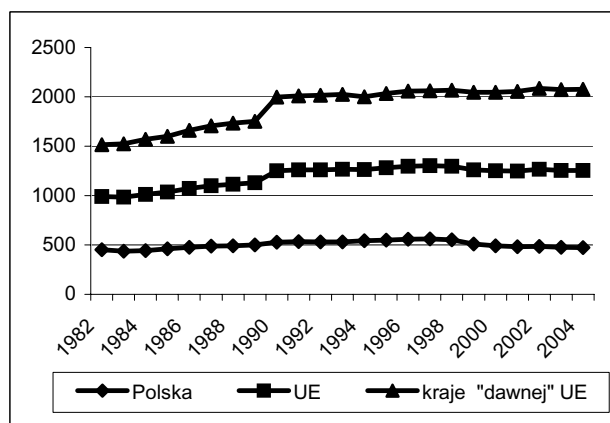
Sytuacja ta znalazła odzwierciedlenie w spadku zainteresowania kształceniem w zawodach pielęgniarki i położnej. Według danych Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, nabór do szkół kształcących w zawodach pielęgniarek i położnych w ostatniej dekadzie zmniejszył się prawie 10-krotnie, a liczba ich absolwentów jest zbliżona do

liczby absolwentów kierunków lekarskich, podczas gdy w innych krajach kształci się 2–3 razy więcej pielęgniarek i położnych niż lekarzy.

Jest to bardzo niepokojące zjawisko, zwłaszcza wobec faktu, że wskaźniki liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców w Polsce są prawie dwukrotnie niższe od wskaźników w innych krajach europejskich (wykres 2).

Niekorzystna jest także struktura wieku w tej grupie zawodowej. Większość pielęgniarek ma 25–30-letni staż zawodowy, a połowa pracujących obecnie pielęgniarek w ciągu najbliższych 15 lat przejdzie na emeryturę. Według prognoz Rządowego Centrum Studiów Strategicznych niedobór pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej już w 2010 r. wynosić będzie około 61 000.

Wykres 2. Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w Polsce i Unii Europejskiej



Źródło: jak w wykresie 1.

WYNAGRADZANIE POLSKICH LEKARZY I PIELĘGNIAREK

Wynagradzanie pracowników opieki zdrowotnej ma istotne znaczenie dla całego systemu. Z jednej strony należy pamiętać, że koszty osobowe stanowią kluczową pozycję w całkowitych kosztach funkcjonowania każdego zakładu opieki zdrowotnej⁵, z drugiej strony niskie płace pracowników powodują ich rosnące frustracje i brak motywacji do pracy.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia i opiece społecznej stanowi około 80% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kraju. Podobne wskaźniki obserwuje się także w innych krajach OECD. W większości krajów przeciętna płaca w służbie zdrowia jest niższa zarówno od przeciętnej płacy w gospodarce, w edukacji, jak i w administracji publicznej.

Analizując wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poszczególnych krajach, trudno doszukać się prawidłowości między poziomem rozwoju gospodarczego a płacami w ochronie zdrowia, gdyż nie ma tu wyraźnych różnic. Nie ma też wyraźnych różnic w tym zakresie między tzw. starymi a nowymi członkami Unii Europejskiej (Czajka 2005).

Wynagrodzenia w poszczególnych grupach zawodowych osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej są zróżnicowane. Wynagrodzenie lekarzy jest istotnie wyższe od wynagrodzeń dla wszystkich sektorów gospodarki (w Polsce o około 40%). Wynagrodzenie pielęgniarek stanowi około 74% średniej krajowej, natomiast personelu pomocniczego – około 70% średniej krajowej.

Podobne proporcje występują w innych krajach OECD, choć na uwagę zasługuje większa przewaga wynagrodzenia lekarzy w stosunku do średniej krajowej.

Od kilku lat środowisko medyczne podejmuje liczne strajki i protesty w celu zwiększenia poziomu płac. Aktualne postulaty dotyczą wzrostu wynagrodzenia miesięcznego do 5 tys. zł brutto dla lekarza bez specjalizacji i 7,5 tys. zł brutto miesięcznie dla lekarza ze specjalizacją oraz zwiększenie wysokości wynagrodzeń pielęgniarek do co najmniej 1,5-krotności średniego wynagrodzenia w sektorze państwowym⁶.

MIGRACJE ZAROBKOWE KADR MEDYCZNYCH

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej stworzyło możliwość podejmowania pracy poza granicami kraju, dzięki obowiązującym jednolitym kryteriom uznawania kwalifikacji zawodowych (Dyrektywa Rady 93/16/EWG z 5 kwietnia 1993 r.). Lekarze posiadają przywilej automatycznego potwierdzenia dyplomów lekarskich, zdobytych na polskich uczelniach. Dyplomy lekarskie uzyskane w polskich akademiach medycznych są równoważne dyplomom zdobytym w pozostałych państwach UE.

Decyzje o emigracji uwarunkowane są nie tylko niskimi wynagrodzeniami i koniecznością podejmowania pracy na kilku etatach, ale także trudnymi

warunkami pracy (m.in. przestarzały sprzęt i aparatura), ograniczeniami i barierami w ścieżce kariery zawodowej, utrudnieniami w podjęciu specjalizacji, problemami związanymi z kształceniem ustawicznym oraz ogólnym kryzysem w polskim systemie ochrony zdrowia.

Trudno precyzyjnie ustalić, ilu lekarzy po 1 maja 2004 r. już zatrudniło się w krajach UE, a ilu ma na to realne szanse. W 2005 r. portal internetowy Medycyna Praktyczna przeprowadził badanie ankietowe, w którym uczestniczyło 4284 lekarzy. Wyniki tego badania wskazują, że tylko co dziesiąty młody lekarz chce pracować w Polsce, pozostali albo planują wyjazd do pracy za granicą, albo już podjęli kroki w tym zakresie. Zdecydowany zamiar wyjazdu zadeklarowało aż 35% stażystów i 25% lekarzy bez specjalizacji; wyjechać nie chce tylko co dziesiąty z nich.

Wyjazd do pracy za granicą planują nie tylko lekarze tuż po studiach, ale także specjaliści, zwłaszcza młodszy, z kilkuletnim stażem pracy. Decyzję o szukaniu pracy poza krajem ojczystym podjął co czwarty z nich, a prawie dwie trzecie rozważa taką możliwość.

Prognozy te znajdują także potwierdzenie w danych z Naczelnej Izby Lekarskiej, według których po zaświadczenia niezbędne do podjęcia pracy za granicą zgłosiło się już około 7 tys. lekarzy, co stanowi około 6% ogółu lekarzy (tab. 3).

Tabela 3. Liczba zaświadczeń wydanych dla lekarzy na potrzeby podjęcia pracy w krajach UE – stan na 31.03.2008 r.

Zaświadczenie	Liczba lekarzy aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy
Stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji	115 579	6 499	5,62
Potwierdzające okres wykonywania zawodu (3 lata z 5)		391	0,34
RAZEM		6 890	5,96
Dotyczące postawy etycznej		7 012	6,07
Zaświadczenie	Liczba lekarzy dentystów aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy dentystów
Stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji	30 501	817	2,68
Potwierdzające okres wykonywania zawodu (3 lata z 5)		1 185	3,89
RAZEM		2 002	6,56
Dotyczące postawy etycznej		1 973	6,47

Źródło: Dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

Tabela 4. Wykaz specjalizacji, w których wydano najwięcej zaświadczeń dla lekarzy na potrzeby podjęcia pracy w krajach UE – stan na 31.03.2008 r.

Specjalizacja	Liczba lekarzy aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy
Anestezjologia i intensywna terapia	4 149	788	18,99
Chirurgia klatki piersiowej	220	34	15,45
Chirurgia naczyniowa	265	28	10,57
Chirurgia ogólna	5 547	467	8,42
Chirurgia plastyczna	159	23	14,47
Chirurgia szczękowo-twarzowa	88	9	10,23
Choroby wewnętrzne	14 263	716	5,02
Gastroenterologia	503	29	5,77
Hematologia	241	22	9,13
Kardiologia	2 257	118	5,23
Medycyna ratunkowa	504	65	12,90
Medycyna transportu	107	6	5,61
Neurochirurgia	429	37	8,62
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	2 392	234	9,78
Patomorfologia	494	56	11,34
Położnictwo i ginekologia	5 827	351	6,02
Psychiatria	2 496	127	5,09
Radiologia i diagnostyka obrazowa	2 124	224	10,55
Radioterapia onkologiczna	432	29	6,71
Urologia	1 058	77	7,28

Źródło: jak w tab. 3.

Tabela 4 zawiera zestawienie specjalizacji lekarskich, w których wydano ponad 5% zaświadczeń związanych z podjęciem pracy w krajach UE. O wydanie zaświadczeń zwróciło się już około 19% anestezjologów, 14,5% chirurgów plastycznych, 15% specjalistów chirurgii klatki piersiowej, prawie 13% specjalistów z medycyny ratunkowej, 11% patomorfologów, 10% radiologów, ponad 8% chirurgów ogólnych, 5% specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, ponad 5% kardiologów. Największe zapotrzebowanie na polskich lekarzy występuje w Niemczech, Anglii i Holandii, a także w Danii i Szwecji.

Niepokojącym zjawiskiem jest także migracja polskich pielęgniarek. Uwzględniając gwałtowny spadek zainteresowania studiami pielęgniarskimi oraz zwiększający się popyt na usługi pielęgniarskie (starzejące się społeczeństwo), należy podkreślić, że pozostawienie tego problemu bez rozwiązania może skutkować poważnymi konsekwencjami w perspektywie najbliższych lat, zwłaszcza że wskaźniki liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców w Polsce są prawie dwukrotnie niższe od wskaźników w innych krajach europejskich. Krajami, do których najczęściej wyjeżdżają polskie pielęgniarki i położne, są Włochy, Wielka Brytania, Irlandia i Niemcy.

Z informacji uzyskanych na potrzeby niniejszego artykułu z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że w okresie od 1 maja 2004 r. do końca 2007 r. wydano 9316 zaświadczeń pozwalających na ubieganie się o pracę za granicą. Według informacji uzyskanych z tego samego źródła od 1 maja 2004 r. do końca 2005 r. wydano 4515 zaświadczeń, widać więc wyraźną tendencję wzrostową tego zjawiska. Migracja pielęgniarek 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.

Nakreślona powyżej sytuacja kadr medycznych w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga podjęcia natychmiastowych działań, które spowodują realną poprawę satysfakcji zawodowej i zahamują postępu-

jący spadek zatrudnienia w systemie. Jak wspomniano we wprowadzeniu do artykułu, podobne problemy dotyczą także innych krajów, dlatego problematyka zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej stała się jednym z obszarów działań priorytetowych Światowej Organizacji Zdrowia. Opracowany przez WHO dokument pt. *Dziesięcioletni plan działania na rzecz rozwoju liczebności personelu medycznego zakłada*, że (WHO 2006a):

1) każdy kraj powinien posiadać strategiczny plan kadrowy,

2) radykalnie należy zwiększyć inwestycje w przygotowanie kadr poprzez wspieranie kształcenia i szkoleń zawodowych,

3) na poziomie lokalnym i krajowym należy stopniowo wprowadzać nowatorskie rozwiązania i strategie kadrowe oraz udoskonalić zarządzanie wiedzą.

Na obecnym etapie trudno prognozować dalszy przebieg zjawiska emigracji polskich kadr medycznych. Należy jednak mieć na względzie fakt, że nadmierny odpływ wykwalifikowanego personelu może w przyszłości spowodować zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia. Zjawisko migracji wymaga zatem szczegółowej obserwacji oraz wdrożenia działań zapobiegającym ewentualnym zagrożeniom (tab. 6).

Tabela 5. Liczba zaświadczeń wydanych na cele procedury uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1 maja 2004 r. do 31 grudnia 2007 r. dla pielęgniarek, położnych

Pielęgniarki, położne	Liczba
Mgr pielęgniarstwa	555
Mgr położnictwa	24
Licencjat pielęgniarstwa	665
Licencjat położnictwa	57
Absolwenci medycznych szkół zawodowych – pielęgniarki	3 040
Absolwenci medycznych szkół zawodowych – położne	670
Absolwenci liceów medycznych	4 305
Razem	9 316

Źródło: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Tabela 6. 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 Ujednolicenie 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 2006b).

PODSUMOWANIE

Nakreślone problemy dotyczące zasobów ludzkich w polskim systemie opieki zdrowotnej powodują pilną konieczność opracowania kompleksowych programów, mających na celu rozpoznanie niedoborów i ograniczeń związanych z personelem medycznym, jak również uzyskanie szerokiej akceptacji dla idei podjęcia wspólnych działań w tej dziedzinie z udziałem wszystkich zainteresowanych stron.

Emigracja zarobkowa lekarzy oraz ograniczony dopływ młodych kadr do zawodu powoduje, że coraz

więcej szpitali odczuwa braki w zatrudnieniu. Niestety, nie ma rzetelnych informacji, ilu aktualnie brakuje lekarzy i pielęgniarek w polskim systemie zdrowotnym. O nasilającym się zjawisku niedoborów kadrowych donoszą zarówno dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej, jak również związki zawodowe.

W celu oceny stanu zabezpieczenia kadr medycznych minister zdrowia w 2006 r. wystąpił do wojewodów o przedstawienie danych na temat braków kadrowych w zakładach opieki zdrowotnej (Ministerstwo Zdrowia 2006). Z uzyskanych danych wynika, że największe niedobory lekarzy występują w takich

specjalizacjach, jak: anestezjologia i intensywne terapie, choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa, pediatria, chirurgia ogólna i psychiatria.

Niewątpliwie konieczne jest pilne podjęcie działań stale monitorujących problem deficytu kadr medycznych w skali kraju oraz poszczególnych regionów.

W przypadku pielęgniarek największe braki występują w zakresie geriatry, intensywnej opieki medycznej, kardiologii i ratownictwa medycznego.

Kreowanie strategii restrukturyzacji zatrudnienia jest procesem wymagającym gruntownej analizy struktury i jakości posiadanych zasobów. Szczegółowej ocenie powinny być poddane uwarunkowania rynku pracy (w tym prognozowanie podaży wewnętrznej i zewnętrznej) i ogólne tendencje ekonomiczne oraz przewidywany popyt na realizowane świadczenia.

W celu dostosowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej do popytu na świadczenia zdrowotne konieczne jest planowanie uwzględniające takie aspekty, jak:

- kształtowanie podaży wyszkolonej kadry,
- rewizja norm kadrowych,
- redystrybucja istniejącego personelu oraz jego racjonalne rozmieszczenie.

Zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej powinny więc być analizowane nie tylko z punktu widzenia ich liczebności, ale także z punktu widzenia jakości.

Zmiany, jakie towarzyszyły kolejnym wdrażanym reformom, wpłynęły negatywnie na sytuację pracowników, co skutkowało m.in.:

- wyraźną redukcją zatrudnienia,
- spadkiem wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodów medycznych,
- narastającym niezadowolaniem,
- niską satysfakcją z pracy,
- pogorszeniem poczucia bezpieczeństwa pracy.

Sz szczególnie niepokojący jest fakt niskiego poziomu wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Poziom i wysokość wynagrodzeń jest jednym z kluczowych problemów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pracownicy ochrony zdrowia od wielu lat skarżą się na niskie wynagrodzenia. 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.

Mimo deklaracji kolejnych reformatorów, iż sytuacja pracowników ulegnie wyraźnej poprawie, wynagrodzenia w systemie opieki zdrowotnej są stale istotnie niższe niż średnie wynagrodzenie w gospodarce. Ponadto w ostatnich latach zaobserwowano zwiększający się dystans do średniej krajowej (np. średnia płaca pielęgniarki w 1998 r. stanowiła około 94% średniej krajowej, obecnie około 74%).

Niskie wynagrodzenia pracowników, konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, problemy w rozpoczynaniu specjalizacji, brak możliwości rozwoju zawodowego są główną przyczyną emigracji zarobkowej polskich lekarzy i pielęgniarek. Kraje Europy Zachodniej dają im możliwość zarobków co najmniej kilkakrotnie wyższych niż w Polsce, lepsze warunki pracy, lepsze możliwości rozwoju i awansu zawodowego.

Sz szczególnie niepokojące jest zjawisko emigracji polskich pielęgniarek, gdyż niskie wskaźniki zatrudnienia oraz drastyczny spadek liczby osób podejmujących kształcenie w tym zawodzie stanowi realne zagrożenie braku możliwości sprostania rosnącemu potrzebom w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Nadmierny odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych może spowodować realne zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, dlatego też zjawisko migracji polskich lekarzy i pielęgniarek wymaga wnikliwej obserwacji i podjęcia działań zapobiegających ewentualnym zagrożeniom.

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. Obecnie szacuje się, że emigracja dotyczy ponad 5% pracowników medycznych. Brak działań i propozycji rozwiązań systemowych w tym zakresie może skutkować nasileniem zjawiska emigracji, a odpływ najlepszych i najlepiej wykształconych fachowców jest realnym zagrożeniem. Istotna jest także konieczność dokonania pewnych ułatwień w rozwiązaniach formalnych, np. możliwości awansu zawodowego, ułatwienia w otwieraniu specjalizacji, współfinansowanie kształcenia ustawicznego i doskonalenia zawodowego.

Wśród kluczowych rekomendacji dla naszego kraju, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację pielęgniarstwa, wymienia się koncentrację 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, podjęcie działań umożliwiających migrację wewnętrzną. Ważnym obszarem działań jest również ponowne przyciągnięcie do systemu tych osób, które zrezygnowały z zawodu (Wójcik i in. 2007).

Problem migracji pracowników medycznych dotyczy nie tylko Polski. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia mówią o światowym kryzysie zasobów kadr medycznych, który w różnym stopniu dotyczy każdego kraju świata (WHO 2006b). Wśród przyczyn tej sytuacji wymienić należy m.in.: niskie wynagrodzenia, niskie nakłady na edukację kadr medycznych, niekorzystne środowisko pracy. 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 ułatwienia 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 (WHO 2006b).

¹ Sektor opieki zdrowotnej jest sektorem wysokobudżetowym, co w zestawieniu z rozwojem technologii powoduje, że jest to ciągle sektor atrakcyjny dla inwestorów.

² Przykładowo dane dotyczące liczby lekarzy pochodzące z: Ministerstwa Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Centralnego Rejestru Lekarzy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, różnią się pomiędzy sobą o około 10%. 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.
- 3 Według danych publikowanych w *Biuletynie Statystycznym Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia*.
 - 4 Tamże.
 - 5 Udział kosztów osobowych stanowi od 60% do 80% kosztów całkowitych funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Koszty osobowe kadr medycznych stanowią około 60%–80% kosztów osobowych ogółem.
 - 6 Na podstawie postulatów pracowników ochrony zdrowia przedstawionych w dokumencie pt. *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia*, Warszawa, maj 2006.
 - 7 Fakt uzyskania odpowiedniego zaświadczenia lub innego dokumentu niezbędnego do uzyskania uprawnień zawodowych nie świadczy o rzeczywistym wyjeździe, a potwierdza jedynie zamiar podjęcia pracy poza granicami Polski.

LITERATURA

- Czajka Z. (2005), *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, Warszawa: IPiSS.
- ILO (1995), *Report of the Joint Meeting on Employment and Conditions of Work in Health and Medical Services*, Geneva.

SUMMARY

This paper presents an overview of health care staff situation in Poland. During last years we can observe significant decrease of indicators of number of medical staff per population (in all medical staff groups). Working conditions of health care staff were not improved after implementation of health care reform in Poland, and some of changes were negative for health care staff (e.g. staff reduction). Low level of the remuneration and difficult situation at the labour market, make Polish doctors and nurses to work in other European Union countries. This trends and low indicators of health care personnel in Poland is very worrisome. The problem of the migration of health care personnel refers not only Poland. Results of the research of WHO inform about „the world crisis of resources of health care personnel”. According to estimation of the WHO, undermanning in the global health care system is about 4 mln of medical staff. In accordance with the strategy of the WHO, for the purpose of dealing with problems of the international migration, it is necessary to take actions, both at national and international level. To find the best solution for these problems countries must work both individually and together.

- ILO (1999), *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, Geneva.
- Ministerstwo Zdrowia (1999–2006), *Biuletyny Statystyczne z lat 1999–2006*, Centrum Systemów Informacyjnych, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2006), *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do UE – raport z realizacji programu*, Warszawa.
- Niżankowski R. (2000), *Jaki system specjalizacji lekarskich?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom II, nr 5.
- WHO (2006a), *Human Resources for Health in the WHO European Region*, Report, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2006b), *Raport o stanie zdrowia na świecie 2006 – Pracując dla zdrowia*, WHO.
- WHO (2008), *World Health Statistics*, dostępny w Internecie: www.who.int/whosis/whostat/EN_WHSOB_Full.pdf, [dostęp 25 maja].
- World Bank (2006), *Health Date Report*.
- Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I. (2007), *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwania dla systemów ochrony zdrowia*, „Problemy pielęgniarstwa”, tom 15, zeszyty nr 2 i 3.