

Kanikuła to nie dobry czas na zajmowanie się sprawami poważnymi, jednakże jest też i tak, że czas kanikuły pozwala na nadrabianie zaległości. Dopiero teraz udało się – dzięki wysiłkom prof. S. Golinowskiej, redaktorki bieżącego numeru „Polityki Społecznej” – zgromadzić materiały pozwalające na mniej czy bardziej systematyczne skomentowanie kłopotów, jakie następuje sytuacja w służbie zdrowia. W oczach opinii publicznej bywa ona interpretowana jako seria sporów dotyczących zasad wynagradzania personelu służby zdrowia. Za tymi sporami kryją się jednak – to właśnie sugeruje prof. Golinowska – pytania o sposoby wypełnienia braków kadrowych i stabilizację personelu medycznego, o modele karier w służbie zdrowia, o relacje między czasem pracy i czasem „gotowości do pracy” – słowem, cała skomplikowana problematyka reguł organizujących życie zawodowe „białego personelu”. To prawda, że korporacje służby zdrowia są funkcjonalnie doniosłe, ale przecież we współczesnych, skomplikowanych społeczeństwach, to samo można powiedzieć o niemalże każdej grupie zawodowej. Czy zatem pracownikom służby zdrowia dzieje się krzywda? Może spory płacowe to tylko fasada, za którą kryją się znacznie poważniejsze konflikty interesów? Może jest tak, że kwestie płacowe są nie do rozwiązania bez całościowej koncepcji zasad finansowania służby zdrowia? Na te i kilka innych pytań starają się odpowiedzieć autorzy prezentowanych Państwu tekstów. Zatem miłych wakacji i interesującej lektury życzy Czytelnikom

Redakcja

RYNEK PRACY W SEKTORZE ZDROWOTNYM – ZANIEDBANY OBSZAR ZARZĄDZANIA

Stanisława Golinowska
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

WPROWADZENIE

Obszar rynku pracy zwykle jest zakreślony ze względu na poziom analizy: globalny, krajowy, regionalny czy lokalny. Rzadziej analizuje się rynek pracy w ujęciu branżowym. Zwykle bowiem granice dla tak zarysowanego rynku pracy nie są wyraźne. Inżynier, informatyk czy elektryk, nawet znacznie wyspecjalizowani, mogą bowiem pracować w różnych branżach i zmieniać je dowolnie, zwykle po jakimś przyuczeniu. W przypadku lekarza czy pielęgniarki możliwości zmiany branży są ograniczone.

Wyjście z sektora zdrowotnego oznacza na ogół zaprzestanie wykonywania zawodu. Ta specyfika „branży zdrowotnej” powoduje, że nie tylko analiza, ale i proces zarządzania może i powinien uwzględniać kategorie rynku pracy w sposób dla sektora zdrowotnego wyodrębniony.

W prezentowanym artykule zastosowane zostanie podejście traktujące rynek pracy w sektorze zdrowotnym jako rynek odrębny, o specyficznych cechach – zarówno po stronie podaży, czyli tworzenia zasobów kadr medycznych, jak i po stronie popytu na pracę w zawodach medycznych.

Pomocnym narzędziem w zarysowaniu granic zdrowotnego rynku pracy jest konstrukcja tzw. rachunku zdrowia (System of Health Accounts), opracowana w OECD (2000). Rachunek ten powstał wprawdzie po to, aby doprowadzić do międzynarodowej porównywalności wskaźniki zdrowotne, budowane na podstawie danych krajowych, ale z powodzeniem jest wykorzystywany także do innych celów, w tym do rachunków zasobów pracy i czasu pracy w ochronie zdrowia (Basys 2001).

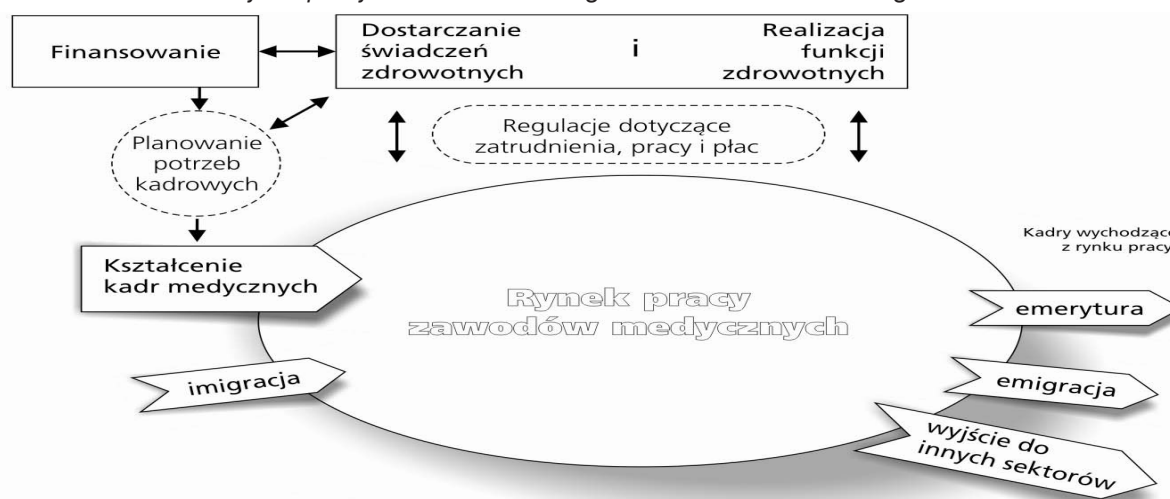
Rachunek zdrowia zbudowany jest na podstawie schematu trzech wymiarów informacji:

- 1) źródeł finansowania,
- 2) dostarczania („produkcji”) świadczeń,
- 3) realizowanych funkcji zdrowotnych¹.

Zatrudnienie personelu medycznego zostało wprowadzone do schematu tego rachunku w dwóch jego wymiarach: wytwarzania świadczeń, i realizowanych funkcji.

W schemacie wyodrębniono także element kształcenia kadr medycznych – tworzenia zasobów pracy dla sektora zdrowotnego. Zasadniczą część procesu kształcenia finansowana jest ze środków gromadzonych na potrzeby ochrony zdrowia.

Schemat 1. Rynek pracy sektora zdrowotnego w schemacie narodowego rachunku zdrowia



W artykule postawiono tezę, że rynek pracy sektora zdrowotnego jest obszarem zaniedbanym analitycznie, co ma wpływ na słabości w procesie zarządzania jego zasobami pracy, a w konsekwencji na niższą efektywność funkcjonowania w stosunku do możliwej do osiągnięcia. Ponadto ten rodzaj słabości zarządzania w sektorze zdrowotnym zwiększa zagrożenia utrwalenia się poważnej nierównowagi między popytem a popytem na nią.

Nierównowaga ta już występuje i wzrasta; ma przy tym charakter globalny. Jak szacuje WHO, braki specjalistów w zawodach medycznych wynoszą w skali globalnej około 4,3 mln zatrudnionych (WHO 2006a). Jednocześnie po stronie popytu mamy ogromny wzrost potrzeb. Główny dotychczas czynnik wzrostu potrzeb zdrowotnych – wzrost dochodów (Newhouse 1977), wzmocniony jest obecnie przez zmiany demograficzne i epidemiologiczne, związane przede wszystkim z procesem starzenia się populacji.

Artykuł został zbudowany na podstawie klasycznej dla analiz rynku pracy konstrukcji. Po analizie strony podaźowej i popytowej ukazane zostaną czynniki równoważenia medycznego rynku pracy, umożliwiające poprawę publicznego zarządzania zasobami pracy w sektorze zarówno od strony warsztatowej, jak i od strony uruchomienia odpowiednich mechanizmów administracyjno-ekonomicznych. Ukazane zostaną także problemy stosunków pracowniczych i dialogu społecznego.

W części wnioskowej i rekomendacyjnej uwaga zostanie skupiona na zagadnieniach ukształtowania narzędzi niezbędnych do prowadzenia odpowiedniej polityki dotyczącej pracy i płacy w sektorze zdrowotnym.

Używanie pojęcia rynek pracy w sektorze zdrowotnym nie oznacza bynajmniej, że mechanizm rynkowy jest tu decydującym mechanizmem alokacji zasobów. Jest to tylko wyraz stosowania konwencji opisowej, ułatwiającej ukazanie wielostronności przedstawianego zjawiska.

Przyjęty układ artykułu zostaje powtórzony w konstrukcji całego numeru „Polityki Społecznej”. Kolejne artykuły rozwijają poszczególne punkty tego artykułu, który tym samym jest jednocześnie wprowadzeniem do oddawanego Czytelnikom numeru pisma.

ZASOBY PRACY W SEKTORZE ZDROWOTNYM

Zawód lekarza zawsze cieszył się wysokim prestiżem. Ponadto był źródłem indywidualnej satysfakcji lekarzy, wynikającej z przekonania o specjalnym powołaniu do jego wykonywania, o wręcz jego nadzwyczajnym znaczeniu społecznym. W końcu – zapewniał godziwe wynagrodzenie. Lekarz pracujący nawet w środowisku najbiedniejszych, mógł oczekiwać jakiejś zapłaty. Ludzie, ceniąc swoje zdrowie i swoich najbliższych, dzielili się z lekarzem tym, co mieli, znacznie chętniej niż w przypadku zaspokajania innych potrzeb.

Ograniczeniem w wielkości podaży osób претенdujących do wykonywania zawodu lekarza były i są nadal trudne i długie studia medyczne, wymagające zdolności, determinacji i siły charakteru. Jednak zawsze chętnych było więcej niż miejsc na studiach. Obecnie sytuacja ulega zmianie. W wielu krajach pojawiły się znaczne deficyty w naborze na studia medyczne oraz w konsekwencji – w liczebności absolwentów tych studiów.

Deficyty te dotyczą także innych zawodów medycznych, a przede wszystkim – zawodu pielęgniarskiego. Zawód ten, podobnie trudny, wymagający i odpowiedzialny, nie cieszy się takim prestiżem, jak zawód lekarza, a i wynagrodzenia pielęgniarek są znacznie niższe.

Reakcją na trudną sytuację w tworzeniu odpowiedniej wielkości zasobów profesjonalistów medycznych w krajach bogatszych jest zwykle zatrudnianie imigrantów. To częściowo wypełnia lukę na rynku pracy sektora zdrowotnego, ale nie rozwiązuje problemu. Problem potrzeb podaźowych w zakresie zasobów pracy sektora zdrowotnego stanął więc na porządku dziennym wielu planów badawczych oraz rekomendacji dotyczących skuteczniejszego zarządzania w tej dziedzinie.

Dotychczasowe badania nad przyczynami deficytów w zakresie zasobów pracy kadr medycznych zwracają uwagę na czynniki (Caldwell, Kingma 2007), które można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa związana jest z relatywnie trudniejszymi warunkami pracy w opiece zdrowotnej. Są to:

- duży nakład pracy i zaangażowanie, jakie jest wymagane przy wykonywaniu zawodu medycznego;
- długie godziny pracy i wysoki poziom gotowości;
- ograniczona autonomia zawodowa; podporządkowanie standardom i procedurom;
- słabe poparcie z zewnątrz i jednocześnie słaby nadzór;
- niebezpieczne miejsce pracy – zagrożenie infekcjami i chorobami;
- ścieżka kariery zawodowej nieokreślona, szczególnie w przypadku pielęgniarek;
- relatywnie niskie płace i brak motywacji dochodowych;
- niezapewniony dostęp do profesjonalnej informacji i nowoczesnego instrumentarium;
- ograniczony lub całkowity brak wsparcia dla rozwoju zawodowego.

Druga grupa czynników, wpływających na niewystarczającą podaż kadr medycznych, dotyczy ogólnych warunków otoczenia i funkcjonowania opieki zdrowotnej. Są to:

- zaniedbanie sektora zdrowotnego pod względem regulacji i rozwiązań instytucjonalnych, brak reform lub wprowadzanie reform wysoce nieefektywnych;
- zaniedbane planowanie i zarządzanie zasobami pracy;
- migracja kadr medycznych;
- obawa epidemii, a szczególnie HIV/AIDS.

Wymienione czynniki w pełni występują także w Polsce. Ograniczone zasoby pracy w sektorze zdrowotnym stanowią bowiem problem uniwersalny. Jednak w Polsce znaczenie konkretnych z nich może być nieco inne niż w porównywalnych krajach UE czy OECD. Prawdopodobnie większe znaczenie mają czynniki z drugiej grupy, związane ze słabym zarządzaniem całego systemu ochrony zdrowia.

W ostatnim okresie nasiliło się także znaczenie problemu emigracji personelu medycznego do krajów Unii Europejskiej po jej rozszerzeniu. Problem emigracji kadr medycznych z krajów słabiej rozwiniętych z niższymi płacami w sektorze zdrowotnym występuje z dużym natężeniem od wielu lat. Prowadzona w krajach wysyłających polityka powstrzymywania emigracji „białego personelu” oraz zachęcania do powrotu

jest dość kosztowna i przynosi ograniczone efekty (OECD 2007).

W pierwszej grupie czynników natomiast znalazł się taki, który dla polskich warunków ma duże znaczenie, a mianowicie niska kultura współpracy, występowanie konfliktów i słaba koordynacja. Znaczenie czynnika, nazywanego przyjaznym środowiskiem pracy, podnosi się w analizach i rekomendacjach dotyczących pozafinansowych bodźców zachęcających do pracy w zawodzie medycznym (GHWA, WHO 2008).

WZROST POPYTU NA USŁUGI ZDROWOTNE

Popyt na usługi zdrowotne ma tendencje rosnącą od wielu lat. Jak już wspomniano, głównym motorem tego wzrostu jest wzrost dochodów ludności, odzwierciedlający poprawę warunków życia ludzi. Wzrost dochodu idzie w parze ze wzrostem wykształcenia, co zwiększa świadomość zdrowotną w społeczeństwie (tzw. *health literacy*) oraz wiedzę na temat funkcjonowania własnego organizmu, a także oddziaływania nań środowiska i stylu życia.

Wzrostowi dobrobytu ludzi w świecie zachodnim towarzyszą przemiany demograficzne oraz epidemiologiczne, wyrazem których jest wydłużenie przeciętnego trwania życia oraz dominacja chorób charakterystycznych dla starszego wieku. Ludzie wprawdzie żyją dłużej, ale w tym dłuższym życiu coraz bardziej potrzebują usług zdrowotnych, a także pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Wraz z dynamicznym procesem starzenia się zmieni się struktura przyczyn umieralności oraz zachorowalności i chorobowości. Dominować będą choroby chroniczne, a koniec życia przypadają będzie na wiek coraz bardziej zaawansowany. To generować będzie istotne zmiany w systemach ochrony zdrowia, które będą bardziej nastawiać się na prewencję, rehabilitację w ramach hasła zdrowego życia i zdrowego starzenia się.

Jako że koniec życia przypadają będzie na wiek coraz bardziej zaawansowany, to upowszechnią się rozwiązania instytucjonalne w ramach nowego sektora zabezpieczenia społecznego – opieki długoterminowej, zaadresowane do osób żyjących dłużej z ograniczoną samodzielnością i niesamodzielnych.

Przejście na nowy model opieki zdrowotnej nie jest i nie będzie ani procesem łatwym, ani dostatecznie szybkim. Wymagać będzie zmiany silnego paradygmatu obecnego w ochronie zdrowia, polegającego na koncentracji uwagi i środków na leczeniu chorób w sposób coraz bardziej medycznie skuteczny i nowoczesny (z zastosowaniem nowoczesnych technologii) kosztem działań na rzecz promocji zdrowia i prewencji.

Zmiana dotychczasowego paradygmatu oznaczać powinna uzyskanie równowagi między leczeniem chorób a utrzymywaniem zdrowia i prewencją chorób, których można uniknąć lub leczyć we wczesnych ich stadiach.

W konsekwencji nastąpić powinna realokacja pewnej skali środków z obszaru medycyny naprawczej (*curative medicine*) na działania warunkujące zdrowie (środowiskowe i związane z zachowaniem), uświadamianie zasad „zdrowego życia” i stosowanie prewencji wobec głównych chorób o znaczeniu społecznym.

Ta wizja ma swój wymiar dotyczący pracy. Usługi prewencyjne, zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze nadal wykonywać będą profesjonali-

ści medyczni, których nie przebywa, lecz przeciwnie – ubywa. Powstaje więc pytanie, czy i jak możliwe jest oddziaływanie na popyt na wymienione usługi w celu jego dostosowania do podaży ograniczonych zasobów pracy, ale nie kosztem zmniejszania dostępu do opieki zdrowotnej i pogorszenia jakości usług.

Repertuar czynników oddziaływania na popyt na usługi zdrowotne, z wymienionymi warunkami brzegowymi, nie jest tak bogaty, jak w przypadku oddziaływania na podaż. Elementy kontroli popytu, takie jak współpłacenie czy tworzenie administracyjnych barier wejścia do systemu opieki, są odbierane z wysoką dezaprobatą społeczną i bywa, że ograniczają dostęp w przypadkach szczególnie pożądanym ze względu na potrzebę i niższe koszty podjęcia wcześniejszej interwencji.

W systemie ochrony zdrowia popyt na usługi zdrowotne tworzą też usługodawcy, czyli lekarze i pozostali personel medyczny, wykorzystując silną asymetrię informacji wobec pacjenta. Gdy zjawisku oczywistej przewagi informacyjnej oraz kompetencyjnej lekarza nad pacjentem towarzyszy motywacja finansowa do zwiększania świadczeń, np. metoda finansowania oparta na płaceniu za usługę (*fee for service*), to kontrolowanie popytu raczej się nie udaje.

W Polsce pobyt na usługi zdrowotne mierzony wskaźnikami korzystania z usług ma silną tendencję wzrostową (MZ 2004, 2008).

NARZĘDZIA RÓWNOWAGI

Sektor zdrowotny jest sektorem publicznym nie tylko w znaczeniu formalnym – przeważającej skali publicznego finansowania i publicznej własności podstawowych jednostek świadczenia usług, ale także w znaczeniu odpowiedzialności państwa za jego funkcjonowanie w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Wprawdzie za swoje zdrowie odpowiada także każdy dorosły człowiek, ale wiemy, że odpowiedzialność ta jest obiektywnie ograniczona.

Czynniki ograniczające dotyczą nie tylko zmniejszonej możliwości rozpoznawania swoich potrzeb zdrowotnych, ale przede wszystkim indywidualnych możliwości tworzenia warunków zdrowego życia oraz indywidualnego finansowania potrzebnych interwencji medycznych w sytuacji choroby.

Ta podwójna odpowiedzialność za zdrowie: indywidualna i publiczna utrudnia efektywne funkcjonowanie ochrony zdrowia. Z jednej sektor zdrowotny postrzegany jest jako „rynek zdrowia”, wobec którego rosną oczekiwania biznesowej efektywności działania, a z drugiej – jako służba zdrowia, gotowa spełniać wszystkie potrzeby zdrowotne społeczeństwa. W tym obszarze sprzecznych założeń i oczekiwań potrzebne jest wypracowanie teoretycznie uzasadnionej i społecznie uzgodnionej proporcji odpowiedzialności w ochronie zdrowia, czyli tego, co hasłowo nazywamy *public-private mix*.

Nie zarysowując tych proporcji w niniejszym artykule (jest to zadanie na specjalną i pilną pracę), z pewnością można wskazać na odpowiedzialność państwa za tworzenie zasobów niezbędnych do realizacji usług zdrowotnych. Zasadniczym elementem tych zasobów jest kształcenie i efektywna alokacja profesjonalistów medycznych. Realizacja tej funkcji wymaga odpowiednich instrumentów, wśród których podstawowym jest planowanie, oparte na odpowiednich metodach analityczno (modelowo)-prognostycznych.

Planowanie i prognozowanie kadr medycznych stało się przedmiotem licznych prac rozpoznawczych oraz jednym z ważniejszych elementów polityki ochrony zdrowia w wielu krajach zachodnich: Kanadzie, Danii, Holandii, Wielkiej Brytanii, Finlandii, Francji, Niemczech, we Włoszech oraz w Nowej Zelandii (Ettelt i in. 2007).

Z doświadczeń tych krajów wynika, że planowanie kadr jest wspólnym zadaniem władz regionalnych i rządowych. W jednej grupie krajów podstawowym krokiem jest działanie rządu, który przygotowuje metodologię oraz ramy regulacyjne (np. w Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii), a w nielicznych prace prowadzi władze terytorialne, a rząd tylko je nadzoruje (np. w Danii). Odpowiednia współpraca władz rządowych i regionalnych jest gwarantem dobrej jakości planów.

Kolejny pakiet zasadniczych instrumentów równoważenia zasobów pracy w sektorze zdrowotnym z popytem na pracę profesjonalistów medycznych związany jest z **regulacjami w dziedzinie zatrudnienia, wynagradzania, organizacji i czasu pracy**. Podstawą tych regulacji jest respektowanie takich zasad motywacji do pracy, które sprzyjają efektywnemu funkcjonowaniu całego sektora zdrowotnego i jego placówek, a jednocześnie satysfakcjonują usługodawców i usługobiorców, czyli pacjentów.

Zbudowanie takiego systemu pracy i płacy, który byłby dobry ze względu na wszystkie z wymienionych potrzeb, jest w praktyce zadaniem niewątpliwie trudnym, chociaż realnym (Amin i in. 2008).

Faktem jest, że dobre koncepcje w tej dziedzinie bywają w praktyce zakłócane lokalnymi koniecznościami i ograniczeniami. Szczególnie w warunkach niskiego finansowania sektora zdrowotnego racjonalne zasady motywacji pracy są „odwieszane na kołku”, sprzyjając rozwiązaniom nieakceptowanym, frustracjom oraz konfliktom.

W Polsce mamy do czynienia z silnym konfliktem płacowym, który nie jest rozwiązywany koncepcyjnie i strukturalnie, lecz przekierowywany na inne cele (np. prywatyzacyjne), czy podczepiany do interesów, które, wykorzystując konflikt płacowy, proponują swoje specyficzne rozwiązania (np. ubezpieczenia prywatne jako sposób na „dosypanie środków”). Każda ucieczka od rozwiązania problemu oceny pracy (wartościowania), racjonalnych i godziwych form zatrudniania oraz czasu pracy, sprawiedliwych i akceptowanych relacji pałac między grupami profesjonalistów, wspierania procesu doskonalenia zawodowego, konflikt płacowy tylko przedłuży, a kolejne „ślepe” podwyżki stanowiąc będą zmarnowaną szansę na poprawę.

Istotnym narzędziem w rozwiązywaniu konfliktów jest instytucja dialogu społecznego. W ochronie zdrowia dialog społeczny jest słabo zinstytucjonalizowany, o czym pisze Dariusz Zalewski w zawartym w tym numerze artykule, a *od hoc* powoływane debaty typu okrągły stół w 2003 r. czy biały szczyt w 2008 r. zorientowane były raczej na danie upustów frustracjom z powodu niskiego finansowania sektora zdrowotnego oraz wysondowanie opinii środowiska w sprawach dalszego reformowania. Wprawdzie biały szczyt miał na względzie cel już bardziej konkretny, a mianowicie uzyskanie poparcia dla przedstawionych przez rząd kierunków reform, to jednak koncepcja dialogu społecznego w ochronie zdrowia, jako trwałej instytucji rozwiązywania konfliktów płacowych i napięć dotyczących warunków pracy, nie została przedstawiona. Pracownicy sektora zdrowotnego przyzwyczaja-

ili się są do stawiania władz publicznych „pod ścianą” w każdej bardziej czy mniej słusznej sprawie i w każdym miejscu kraju. Jednocześnie władze publiczne, tak na szczeblu krajowym, jak i terytorialnym, samodzielnie z koncepcją systemowego rozwiązywania sporów, póki co, nie wychodzą.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY FUNKCJONOWANIA RYNKU PRACY W SEKTORZE ZDROWOTNYM

Niezależnie od całościowych planów reformowania systemu opieki zdrowotnej, potrzebne jest porządkowanie różnych jego subsystemów. Najważniejszym z nich jest obecnie wysoce zaniedbany obszar rynku pracy. Coraz bardziej ograniczone zasoby pracy oraz utrzymywanie się napięć na tle czasu pracy i płac stanowią poważne zagrożenie utrzymywania się, a nawet pogłębiania sytuacji kryzysowej w ochronie zdrowia.

Oto lista pięciu najważniejszych przedsięwzięć, które pozwoliłyby na ustabilizowanie sytuacji na rynku pracy ochrony zdrowia, a jednocześnie uczyniłyby czynnik pracy znacznie bardziej efektywnym:

1) opracowanie długookresowej strategii tworzenia zasobów pracy dla sektora zdrowotnego na podstawie nowoczesnych metod prognozowania, wykorzystując doświadczenia innych krajów, a szczególnie Kanady;

2) oparcie systemów zatrudniania i wynagradzania w sektorze zdrowotnym o wprowadzone narzędzia planistyczne, wykorzystujące modele i metody prognostyczne, przygotowywane we współpracy z samorządami terytorialnymi;

3) opracowanie koncepcji systemów motywacji dochodowych i pozadochodowych dla pracowników sektora zdrowotnego oraz poddanie jej dialogowi społecznemu i wprowadzenie w życie;

4) opracowanie koncepcji silnie motywujących ścieżek kariery zawodowej dla pracowników medycznych, uwzględniających jednocześnie zobowiązania do specjalistycznego kształcenia przez całe życie;

5) opracowanie i uzgodnienie sposobu włączenia pracowników sektora zdrowotnego do systemu dialogu społecznego w Polsce.

Prace koncepcyjne i wdrożeniowe ukierunkowane na stabilizowanie sytuacji na rynku pracy sektora zdrowotnego prowadzone pod hasłem *human resources for health* (HRH) zostały już opisane w wielu publikacjach. Przygotowano także pożyteczne podręczniki (np. WHO 2006b). Istnieje pilna potrzeba, aby także w Polsce podjąć ten problem, nadając mu właściwy priorytet.

¹ Rachunek zdrowia, zgodnie z koncepcją OECD, prowadzony jest już od kilku lat przez GUS, który publikuje jego wyniki (GUS 2006, 2008).

LITERATURA

- Amin S., Das J., Goldstein M., red. (2008), *Are you being served? New Tools for Measuring Service Delivery*, Washington D.C.: The World Bank.
- Basys (2001), *Human Resources of European Health System*, report of the Grant of European Commission, Directorate – General Health and Consumer Protection, Augsburg, dostępny w Internecie: <www.basys.de>.
- Birch, S., Kephart G., Tomblin-Murphy G., O'Brien-Pallas L., Adler R. Mackenzie A. (2006), *Human resources planning and the production of health: Development of an extended analytical framework for needs-based health human*

- resources planning, SDAP, Social and Economic Dimension of an Aging Population, Research Paper No 168.
- Caldwell P., Kingma M. (2007), *Incentives and the recruitment/retention of nurses*, a paper presented at National Experiences in Assessing and Reducing Shortcomings and Negative Trends affecting Human Resources of the Health System: An International Symposium on Health Workforce, Lisbon: International Centre for Human Resources in Nursing.
- Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. (2007), *Capacity planning in health care: reviewing the international experience*, „European Observatory on Health Systems and Policies”, vol. 9, nr 1, Brussels.
- GHWA (Global Health Workforce Alliance), WHO (2008), *Guidelines: Incentives for Health Professionals*, dostępny w Internecie: <www.ghwa.org>.
- GUS (2006, 2008), *Wyniki narodowych rachunków zdrowia z lat 1999, 2004, 2005, 2006*, Warszawa.
- MZ (Ministerstwo Zdrowia) (2004 i 2008), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga I i II*, Warszawa.
- Newhouse J.P. (1977), *Cross-national differences in health spending: what do they mean?*, „Journal of Health Economics” No 6, s.159–162.
- OECD (2000), *System of Health Accounts*, version 1.0, Paris.
- OECD (2007), *International Migration Outlook*, Paris.
- WHO (2006a), *Human Resources for Health in the WHO European Region*, WHO Report Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2006b), *A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health*, Geneva.

SUMMARY

According to the thesis stated in the article, the labour market of the health sector is the analytically neglected area, which influences the weaknesses of the process of labour resources managing and, as a consequence, the lower efficiency of functioning in relation to the possible level. Moreover, this kind of weakness in the health sector management increases the danger of maintaining the serious unbalance between the labour supply and the labour demand. Such an unbalance is already present and is increasing; additionally, it has a global character. The lack of specialists in the medical professions is estimated globally at around 4,3 mln employed. Simultaneously, there is a huge increase of needs on the demand side. The main factor of increase of health needs – the increase of income – is nowadays intensified by the demographic and epidemiological changes, connected mainly with the population aging process. It is stressed in the article that in order to fight efficiently the shrinking of labour resources of medical professions, one should undertake immediate actions in the field of education, improvement of working conditions and wages of doctors and nurses, and introduce the institution of social dialog into the current system of collective bargaining in Poland.