

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

2013

tom 11, nr 2

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| wprowadzenie | III | opieka pielęgniarska | |
| Stanisława Golinowska, Alicja Domagała | | Wiesława Kozek | |
| | | Pielęgniarki na rynku pracy | 180 |
| zatrudnienie w sektorze zdrowotnym | | Małgorzata Ostrowicka, Bożena Walewska-Zielecka, Dominik Olejniczak | |
| Erika Schulz | | Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia | 191 |
| Employment in health and long-term care sector in European countries | 107 | Maria Cisek, Lucyna Przewoźniak, Maria Kózka, Tomasz Brzostek, Piotr Brzyski, Maria Ogarek, Teresa Gabryś, Krzysztof Gajda, A. Ksykiewicz-Dorota | |
| prognozowanie i planowanie kadr medycznych | | Obciążenie pracą podczas ostatniego dyżuru w opiniach pielęgniarek pracujących w szpitalach objętych projektem RN4CAST | 210 |
| Stanisława Golinowska, Ewa Kocot, Agnieszka Sowa | | | |
| Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy | 125 | specjaliści zdrowia publicznego | |
| Alicja Domagała | | Katarzyna Czabanowska, Daniela Popa, Tony Smith | |
| Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność? | 148 | Fit-for-purpose: developing curriculum for meeting the needs of public health leaders in the 21st century | 225 |
| wynagradzanie w sektorze zdrowotnym | | Fitim Skeraj, Katarzyna Czabanowska, Iris Mone, Gazmend Bojaj, Zejdush Tahiri, Genc Burazeri | |
| Zdzisław Czajka | | Necessary level of skills and abilities of family physicians from decision-makers' perspective in transitional Kosovo | 234 |
| Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów w latach 2001–2010 | 159 | | |
| migracje kadr medycznych | | | |
| Marcin Kautsch | | | |
| Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce | 169 | | |

PRZEWODNICZĄCA**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Pełnomocnik Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Klinicznych
w Collegium Medicum

Dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Wojciech Drygas

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej,
Uniwersytet Medyczny, Łódź

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Zakład Patologii Społecznej, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Maria Danuta Glowacka

Kierownik Katedry Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny, Poznań

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wim Groot, PhD

Professor of health economics, Department of Health Services Research,
Maastricht University Netherlands

Prof. dr hab. Hubert Izdebski

Dyrektor Instytutu Nauk o Państwie i Prawie,
Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

Head of the Section of International Public Health at the Faculty
of Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, Germany

Prof. dr hab. Witold Lukas

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej, Wydział Lekarski
I Oddział Stomatologiczny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Zastępca Dyrektora Instytutu Filozofii i Socjologii,
Polska Akademia Nauk, Warszawa

Prof. dr hab. Stanisław Owiak

Kierownik Zakładu Polityki Finansowej,
Katedra Finansów, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków

Doc. MUDr., PhD Vladimír Pohanka

Director of Srobar's Institute for Respiratory Diseases and TB
in Dolný Smokovec, Slovakia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski
Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Zbigniew Szawarski

Zakład Etyki Instytutu Filozofii, Wydział Filozofii i Socjologii,
Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. Jerzy Szczerba

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

Zakład Środowiskowych Zagrożeń Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy
im. Prof. J. Nofera, Łódź

Prof. dr hab. Alicja Walczak

Kierownik Zakładu Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH Warszawa

Prof. dr hab. Jan Zejda

Kierownik Katedry i Zakładu Epidemiologii, Wydział Lekarski
w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

komitet redakcyjny**Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk**

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut
Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Kierownik Zakładu Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06, e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

Scientific Issues of Health Protection. Public Health and Governance

redaktor naukowy

Dr Alicja Domagała

recenzenci

Prof. dr hab. Wiktor Adamus, Uniwersytet Jagielloński
Dr n. farm. Małgorzata Bała, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium
Medicum w Bydgoszczy
Dr Marek Benio, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków
Dr n. farm. Mariola Drozd, Uniwersytet Medyczny, Lublin
Dr Anna Felińczak, Wrocławski Uniwersytet Medyczny
Prof. dr hab. n. med. Janusz Hałuszka
Prof. dr hab. Tomasz Hermanowski, Uniwersytet Warszawski
Dr n. med. Dorota Jakimowicz-Gawel, Uniwersytet Mikołaja Kopernika,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Dr Dorota Kawiorska, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków
Dr hab. Jacek Klich, profesor Uniwersytetu Ekonomicznego, Kraków
Prof. dr hab. Jerzy Kowaleski, Uniwersytet Łódzki
Prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik, Uniwersytet Medyczny, Lublin
Dr n. med. Krzysztof Kus, Uniwersytet Medyczny, Poznań
Dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota
Dr Ewa Kuriata, Wrocławski Uniwersytet Medyczny
Dr Joanna Niżnik, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków
Dr Milena Pavłowa, Maastricht University, Netherlands
Adam Reinhardt, Kolegium Europy Wschodniej im. Jana Nowaka-
-Jeziorańskiego, Wrocław
Dr hab. Katarzyna Szczerbińska, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka, Krakowska Akademia im. A. Frycza-
-Modrzewskiego
Dr Ewa Kocot, redaktor statystyczny

sekretarz redakcji

Elżbieta Ryś

korekta

Barbara Cabała

wydawca

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

skład i łamanie

Hanna Wiechecka

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

redaktor językowy

Dorota Węgierska

projekt okładki

Marcin Bruchnałski

współwydawca

Wydawnictwo UJ

© Copyright by Instytut Zdrowia Publicznego & Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2013
All rights reserved

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma wyłącznie
za zgodą redakcji.

Pierwotną wersją czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie
Publiczne i Zarządzanie” (ISSN 2084-2627) jest wersja online publikowana
kwartalnie w Internecie na stronie www.wuj.pl w dziale Czasopisma.

ISSN 1731-7398 (wersja papierowa)

ISSN 2084-2627 (wersja elektroniczna)

Nakład: 200 egzemplarzy

Wprowadzenie do numeru 2

Opieka zdrowotna należy do tych dziedzin, które opierają się głównie na działalności człowieka: na jego wiedzy, praktycznych umiejętnościach i odpowiednich zachowaniach wobec pacjentów. Wprawdzie nowoczesne technologie medyczne odgrywają coraz większą rolę w procesach leczenia i zapobiegania chorobom, ale ich odpowiednie stosowanie także zależy od wiedzy i umiejętności profesjonalisty medycznego. Dlatego **wielkość i jakość medycznych zasobów** kadrowych jest głównym czynnikiem dobrego funkcjonowania każdego systemu zdrowotnego.

Organizacje międzynarodowe, w tym WHO, od kilku lat donoszą o **narastającym kryzysie w zakresie zasobów kadr medycznych w większości krajów na świecie**. O wystąpieniu kryzysu zdecydowały niedostateczne środki przeznaczone na kształcenie i wynagradzanie kadr niezbędnych dla sektora zdrowotnego oraz zarządzanie tymi kadrami, zarówno na poziomie sektora zdrowotnego, jak i na poziomie mikro, czyli zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Nie stosuje się powszechnie procedur planowania kształcenia, specjalizowania się i zatrudniania kadr medycznych w sektorze zdrowotnym, a także niedostatecznie przestrzega się zasad efektywnego zarządzania zasobami pracy oraz prowadzenia racjonalnej polityki kadrowej w jednostkach.

Kryzys pogłębiany jest dodatkowo przez uniwersalny trend starzenia się populacji. Z jednej strony wzrasta popyt na usługi zdrowotne i opiekuńcze, a z drugiej starzeją się także zasoby kadr medycznych. Zdecydowana reakcja polityki zdrowotnej na występujące tendencje jest ograniczana przez głęboki i przeciągający się globalny kryzys finansowy oraz ekonomiczny.

Organizacje międzynarodowe zachęcają i stymulują poszczególne kraje do prowadzenia odpowiedniej polityki zdrowotnej w zakresie kształcenia i zatrudniania kadr medycznych już od ponad kilkunastu lat. Także Komisja Europejska na czele swych strategii społecznych stawia zadania związane z poprawą potencjału tzw. białego personelu w krajach członkowskich UE (*Green Paper on the European Workforce for Health* z 2008 i *Action Plan for the EU Health Workforce* z 2012 r.).

Odpowiednie działania w zakresie poprawy sytuacji zasobów kadr medycznych w Polsce nie są jeszcze w dostatecznym stopniu zinternalizowane w środowisku decydentów sektora zdrowotnego. Tymczasem wskaźniki zatrudnienia poszczególnych grup personelu medycznego są jedne z najniższych w Europie, a prognozy ekspertów w zakresie dostępności kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w perspektywie nadchodzących lat są szczególnie niekorzystne. Mimo to nie powstały w naszym kraju żadne formalne struktury zajmujące się problematyką planowania kadr, a działania decydentów mają charakter w głównej mierze deklaracyjny. Niewątpliwie konieczne jest pilne podjęcie ścisłej współpracy wszystkich podmiotów od-

powiedzialnych za kształtowanie podaży kadr medycznych oraz nadanie tym problemom podobnej rangi jak w innych krajach UE.

Oddawany do rąk Czytelników aktualny numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” w całości jest poświęcony problematyce polskich kadr medycznych na tle krajów europejskich. Wyboru artykułów dokonano w taki sposób, aby kompleksowo przedstawić podstawowe zagadnienia funkcjonowania zasobów pracy w systemie ochrony zdrowia oraz zwrócić uwagę na najpilniejsze problemy i wyzwania, przed jakimi stoją decydenci i organizatorzy systemu.

W pierwszym artykule przedstawiono charakterystykę rynku pracy i zasobów kadrowych systemu opieki zdrowotnej i społecznej w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Opieka zdrowotna i społeczna stanowi jeden z największych sektorów pracy w UE, zapewniając pracę dla ponad 10% pracowników, tak więc wszelkie istotne zmiany w tym sektorze mają wyraźne znaczenie dla całego unijnego rynku pracy. Artykuł przedstawia stan obecny zasobów kadrowych oraz dynamikę zmian, jakie zaszły w ostatnich latach, zwracając uwagę na różnice w trendach w poszczególnych krajach członkowskich.

Drugi z prezentowanych artykułów wykorzystuje wyniki badań projektu UE prowadzonego w ramach 7. Programu Ramowego – NEUJOBS. Zawiera zarówno **analizy ilościowe wielkości i struktury kadr medycznych, jak i prognozy zatrudnienia** tych kadr w Polsce na najbliższe 20–30 lat. Prognozy przedstawione w artykule zostały sporządzone przy uwzględnieniu oddziaływania jednej zmiennej – przyszłych zmian wielkości i struktury demograficznej ludności – chociaż z różnymi scenariuszami kształtowania się podstawowych wskaźników demograficznych, takich jak dzietność, umieralność i migracje. Wyniki tych prognoz stanowią bardzo poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej, która już obecnie wymaga zasadniczej zmiany priorytetów w zakresie alokacji środków.

Przewidywania dotyczące przyszłego zapotrzebowania na kadry medyczne oraz systematyczne **planowanie ich kształcenia i zatrudniania** stanowią najważniejszy element nie tylko dobrego zarządzania kadrami, lecz także dobrego rządzenia (*good governance*) w sektorze zdrowotnym. Tematyce tej poświęcony jest artykuł dotyczący planowania, w którym przedstawiono uwarunkowania procesu planowania kadr dla sektora zdrowotnego i najistotniejsze rekomendacje organizacji międzynarodowych w tym zakresie. Ze względu na brak formalnego procesu planowania w Polsce jest to sfera, która pilnie powinna zostać potraktowana jako priorytetowa i wymagająca zaangażowania wszystkich ważnych dla procesu podmiotów.

Wynagrodzenia kadry medycznej stanowią jeden z zasadniczych czynników skłaniających do wyboru za-

wodu i pozostania w nim. W sytuacji kryzysu zasobów pracy białego personelu oddziaływanie na ten czynnik wydaje się podstawowe. Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek zawsze były w Polsce relatywnie niskie. Czy obecnie sytuacja uległa zmianie? Jak się ją postrzega? Odpowiedzi na te pytania stanowią przedmiot kolejnego artykułu, w którym analizowane są relacje wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w publicznej opiece zdrowotnej w stosunku do innych zawodów w kontekście opinii zarówno pacjentów, jak i samych pracowników ochrony zdrowia.

Trudności z wielkością potrzebnych kadr medycznych w krajach przyciągających migrantów (*receiving countries*) w znacznej mierze rozwiązuje imigracja, chociaż nie jest to rozwiązanie trwałe. Polska należy jednak do krajów emigracji. W ostatnich latach **emigracja z Polski** objęła także kadrę medyczną. Analizę tego problemu: przyczyn zjawiska emigracji białego personelu i przewidywania dotyczące jego dalszego rozwoju przedstawia kolejny artykuł tego numeru „Zeszytów Naukowych”.

Problemy z odpowiednią podażą białego personelu dotyczą szczególnie pielęgniarek. Czynniki skłaniające do wykonywania **zawodu pielęgniarki** i osiągania satysfakcji z jego wykonywania są liczne. Ich rozważeniu są poświęcone kolejne teksty o dużej wartości poznawczej, ponieważ opierają się na oryginalnych badaniach empirycznych. Pierwszy artykuł, napisany z perspektywy socjologicznej, analizuje zmiany w zatrudnieniu pielęgniarek i opisuje starania tego środowiska o poprawę położenia na rynku pracy. Wykorzystuje liczne dostępne informacje statystyki publicznej oraz sprawozdania środowiska pielęgniarek i położnych, a także wyniki badań jakościowych przeprowadzonych na terenie Warszawy.

Drugi tekst dotyczący pielęgniarek napisany jest bardziej z perspektywy psychologicznej i dotyczy motywacji do pracy i satysfakcji z pracy pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach publicznych w porównaniu z niepublicznymi jednostkami opieki zdrowotnej.

Praca pielęgniarek jest trudna; zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Nadmierne obciążenie sprzyja wypaleniu

zawodowemu i szybszemu wychodzeniu z rynku pracy. Badania poświęcone obciążeniu pracą pielęgniarek podczas ostatniego dyżuru w szpitalach ukazują ten problem. Przedstawione wyniki tych badań pochodzą z projektu UE realizowanego w ramach 7. Programu Ramowego – RN4CAST.

W dobrze funkcjonującym sektorze zdrowotnym coraz większe znaczenie mają profesjonalnie wykształceni **specjaliści zdrowia publicznego**. W starzejącej się Europie przed tą grupą stawia się zadania związane z programami zdrowego starzenia się. W kolejnym artykule przedstawiono więc proces tworzenia programu edukacyjnego „Liderzy dla Europejskiego Zdrowia Publicznego” (LEPHIE). Przywództwo jest pojęciem znanym w naukach z zakresu zarządzania, przywództwo w zdrowiu publicznym zaś nadal nie jest dobrze zdefiniowane i nie zawsze jest ujmowane w programach kształcenia. W obliczu zmian, które zachodzą w ostatnich latach w zdrowiu publicznym, i wyzwań, jakie stoją przed profesjonalistami zdrowia publicznego, konieczne jest zwrócenie uwagi na kompetencje dotyczące przywództwa.

Mamy nadzieję, że oddawany Państwu numer „Zeszytów”, w którym zaprezentowano najpilniejsze problemy dotyczące kształcenia, zatrudniania, wynagradzania i warunków pracy kadr dla sektora zdrowotnego, wywoła refleksję skłaniającą do prowadzenia dalszych badań problemu, a przede wszystkim odpowiednią reakcję w sferze polityki zdrowotnej. Kryzys zasobów pracy w sektorze zdrowotnym stanowi obecnie najważniejsze wyzwanie, jakie stoi przed systemem ochrony zdrowia w Polsce. Dynamiczne starzenie się polskiej populacji w nadchodzących latach, o najwyższym tempie w Europie, wywoła bezprecedensowy wzrost popytu na kadry medyczne i opiekuńcze. Bez odpowiednich środków przeznaczonych na kształcenie i zatrudnianie oraz poprawę warunków pracy tych kadr kryzys w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego może być dramatyczny.

Stanisława Golinowska
Alicja Domagała

Employment in health and long-term care sector in European countries

Erika Schulz

DIW Berlin Germany

Adres do korespondencji: Erika Schulz, German Institute for Economic Research, Mohrestraße 58, 10117 Berlin, Germany; eschulz@diw.de

Abstract

Health care is an important sector in all European countries showing a high dynamic in the past. In 2011 about 23 million persons were employed in health and social care, that is to say 10.4% of total employment. The share of health care expenditures in GDP was 10%. The health care workforce increased despite the overall trend of declining employment also during the economic crisis. The high dynamic in health care can be explained by demographic changes as well as by other non-demographic drivers. Due to the ageing of the population a further increase in the demand for health workforce is expected.

This paper gives an overview of the health and social workforce in the EU Member States based on the EU labour force survey. It focuses on the current situation and the changes in the last years as well as the differences across the Member States in the three main areas human health care, residential care, and social work.

Key words: employment, European countries, health care

Słowa kluczowe: Europa, opieka zdrowotna, zatrudnienie

Introduction

Health care is an important sector in all European countries showing a high dynamic in the past. In 2011 some 23 million persons were employed in health and social care, with approximately 5 million new jobs created in human health and social work, accounting for more than a third of the new jobs created in the EU between 2000 and 2011 [1]. The health care workforce increased despite the overall trend of declining employment also during the economic crisis. Between 2008 and 2011 more than 1.5 million (net) new health care jobs were created. The share of health care expenditures in GDP was 10% in 2011.

The high dynamic of the ‘health care and social work’ sector can be explained not just by demographic changes, but also by other non-demographic drivers. The health care expenditures, as well as the demand for health care services are influenced by the size and age-structure of the population. Both health care expenditure and de-

mand for health services increase with age. The nearness to death is driving the health care cost of an individual, but new medical-technological treatments and methods are also important. The expected societal transition with a combination of population ageing, changing family and household structure as well as increasing female employment will have a significant impact on the economic growth and employment in the health care sector as a whole, and in particular on long-term care services.

Due to an ageing population a further growth of the healthcare sector is expected which is higher than the average economic growth. The European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (Ageing Working Group – AWG) carried out economic and budgetary projections for the 27 Member States in the field of pensions, health care and long-term care until 2060 [2]. The 2012 Ageing Report assumes an increase in the overall potential growth from 1.2% in 2010 to 1.7% in 2025 and due to higher growth rates in health sector an increase in the share of health care expenditures (as %

of GDP) from 7.1% in 2010 to 7.6% in 2025 and 8.3% in 2050. For long-term care spending a higher dynamic is proposed due to the ageing of the population and in particular the significant increase in the number of oldest old. The share of long-term care expenditures in GDP is expected to grow from 1.8% (of GDP) in 2010 to 2.2% in 2025 and 3.2% in 2050 (EU 27, AWG reference scenario). As in particular nursing and caring services are labour intensive activities the health and long-term care workforce will raise along with the economic growth. However, the 2012 Ageing Report provides no figures on the development of employees in health and long-term care sector.

This paper gives an overview of the health and social workforce in the EU Member States based on the EU labour force survey[3]. It focuses on the current situation and the changes in the last years as well as the differences across the Member States. In WP12 of the NEUJOBS project five countries are studied: Denmark, Germany, Italy, Poland, and Slovakia.¹ This paper shows also the position of these countries compared to other Member States and the EU27 average.

1. Health and social services workforce

1.1. Increasing share of employees engaged in health and social services

According to the labour force survey, in 2011, 217 million people were employed in the EU27. The number of employees engaged in health and social services (National Account classification of Economy NACE2, sec-

tor Q) was some 23 million people, that is to say 10.4% of total employment (**Figure 1**).

The proportion of people employed in health and social services varies widely between the European Countries. Denmark realized the highest share with some 19% and Cyprus the lowest with 4%. Germany has with 12.2% a higher share of health workforce than the EU27 average, whereas Italy (7.4%), Slovakia (6.8%) and in particular Poland (5.7%) show a lower proportion of health workforce.

Between 2008 and 2011 the total employment declined in the EU27 on average and in most of the European countries not at least due to the economic crises. In contrast, the employment in the health and social sector increased by 1.5 million people in the EU27. That is an increase of 7%. Only five countries show also a decline in health workforce: Bulgaria, Cyprus, Latvia, Lithuania and Slovenia (**Figure 2**).

The health and social care sector gain in importance for the overall labor market. The proportion of health workforce in total employment increased in this period by 0.9%-points. A disproportional increase was realized in Ireland (2.5%-points), Spain (1.7%-points), and Portugal (1.8%-points).

The NACE2 (2008) classification allows the separate the health and social service sector (sector Q) into three parts: Q 86 human health care, Q 87 residential care activities, and Q 88 social work activities without accommodation (see appendix). In 2011, at the EU27 average the share of human health activities was 58.5%, the share of residential care 20%, and the share of social work 21.5% (**Figure 3**). The health and long-term care system both

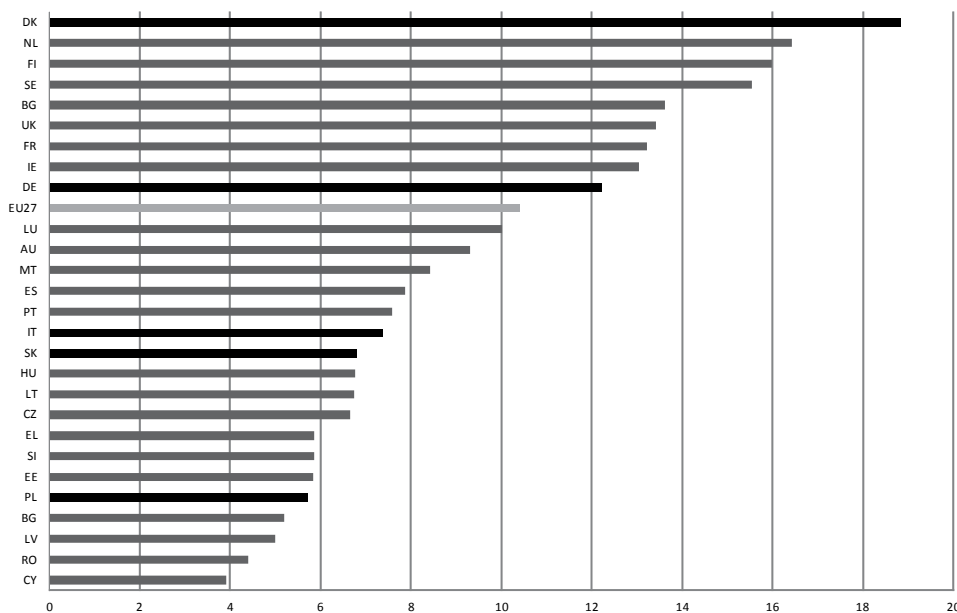


Figure 1. Health and social service workforce in total employment in EU27 in 2011 (%).

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

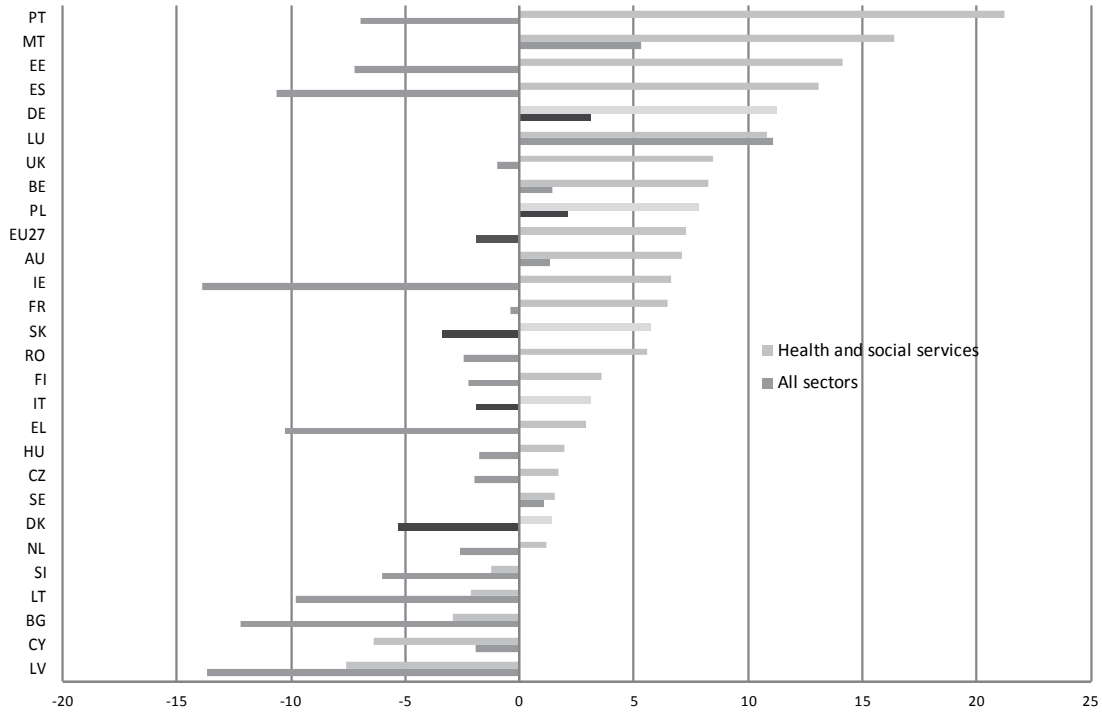


Figure 2. Changes in employment in total economy and health and social services (sector Q) between 2008 and 2011 in %. Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

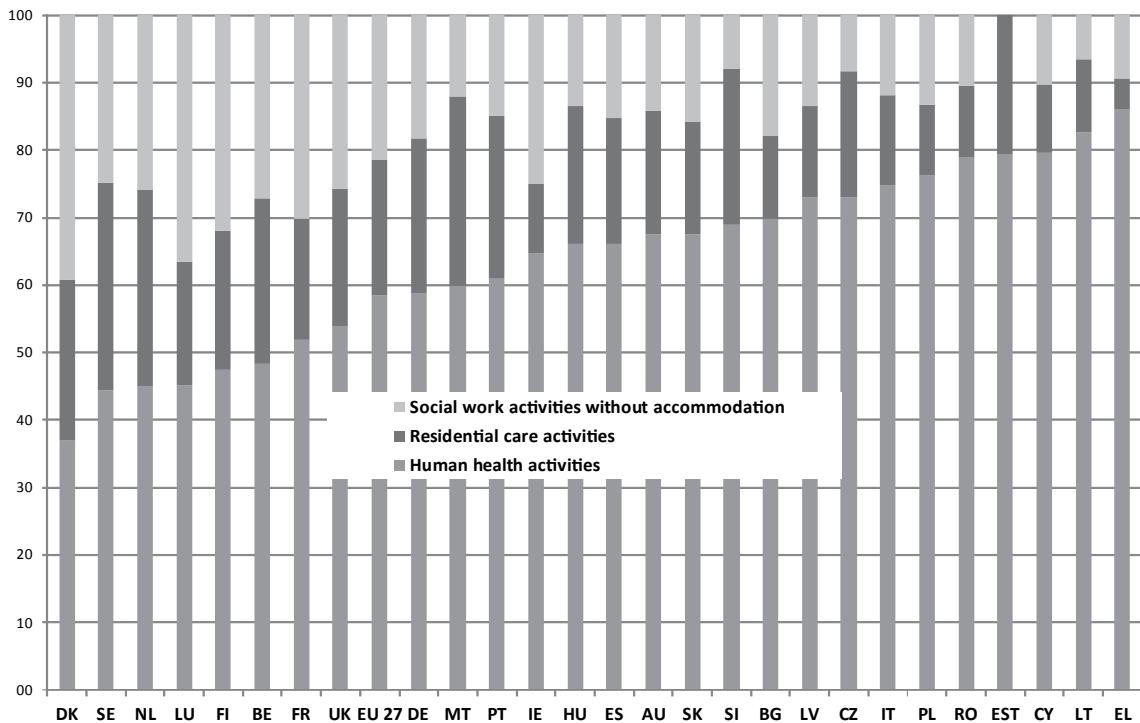


Figure 3. Proportion of subsectors in health and social service sector in 2011 (NACE2, sector Q, employees). Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

have a significant influence on the share of the subsectors in the single European countries. Denmark with a generous social service system has the highest share of social work activities with approximately 40% as well as a disproportional residential care sector. As opposed to this, Greece has the highest share of human health activities which comprises hospital and ambulatory health care services. In Greece, residential care plays a minor role with a share of 5%. In 2011, only 11,000 people worked in residential care in Greece, related to people aged 75 and older this is a ratio of 1 worker per 100 persons. Elderly people in need for care rely mostly on family care-giver.

Between 2008 and 2011, in the EU27 average all subsectors show an increasing trend (Table I). The growth in employment was highest in the residential care sector (16.7%), followed by the social service sector (6.8%) and the human health services (4.5%). Notwithstanding, 12 Member States realized a decline in employment in one of the subsectors and four countries in two subsectors. Cyprus and Lithuania show a decrease in health care as

well as in residential care employment. The UK and Slovenia experienced a shrinking workforce in health care and in social services (without accommodation).

A decline in health care employment shows Latvia (-14.7%) and Bulgaria (-7.2%), accompanied by a high increase in residential care (22% each). A decline in residential care experienced Romania, Netherlands, Poland, Denmark, Italy, Sweden and Hungary. A reduction in social work employment realized Czech Republic, Slovakia, and Finland. All other Member States (11) show a growth in employment in all subsectors.

Between 2008 and 2011, in the EU27 average the human health workforce increased by some 570,000 persons, the residential care employment increased by 650,000 and the social work employment by 310,000 (Table II). Also Germany realized an increase in employment in all subsectors with the highest increase in residential care, while Poland, Denmark, and Italy lose residential care employment, and Slovakia shows a shrinking social work employment.

| | Human health activities | Residential care activities | Social work without accommodation | Health and social care activities | All sectors |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Cyprus | -6.40 | -21.05 | 15.38 | -6.37 | -1.91 |
| Lithuania | -3.78 | -2.88 | 27.66 | -2.12 | -9.81 |
| Slovenia | -5.74 | 18.87 | -6.38 | -1.26 | -6.02 |
| United Kingdom | -1.28 | 77.12 | -1.66 | 8.45 | -0.97 |
| Latvia | -14.70 | 22.22 | 16.07 | -7.62 | -13.69 |
| Bulgaria | -7.19 | 22.08 | 1.10 | -2.91 | -12.23 |
| Romania | 8.04 | -17.76 | 19.37 | 5.57 | -2.47 |
| Netherlands | 10.37 | -11.47 | 2.82 | 1.18 | -2.61 |
| Poland | 8.60 | -6.68 | 17.50 | 7.84 | 2.09 |
| Denmark | 5.91 | -6.11 | 2.25 | 1.35 | -5.26 |
| Italy | 4.71 | -4.37 | 2.07 | 3.10 | -1.87 |
| Sweden | 1.42 | -3.40 | 8.63 | 1.52 | 1.06 |
| Hungary | 0.06 | -3.13 | 23.32 | 1.98 | -1.74 |
| Czech Republic | 9.69 | 0.33 | -36.77 | 1.68 | -1.97 |
| Slovakia | 10.44 | 14.66 | -16.50 | 5.75 | -3.38 |
| Finland | 4.69 | 7.06 | -0.32 | 3.56 | -2.26 |
| Greece | 2.18 | 16.67 | 4.65 | 2.92 | -10.28 |
| Belgium | 3.05 | 17.21 | 10.64 | 8.25 | 1.43 |
| France | 3.09 | 17.91 | 6.33 | 6.46 | -0.41 |
| Austria | 3.30 | 8.58 | 26.98 | 7.09 | 1.32 |
| EU27 | 4.52 | 16.67 | 6.80 | 7.24 | -1.86 |
| Spain | 5.96 | 22.56 | 40.84 | 13.08 | -10.63 |
| Germany | 6.98 | 19.47 | 16.27 | 11.27 | 3.10 |
| Ireland | 8.39 | 13.43 | 0.17 | 6.64 | -13.91 |
| Luxembourg | 13.48 | 10.81 | 6.49 | 10.84 | 11.07 |
| Estonia | 16.45 | 0.00 | 60.00 | 14.15 | -7.22 |
| Malta | 19.72 | 2.56 | 41.67 | 16.39 | 5.31 |
| Portugal | 20.98 | 35.47 | 4.37 | 21.23 | -6.94 |

Table I. Changes in employment between 2008 and 2011 (in %).

Source: Eurostat, labour force survey; calculation of DIW Berlin.

| | Human health activities | Residential care activities | Social work without accommodation | Health and social care activities | All sectors |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| United Kingdom | -27 | 349 | -17 | 304 | -286 |
| Bulgaria | -8 | 3 | 0 | -5 | -411 |
| Latvia | -6 | 1 | 1 | -4 | -154 |
| Lithuania | -3 | 0 | 1 | -2 | -149 |
| Slovenia | -2 | 2 | 0 | -1 | -60 |
| Cyprus | -1 | 0 | 0 | -1 | -7 |
| Hungary | 0 | -2 | 7 | 5 | -68 |
| Luxembourg | 1 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| Malta | 1 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Estonia | 4 | 0 | 1 | 4 | -47 |
| Greece | 4 | 2 | 1 | 7 | -469 |
| Sweden | 5 | -8 | 14 | 11 | 49 |
| Austria | 8 | 6 | 12 | 26 | 54 |
| Finland | 8 | 5 | 0 | 14 | -57 |
| Belgium | 9 | 22 | 16 | 47 | 63 |
| Slovakia | 10 | 3 | -5 | 9 | -82 |
| Denmark | 11 | -8 | 4 | 7 | -150 |
| Ireland | 12 | 3 | 0 | 15 | -292 |
| Czech Republic | 21 | 0 | -16 | 5 | -99 |
| Romania | 24 | -9 | 7 | 21 | -231 |
| Portugal | 39 | 23 | 2 | 64 | -361 |
| France | 53 | 92 | 61 | 207 | -107 |
| Spain | 53 | 49 | 63 | 165 | -2153 |
| Poland | 56 | -7 | 18 | 67 | 331 |
| Italy | 57 | -10 | 4 | 51 | -438 |
| Netherlands | 58 | -52 | 10 | 16 | -224 |
| Germany | 186 | 181 | 125 | 492 | 1196 |
| EU27 | 572 | 646 | 310 | 1528 | -4122 |

Table II. Changes in employment between 2008 and 2011 (in 1000 persons).

Source: Eurostat, labour force survey; calculation of DIW Berlin.

The changes in the importance of the subsectors, measured as changes in the share of the subsectors in total employment, show **Table III**. In the EU27 average, the health care employment realized the highest gain, followed by residential care. In Denmark and Italy was the gain in employment also highest in human health, whereas Germany had the highest gain in residential care. Poland and Slovakia experienced a gain in human health employment, but not in the other caring areas together.

1.2. Health workforce is predominantly female

Traditionally health and social care workers are predominantly women. In 2011, at the EU27 average 18 million out of 23 million employees in health and social services are women, that is to say 78% of the total health workforce. The share of female employment is higher in residential care (81%) and in social work activities (83%)

as in in human health services (75%). In contrast, the share of female employment in total economy was only 45% (**Table IV**).

Nursing and personal care activities are still the tasks of females, in families, and also in the formal labor market. 18% of the total female workforce is engaged in health and social care activities; thereof 10% in health activities, 4% in residential care, and 4% in social work activities (**Table V**). In contrast, only 4% of the total male workforce is engaged in health and social work, thereof with the majority working in health services (some 3%).

The economic crises had a higher influence on male than on female employment. Between 2008 and 2011, the total male employment declined by 3.2% while the female employment declined only by 0.2% (EU27). In contrast to the overall employment trends, both the male and female employment increased in the health sector.

| | Human health activities | Residential care activities | Social work without accommodation | Health and social care activities | All sectors |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| EU27 | 0.4 | 0.3 | 0.2 | 0.9 | 0.0 |
| Belgium | 0.1 | 0.4 | 0.3 | 0.9 | 0.0 |
| Bulgaria | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.5 | 0.0 |
| Czech Republic | 0.5 | 0.0 | -0.3 | 0.2 | 0.0 |
| Denmark | 0.7 | 0.0 | 0.5 | 1.2 | 0.0 |
| Germany | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 0.9 | 0.0 |
| Estonia | 0.9 | 0.1 | 0.1 | 1.1 | 0.0 |
| Ireland | 1.7 | 0.3 | 0.5 | 2.5 | 0.0 |
| Greece | 0.6 | 0.1 | 0.1 | 0.8 | 0.0 |
| Spain | 0.8 | 0.4 | 0.4 | 1.7 | 0.0 |
| France | 0.2 | 0.4 | 0.3 | 0.9 | 0.0 |
| Italy | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 0.0 |
| Cyprus | -0.1 | -0.1 | 0.1 | -0.2 | 0.0 |
| Latvia | 0.0 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.0 |
| Lithuania | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.5 | 0.0 |
| Luxembourg | 0.1 | 0.0 | -0.2 | 0.0 | 0.0 |
| Hungary | 0.1 | 0.0 | 0.2 | 0.2 | 0.0 |
| Malta | 0.6 | -0.1 | 0.3 | 0.8 | 0.0 |
| Netherlands | 0.9 | -0.5 | 0.2 | 0.6 | 0.0 |
| Austria | 0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.5 | 0.0 |
| Poland | 0.3 | -0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.0 |
| Portugal | 1.1 | 0.6 | 0.1 | 1.8 | 0.0 |
| Romania | 0.3 | -0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.0 |
| Slovenia | 0.0 | 0.3 | 0.0 | 0.3 | 0.0 |
| Slovakia | 0.6 | 0.2 | -0.2 | 0.6 | 0.0 |
| Finland | 0.5 | 0.3 | 0.1 | 0.9 | 0.0 |
| Sweden | 0.0 | -0.2 | 0.3 | 0.1 | 0.0 |
| United Kingdom | 0.0 | 1.2 | 0.0 | 1.2 | 0.0 |

Table III. Changes in the share of health and social services in total employment between 2008 and 2011 in %-points.

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

The male health workforce increased by some 390,000 persons that is to say by 8.5%. The female health workforce increased also (by 1.1 million), but the increase was with 7% lower. As a consequence, the share of male employment increased, in particular in health activities as well as in social work.

Not all EU countries could realize an increase in male and female employment in health and social activities with a higher increase of male employment. Two countries, Latvia and Bulgaria, experienced a decline in both female employment and male employment. In Lithuania the female employment declined, while the male employment increased (**Figure 4**). Five Member States realized an increase in female employment and a decline in male employment (Cyprus, Slovenia, Luxembourg, Netherlands, and Slovakia).

Between 2008 and 2011, the share of female employment increased by 0.74 %-points in total economy, but declined by 0.25 %-points in health and social services. Only the residential care activities show also an increase in female employment (0.24 %-points) which was lower than the increase in total economy.

In the five countries studied in WP12 (Denmark, Germany, Italy, Poland, Slovakia), a shift to a higher proportion of female employment in the total economy can be seen, but the picture is different in the health care sector (**Table VI**). Only Slovakia realized an increase in the share of female employment in all three subsectors, Germany show an increase in two subsectors (with a decline in social work), and Poland, Italy and Denmark realized a decline in the proportion of female employment in two subsectors each.

| GEO/NACE_R2 | Human health activities | Residential care activities | Social work without accommodation | Health and social care activities | All sectors |
|-------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Finland | 85.07 | 87.30 | 90.25 | 87.18 | 48.34 |
| Lithuania | 87.02 | 88.12 | 85.00 | 87.01 | 51.36 |
| Latvia | 82.77 | 86.36 | 93.85 | 84.74 | 50.69 |
| Estonia | 83.64 | 87.14 | – | 84.37 | 50.52 |
| Slovakia | 80.44 | 87.22 | 90.91 | 83.23 | 44.28 |
| Netherlands | 76.41 | 86.39 | 90.87 | 83.06 | 46.24 |
| Slovenia | 80.42 | 88.10 | 79.55 | 82.12 | 45.94 |
| Sweden | 79.74 | 86.47 | 80.59 | 82.02 | 47.36 |
| Poland | 80.84 | 77.39 | 90.48 | 81.76 | 44.88 |
| Czech Republic | 79.91 | 87.19 | 81.85 | 81.43 | 43.02 |
| Ireland | 77.97 | 84.49 | 88.47 | 81.27 | 46.57 |
| Bulgaria | 79.57 | 82.98 | 85.09 | 80.98 | 47.91 |
| Denmark | 80.39 | 83.13 | 80.07 | 80.92 | 47.42 |
| Portugal | 75.19 | 88.04 | 91.26 | 80.69 | 46.77 |
| France | 73.72 | 79.32 | 86.73 | 78.66 | 47.48 |
| United Kingdom | 77.28 | 79.49 | 79.75 | 78.37 | 46.43 |
| Romania | 77.24 | 78.64 | 85.68 | 78.27 | 45.00 |
| European Union 27 | 75.25 | 81.12 | 82.75 | 78.04 | 45.46 |
| Hungary | 72.80 | 84.79 | 91.98 | 77.84 | 46.03 |
| Belgium | 73.08 | 82.39 | 81.67 | 77.69 | 45.40 |
| Austria | 75.88 | 93.22 | 76.56 | 77.32 | 46.24 |
| Spain | 72.17 | 85.95 | 88.18 | 77.17 | 44.81 |
| Germany | 77.90 | 76.37 | 73.76 | 76.79 | 46.14 |
| Luxembourg | 70.30 | 87.80 | 78.05 | 76.34 | 43.37 |
| Cyprus | 70.09 | 93.33 | 93.33 | 74.83 | 45.29 |
| Italy | 63.05 | 84.42 | 85.78 | 68.59 | 40.70 |
| Greece | 60.07 | 86.61 | 91.56 | 64.26 | 40.32 |
| Malta | 48.24 | 70.00 | 70.00 | 56.97 | 34.58 |

Table IV. Share of female employees in total employment and in health and social work activities 2011.

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

| | Employees 2011 | | | Share in total | | | Changes between 2008 and 2011 | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---------|--------|----------------|------|--------|-------------------------------|--------|--------|-------|------|--------|
| | In 1000 persons | | | in % | | | In 1000 persons | | | in % | | |
| | Total | Male | Female | Total | Male | Female | Total | Male | Female | Total | Male | Female |
| All sectors | 217 182 | 118 452 | 98 730 | 100 | 100 | 100 | -4 122 | -3 890 | -232 | -1.9 | -3.2 | -0.2 |
| Health and social care activities | 22 639 | 4 972 | 17 668 | 10.4 | 4.2 | 17.9 | 1 528 | 388 | 1 141 | 7.2 | 8.5 | 6.9 |
| Human health activities | 13 243 | 3 277 | 9 966 | 6.1 | 2.8 | 10.1 | 572 | 197 | 376 | 4.5 | 6.4 | 3.9 |
| Residential care activities | 4 521 | 853 | 3 667 | 2.1 | 0.7 | 3.7 | 646 | 113 | 533 | 16.7 | 15.2 | 17.0 |
| Social work without accommodation | 4 876 | 841 | 4 035 | 2.2 | 0.7 | 4.1 | 310 | 79 | 232 | 6.8 | 10.3 | 6.1 |

Table V. Employees by sex and sectors in EU27 in 2011 and changes between 2008 and 2011.

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

| NACE2 (2008) | Human health activities | Residential care activities | Social work activities without accomodation | Health and social work activities | All sectors |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|-------------|
| Cyprus | 7.69 | 9.12 | 8.72 | 7.27 | 0.73 |
| Luxembourg | 0.63 | 4.02 | 14.41 | 6.05 | 0.44 |
| Slovenia | 1.87 | 3.19 | 5.08 | 2.66 | 0.44 |
| Bulgaria | 0.52 | 0.51 | 3.84 | 1.22 | 1.26 |
| Slovakia | 0.10 | 3.60 | 4.44 | 1.10 | 0.31 |
| Malta | -2.47 | 11.03 | -16.18 | 2.01 | 1.41 |
| Netherlands | 2.09 | 2.63 | -0.52 | 1.27 | 0.66 |
| Spain | -1.10 | -0.64 | 2.76 | 0.13 | 2.67 |
| Germany | 0.12 | 0.86 | -0.51 | 0.11 | 0.71 |
| Hungary | -1.80 | 0.44 | 5.05 | -0.23 | 0.44 |
| Latvia | -3.50 | 8.59 | 8.13 | -0.78 | 1.59 |
| Greece | -2.70 | 9.52 | 0.39 | -1.66 | 1.19 |
| Czech Republic | -0.30 | 2.02 | -1.52 | -0.09 | 0.25 |
| Poland | -0.25 | -2.87 | 2.33 | -0.10 | 0.05 |
| Austria | -0.24 | 0.52 | -1.35 | -0.17 | 0.57 |
| United Kingdom | -0.26 | 0.69 | -0.89 | -0.21 | 0.37 |
| EU27 | -0.43 | 0.24 | -0.55 | -0.25 | 0.74 |
| Romania | 0.23 | -1.86 | -2.35 | -0.26 | 0.04 |
| France | -0.90 | 0.64 | -0.09 | -0.32 | 0.28 |
| Belgium | -0.50 | -1.72 | 0.22 | -0.33 | 0.75 |
| Italy | -0.67 | 2.96 | -4.24 | -0.83 | 0.79 |
| Lithuania | -1.12 | 2.54 | -4.36 | -0.91 | 1.93 |
| Denmark | 0.09 | -0.26 | -3.03 | -1.23 | 0.60 |
| Portugal | -3.34 | -3.40 | 0.76 | -2.70 | 0.59 |
| Sveden | -1.45 | -1.33 | -0.88 | -1.37 | 0.09 |
| Ireland | -1.85 | -2.08 | -0.15 | -1.51 | 2.76 |
| Finland | -2.48 | -2.37 | -1.45 | -2.19 | 0.29 |
| Estonia | -8.13 | -1.43 | -37.50 | -6.53 | 0.92 |

Table VI. Changes in the share of female employees between 2008 and 2011 (%-points).

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin

1.3. Health workforce is older than the average

In general, the health workforce is older than the workforce in total. One third of workers in health and social care are at least 50 years old. These employees will exit the labour market over the next 15 years. The retiring workforce ultimately must be replaced by younger individuals who enter the health care labour market. As the general population's replacement rate is only 66%, it is increasingly challenging to replace retiring workers as the total workforce also declines in size.

The share of young workforce aged between 25 and 39 years is with 36% significant higher in the total economy as in health and social work (33%). In particular in residential care activities is the share of young worker with 31% lower than in the total economy and also lower than in health and social work sector (Figure 5).

In some European countries the share of elderly workforce is significant higher. In 2011 in Latvia, Cyprus, Bulgaria and Estonia was the share of elderly in sector Q higher than 40% (Table VII). Also Denmark, Slovakia, Italy, and Poland have a share of elderly employment in health and social care which is higher than the EU27 average. In Denmark, Slovakia and Italy is one out of three employees at least 50 years old, in Poland is the share a little bit lower (31.8%). That means, in these countries around one third of health and social work employees have to be replaced during the coming 15 years. Only Germany has a slightly younger health and social care workforce compared to the EU27 average.

In the subsectors, is the share of elderly employment highest in residential care in Denmark and Slovakia, and highest in human health care in Italy and Poland.

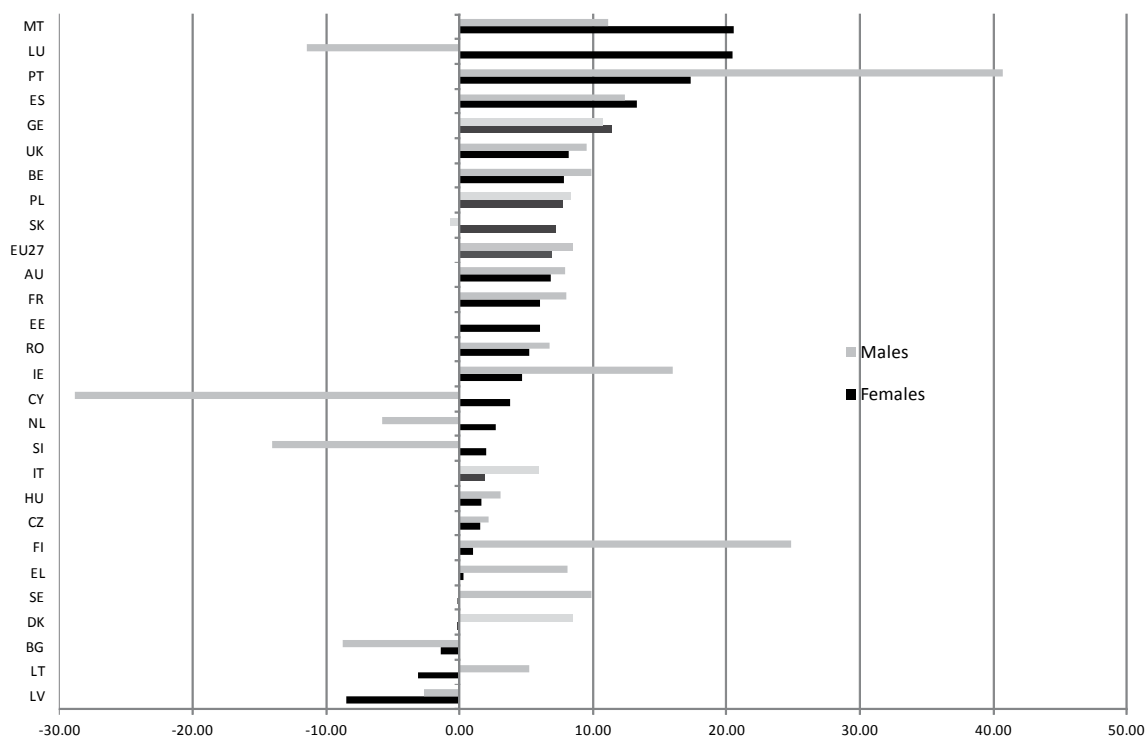


Figure 4. Changes in employment in health and social activities by sex between 2008 and 2011 (%).

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

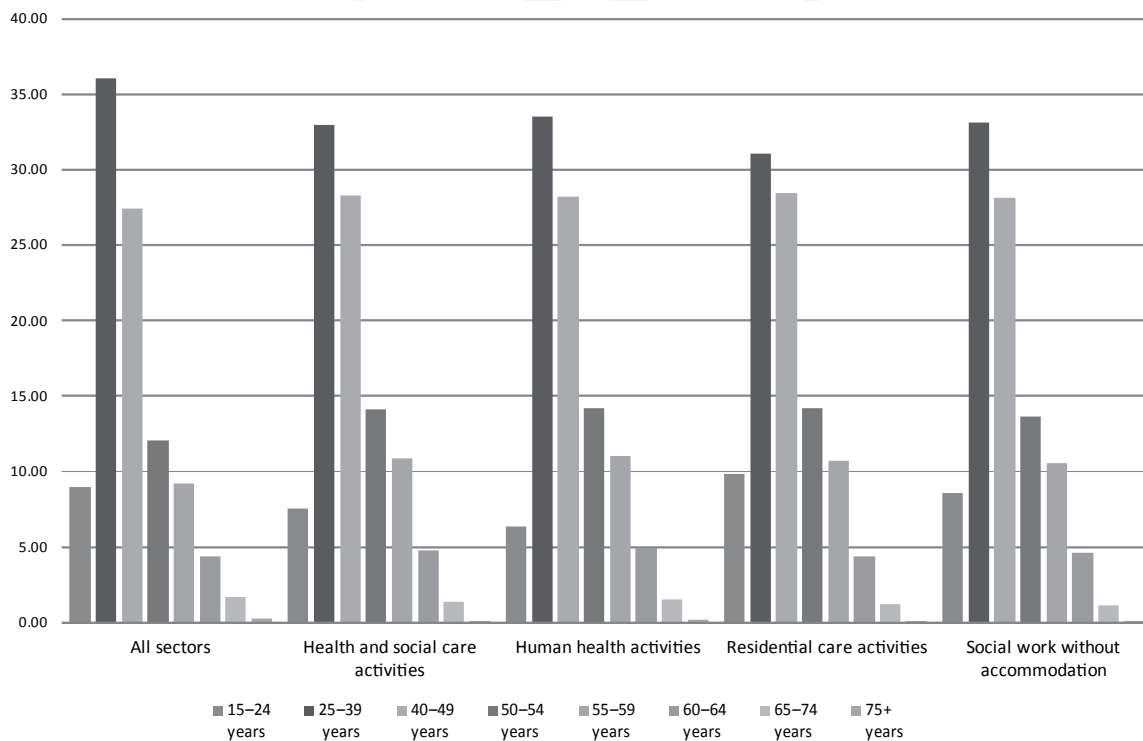


Figure 5. Age-structure of employees by sectors in the EU27 in 2011 (%).

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

| GEO/NACE_R2 | Human health activities | Residential care activities | Social work activities without accomodation | All health and social work activities | All sectors |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|-------------|
| Latvia | 45.48 | 46.97 | 33.85 | 44.12 | 28.44 |
| Cyprus | 41.03 | 66.67 | 20.00 | 41.50 | 27.40 |
| Bulgaria | 42.44 | 36.70 | 36.73 | 40.72 | 26.30 |
| Estonia | 42.01 | 37.14 | 18.75 | 40.00 | 30.72 |
| Lithuania | 39.45 | 35.64 | 28.33 | 38.31 | 28.57 |
| Finland | 39.25 | 35.16 | 34.58 | 36.93 | 32.24 |
| Sweden | 41.17 | 35.98 | 29.36 | 36.64 | 31.72 |
| Denmark | 36.56 | 37.53 | 28.99 | 33.83 | 28.89 |
| Hungary | 34.94 | 32.32 | 28.94 | 33.59 | 26.43 |
| Slovakia | 32.81 | 37.59 | 32.41 | 33.58 | 25.59 |
| Italy | 37.26 | 25.29 | 19.26 | 33.52 | 26.80 |
| Czech Republic | 33.32 | 31.20 | 32.96 | 32.84 | 27.45 |
| United Kingdom | 32.94 | 32.18 | 31.03 | 32.29 | 28.37 |
| Poland | 32.64 | 29.05 | 28.97 | 31.78 | 25.72 |
| Spain | 33.37 | 28.52 | 27.49 | 31.57 | 24.71 |
| EU27 | 31.86 | 30.65 | 30.15 | 31.25 | 27.56 |
| Ireland | 29.97 | 33.06 | 33.73 | 31.23 | 25.49 |
| Netherlands | 30.36 | 30.86 | 31.01 | 30.67 | 27.56 |
| France | 30.24 | 29.82 | 31.77 | 30.63 | 26.64 |
| Germany | 29.07 | 30.90 | 32.34 | 30.09 | 30.39 |
| Greece | 27.46 | 32.14 | 21.33 | 27.08 | 27.24 |
| Belgium | 29.68 | 25.45 | 23.86 | 27.06 | 25.42 |
| Malta | 21.18 | 40.00 | 23.53 | 26.76 | 22.66 |
| Portugal | 26.69 | 24.72 | 24.59 | 25.93 | 29.11 |
| Slovenia | 27.78 | 19.84 | 22.73 | 25.55 | 23.85 |
| Romania | 23.46 | 24.41 | 25.06 | 23.72 | 26.27 |
| Austria | 23.47 | 22.14 | 19.41 | 22.65 | 23.87 |
| Luxembourg | 25.74 | 21.95 | 18.29 | 22.22 | 22.73 |

Table VII. Share of elderly workers (50+) in sectorial employment 2011.

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin

A successful replacement of this high share of health workforce retiring depends on the size of the total workforce, which is expected to decline in the next decades. But also on the budgetary constraints, which most of the Member States experience as well as on the attractiveness of working places in health and social care in particular in respect of wages and working conditions.

1.4. High share of part-time employment

Share of part-time employment in general higher in health and social services than in total economy. In 2011, in total economy some 20% are working part-time in the EU27, in health and social services 32% (**Figure 6**). The share of part-time employment is higher in health and social work as in the total economy in the majority of countries. However, some countries show a contrary re-

sult. In particular in Romania and Portugal is the share of part-time employment in health and social work significant lower than in the country average.

In several countries part-time work is not common. In 2011, in Bulgaria only 2% of the total workforce was working part-time; in Slovakia, Czech Republic, Greece, and Hungary was the share of part-time employment lower than 7%. In contrast, in the Netherlands 49% of employees were working part-time. The unusual high share of part-time employment in the Netherlands can be explained by measures undertaken in the 1970th. Due to economic crises in the late 1970th with high unemployment rates, employers and unions came to an agreement regarding measures to increase the employment rate in the Netherlands (Treaty of Wassenaar 1982). The agreement which was supported by the government had the objective to bring more people

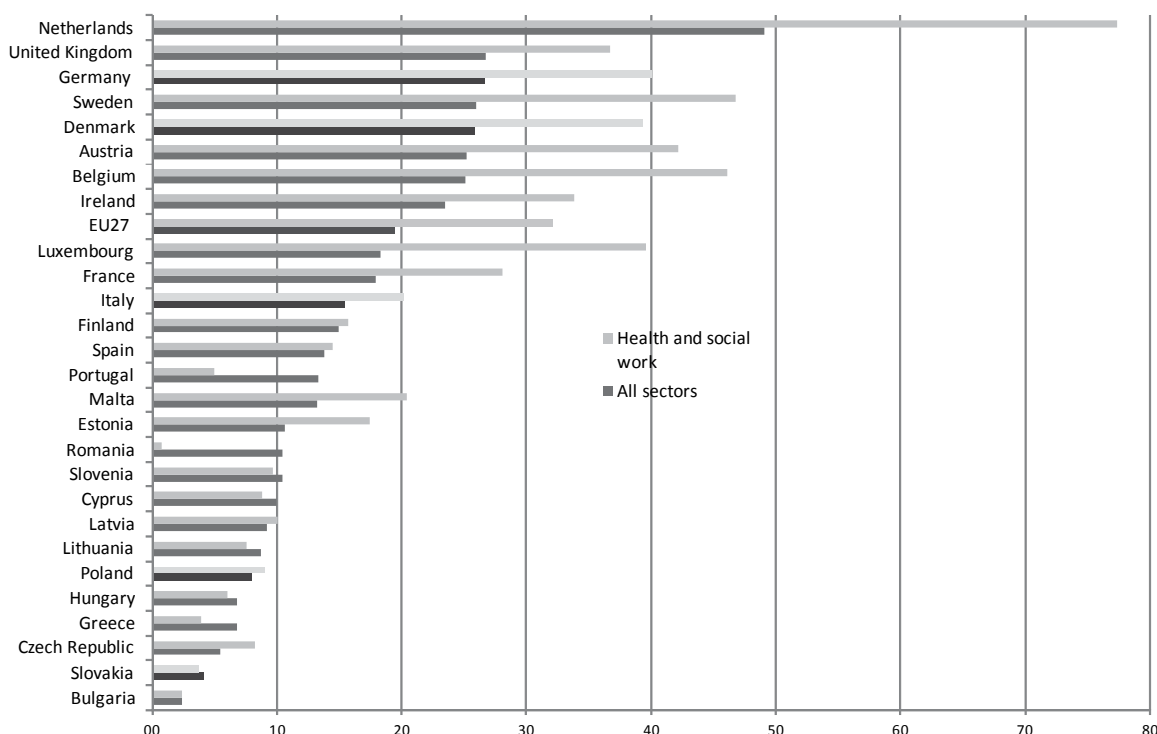


Figure 6. Share of part-time employment in health and social work and total economy 2011 (%).

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

into a job respectively to give more people the chance to stay in their job. One measure was the reduction of working time, in particular the increase in part-time employment [4]. This measure was successful and since that time has the Netherlands the highest share of part-time employment in Europe.

Germany (27%) and Denmark (26%) have also shares of part-time employment above the EU27 average (19.5%), in Italy the part-time employment is lower (15.5%) than the EU27 average, but in particular Poland (8%) and Slovakia (4%) have low shares of part-time employment.

Part-time employment is more common among women than men. In the majority of countries are men still the main breadwinner of a household/family. Women are still the main person responsible for caring the children and/or older family members. The reconciliation of family and work is a challenge and often females decide to work part-time to combine family tasks and work. In the EU27 average in total economy 9% of males, but one third of females are working part-time.

In health and social work is the proportion of male (15%) and of female part-time employment (37%) higher than in the total economy (Figure 7). Shares of female part-time employment in health and social work well above the EU27 average (32%) are realized in the Netherlands (85%), in Belgium (55%), in Sweden (50%), in Austria, and in Luxembourg (49% each).

Part-time employment is dominated by women, in particular in health and social work with a general higher share of female employment. The share of female part-time employment in total part-time employment ranges from some 70% in Portugal to 95% in Luxembourg. Also Slovakia realized with 93% a high share of females in part-time employment, Germany, Italy and Denmark show shares between 89% and 87%, followed by Poland with 86%.

The economic crises with a decline in total employment lead in general to a shift to part-time work in the EU27. Between 2008 and 2011, the full-time jobs experienced a significant decline by some 6.2 million, while the part-time employment increased by 2 million (Table VIII). The shift to part-time employment was higher for men than for women. The share of part-time employment in total male employment increased at 1.2%-points.

Between 2008 and 2011, in the health and social work sector the increase in part-time employment was higher than the increase in full-time employment. As a consequence the share of part-time employment increased at 0.7%-points for females and 1.1%-points for males (EU27 average). Thus, the importance of male part-time work increased also in health and social work.

In 2011, at the EU27 average in total economy the average usually weekly working hours in full-time jobs were 41.6 hours. The working hours in full-time jobs ranges between 43.6 hours in Austria and 38.9 hours in

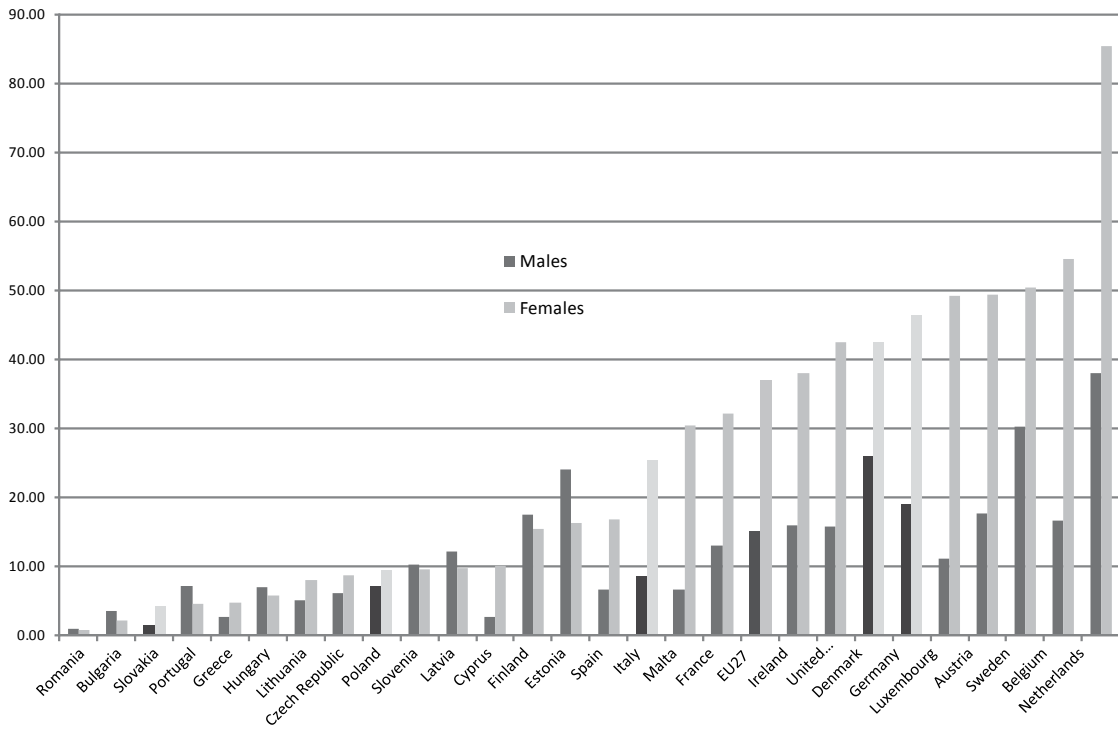


Figure 7. Share of part-time employment in health and social work by sex in 2011 (%).
Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

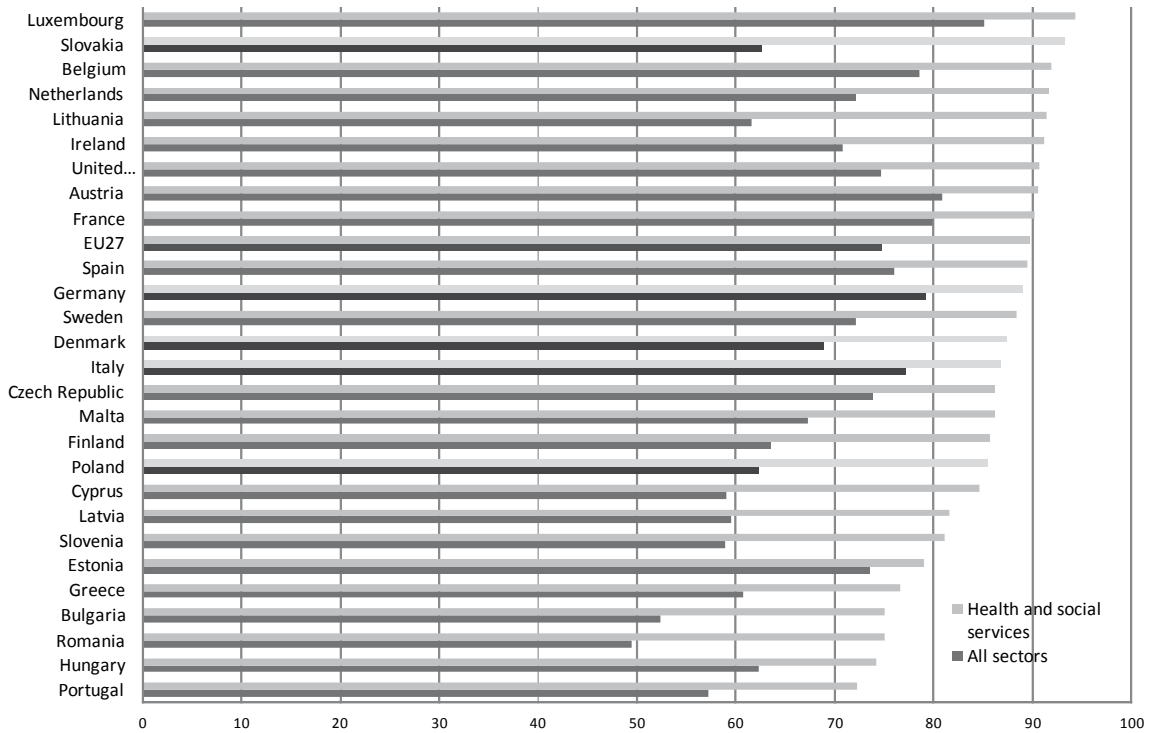


Figure 8. Share of female part-time employment in part-time employment 2011 (%).
Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.

| | Changes in employees (in 1000) | | | Changes in % | | |
|--|--------------------------------|-------|---------|--------------|-------|---------|
| | Total | Males | Females | Total | Males | Females |
| All sectors | | | | | | |
| total | -4122 | -3890 | -232 | -1.9 | -3.2 | -0.2 |
| full time | -6146 | -4968 | -1178 | -3.4 | -4.4 | -1.7 |
| Part-time | 2010 | 1070 | 940 | 5.0 | 11.2 | 3.1 |
| Changes in the share of part-time (%-points) | 1.3 | 1.2 | 1.0 | | | |
| | | | | | | |
| Health and social care | | | | | | |
| total | 1528 | 388 | 1141 | 7.2 | 8.5 | 6.9 |
| full-time | 889 | 279 | 610 | 6.1 | 7.1 | 5.8 |
| part-time | 639 | 109 | 530 | 9.6 | 17.0 | 8.9 |
| Changes in the share of part-time (% points) | 0.7 | 1.1 | 0.7 | | | |

Table VIII. Changes in full-time and part-time employment in EU27 between 2008 and 2011.

Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin

Denmark. In the EU27 in total economy the average usually working hours in part-time employment was 19.9 hours. The working hours in part-time work range between 16.6 hours in Portugal and 23.9 hours in Sweden.

In health and social work is the average working time for full-time workers lower than in total economy; 40 hours at EU27 average, ranging from 42.4 in Austria to 37.7 hours in Denmark, Ireland, and Italy. Employees in health and social work sector with a part-time contract are working longer as in total economy on average. In the EU27 on average the working time for part-time employees in health and social work was 22 hours, ranging from 27.2 hours in Sweden to 18.1 hours in Portugal (Figure 9).

The difference in working hours across part-time workers was in particular high in Denmark. In 2011, on average, part-time employees worked 18.6 hours per week, but people employed in in health and social services worked 5.8 hours longer. A similar situation shows Slovakia: people working part-time in health and social services had on average a 3.7 hours longer working time than the average part-time worker. In Germany was the difference with 2.2 hours lower, Italy show with 0.6 hours only a small difference and in Poland was the working time in health care a little bit lower than the average working time of part-time workers in total.

1.5. Occupations

Since 2010, Eurostat, OECD and WHO have jointly collected data on health resources, namely health employment, beds and high-tech medical equipment [5]. They provide statistics on physicians, general practitioner, specialists, dentists, pharmacists, physiotherapists (number and per 100000 population) as well as nursing and caring professionals. The health workforce is not differentiated by facilities or sub-sectors. An exception is

the personnel in hospitals. Unfortunately the definition of “health personnel” is inconsistent across all countries.

In 2010 some 1.7 million physician are practising or active in Europe. The supply of medical care by physicians varies widely across EU States. Greece had the highest density of practising physicians (6.1 physicians per 1000 population) and Poland the lowest with 2.2 physicians per 1000 population (Figure 10). The medical care by physicians is above the EU27 average in Italy (3.9), Germany (3.7) and Denmark (3.3), whereas Slovakia was at the EU27 average, with 3.3 physicians per 1000 population.

In the EU27, no general standard of a sufficient health care provision exist. However, the ratio of inhabitants per health professional is used as an indicator showing the situation of health care provision across EU States. Eurostat provide the ratio of inhabitants per physician providing in primary care services (mostly General Practitioners – GPs), the ratio of inhabitants per specialists, and the ratio of inhabitants per dentists. As generalists act as gatekeepers, the primary care provision by GPs is essential for the access the secondary care. A high ratio of inhabitants per GP is an indicator for high workloads of GPs, resulting in time pressures of GPs and may lead to long waiting times in practices. In the EU27, on average 295 inhabitants are cared for by one physician, but 834 inhabitants by one generalist (including not further defined) and 476 by one specialist. There are huge differences in the supply of generalists across the Member States. In Slovakia, 2480 inhabitants are cared for by one generalist, but in Denmark only 488. On the other hand, Slovakia has a high share of specialist medical practitioners, thus the number of persons cared for by a specialist is, at 391, lower than the EU27 average. Poland shows a similar situation with 2183 people cared for by one generalist and 581 per specialist. Poland has the lowest density of physicians: on

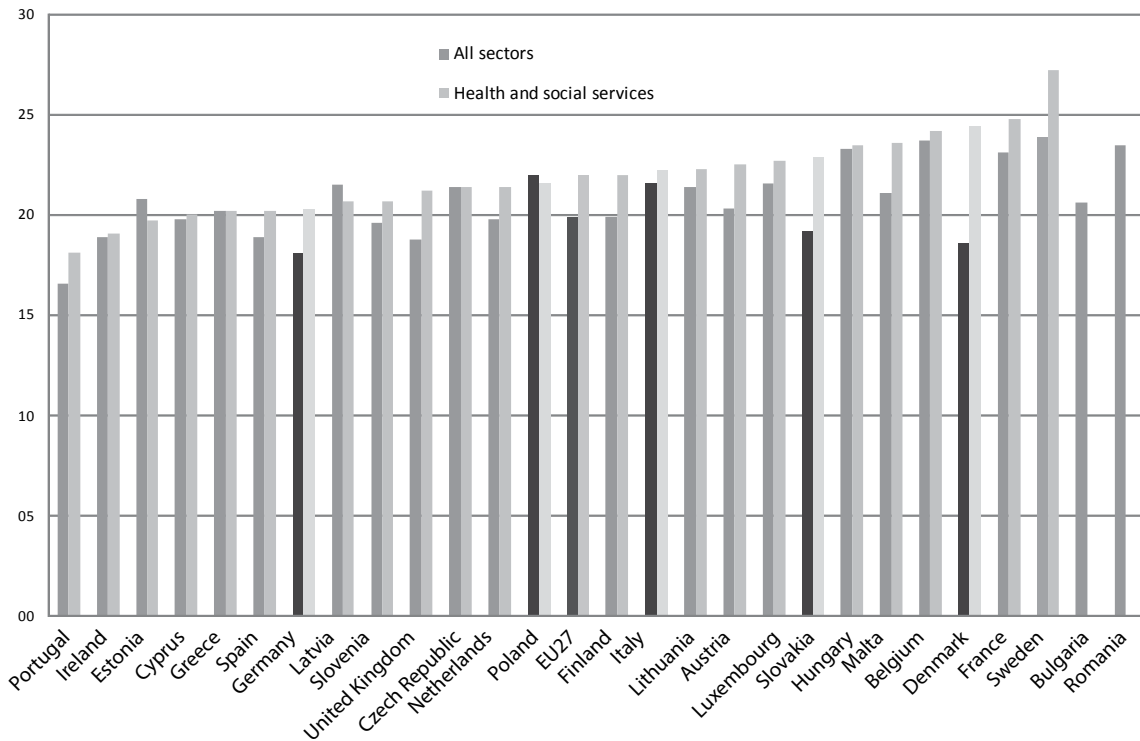
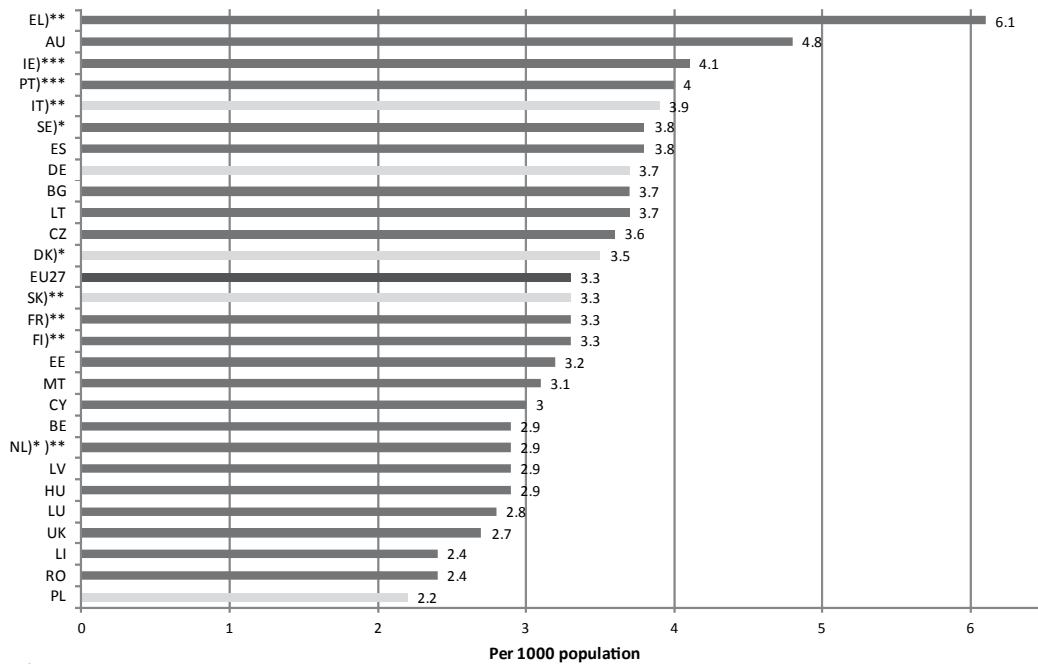


Figure 9. Average number of usually weekly working hours in part-time employment 2011.
Source: Eurostat; labour force survey; calculation of DIW Berlin.



*) professionally active physicians
 **) data for 2009
 ***) estimation of practising physicians = generalist medical practitioners + specialist medical practitioners

Figure 10. Practising physicians or doctors per 1000 inhabitants in 2010.
Source: Eurostat; health personnel statistics; calculation of DIW Berlin.

average 459 persons came of one physician. Italy, Denmark and Germany have in general a higher medical care supply. The number of people who have to be cared for by a generalist accounts for 639 in Germany and 1063 in Italy, for specialists are the relations 701 (Denmark), 462 (Germany) and 367 (Italy) (**Figure 11**).

Figure 12 and **Figure 13** show the same facts, but as doctors per 1000 population. The position of the five studied countries among the European Member States can be easily seen. In the case of generalist show Germany and Denmark a higher medical care supply as the EU average, and the other three countries a lower supply. In the case of specialist show Poland and Denmark a better situation compared to the EU average and Germany, Italy and Slovakia a less favourable situation.

Information on non-medical staff in health and social work is only available for the number of nurses per 1000 population. The ratio ranges from 16.8 in Luxembourg to 3.5 in Greece (**Figure 14**). In particular Denmark has a high ratio of nurses with 15.8, followed by Germany with 11.5. In Italy, Slovakia and Poland the ratio was about 6 nurses per 1000 population; significantly smaller. Nurses are active in acute health care, in particular in hospitals, as well as in long-term care. Denmark has a generous provision of personal care and help with household chores by so called community nurses. Since the introduction of the long-term care insurance law in

1995 Germany has a relatively high and increasing provision of long-term care by ambulatory care services and in institutions. In Germany, a significant percentage of nurses, in particular geriatric nurses are employed in long-term care. In Italy, Slovakia and Poland long-term care provision does not have such a prominent role. This partly explains the difference to countries like Germany and Denmark.

Summary

The employment in health care and social work is characterized by:

- A high dynamic in the past and an increase in employment despite the overall decline during the economic crisis.
- A high share of female employment.
- A high share of elderly employment.
- A high share of part-time employment.

In 2011, in the five countries studied in WP12, Denmark, Germany, Italy, Poland, and Slovakia 8.1 million people were employed in health and social work, that is to say 36% of the total health workforce. The share of health workforce in total employment ranges from 18.8% in Denmark to 5.7% in Poland. The share of female employment in health employment is higher than the EU27 average (78%) in Denmark, Poland, and Slovakia, while

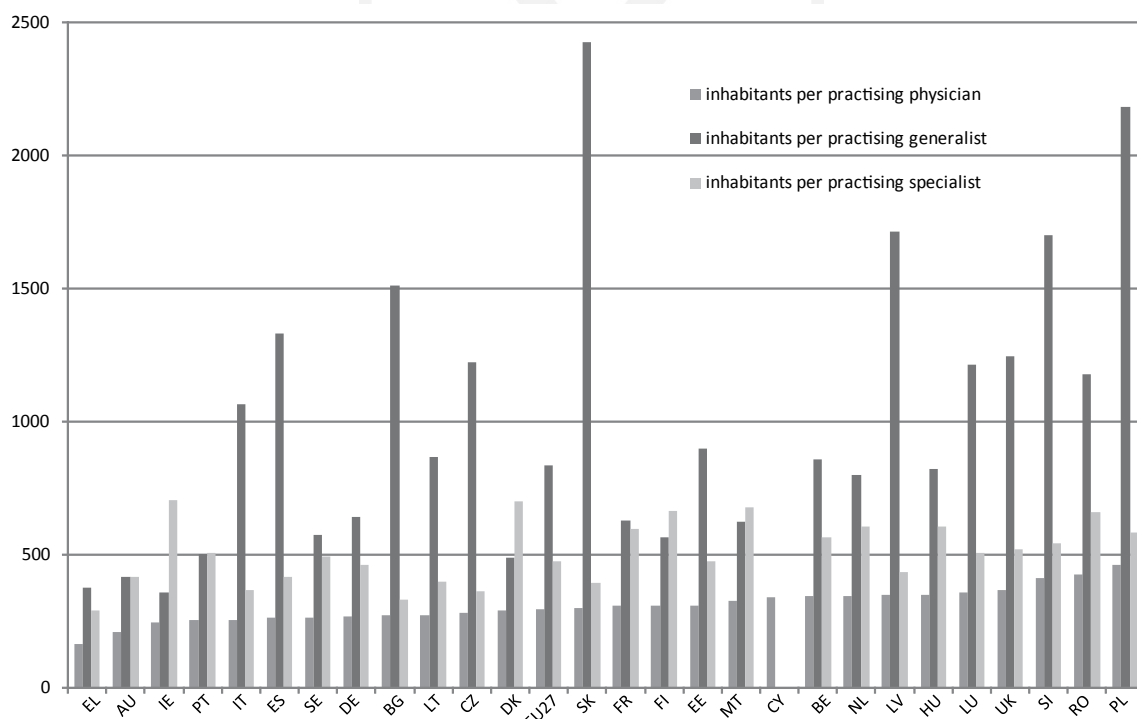


Figure 11. Population per physician, generalist (incl. no further defined) and specialist in 2010.

Source: Eurostat; health personnel statistics, calculation by DIW Berlin.

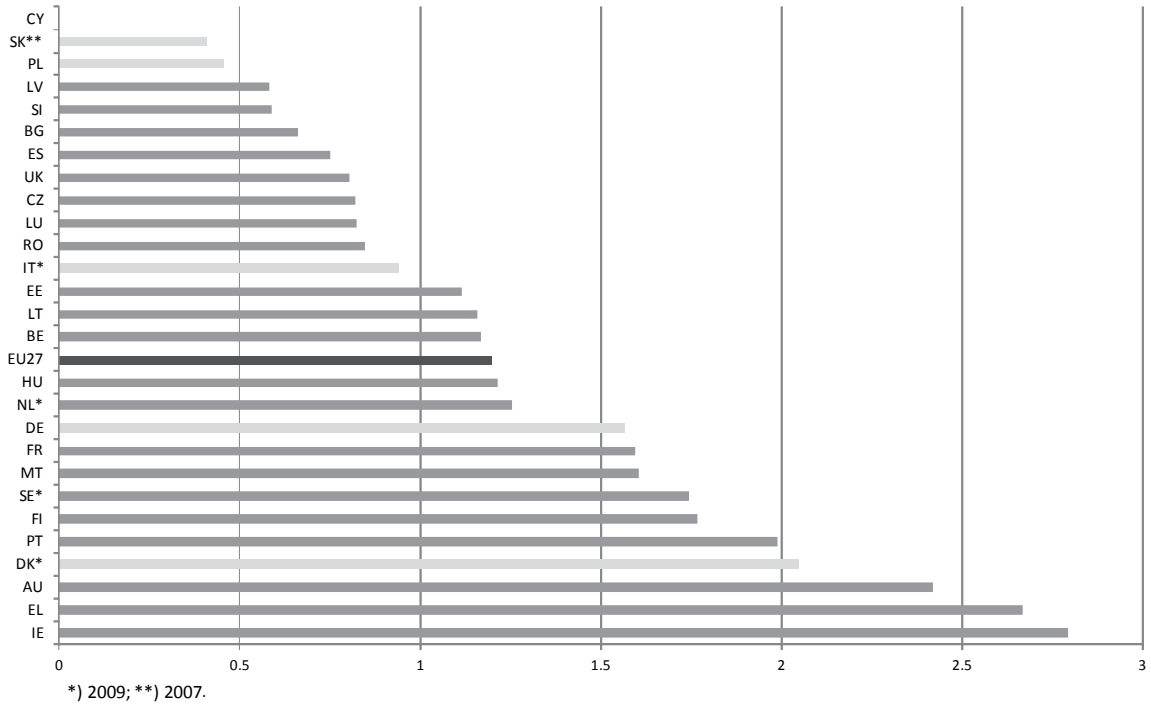


Figure 12. Generalist medical practitioner and physicians not further defined per 1000 inhabitants 2010.
Source: Eurostat; health personnel statistics; calculation of DIW Berlin.

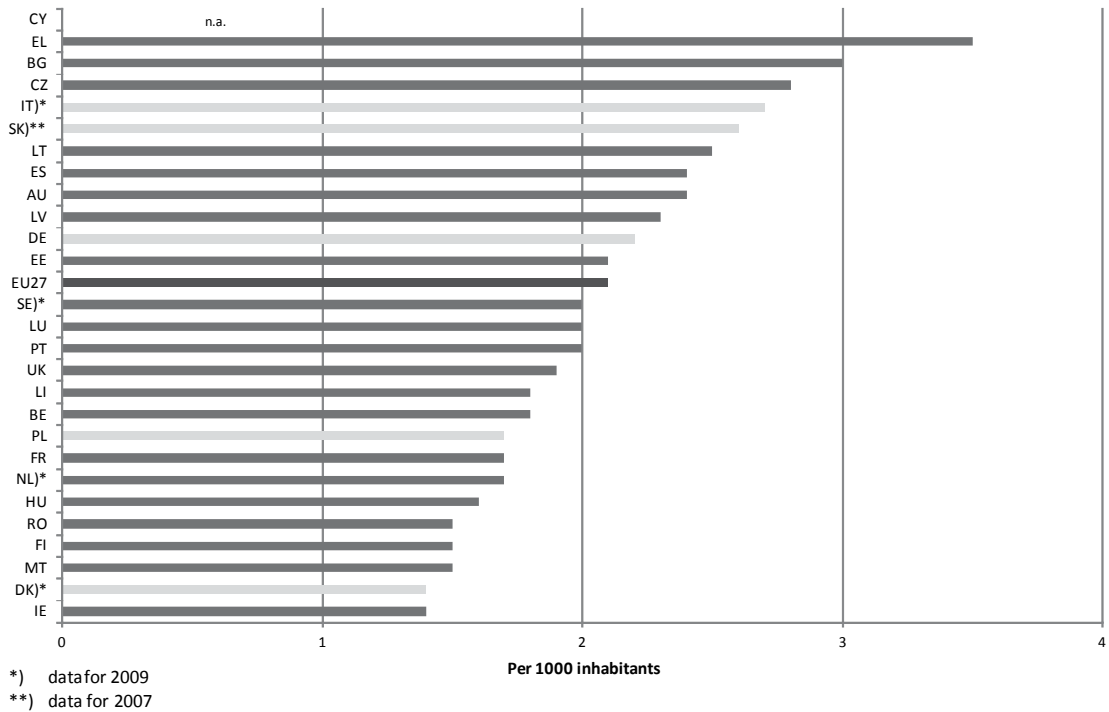


Figure 13. Specialist medical practitioner per 1000 inhabitants 2010.
Source: Eurostat; health personnel statistics; calculation of DIW Berlin.

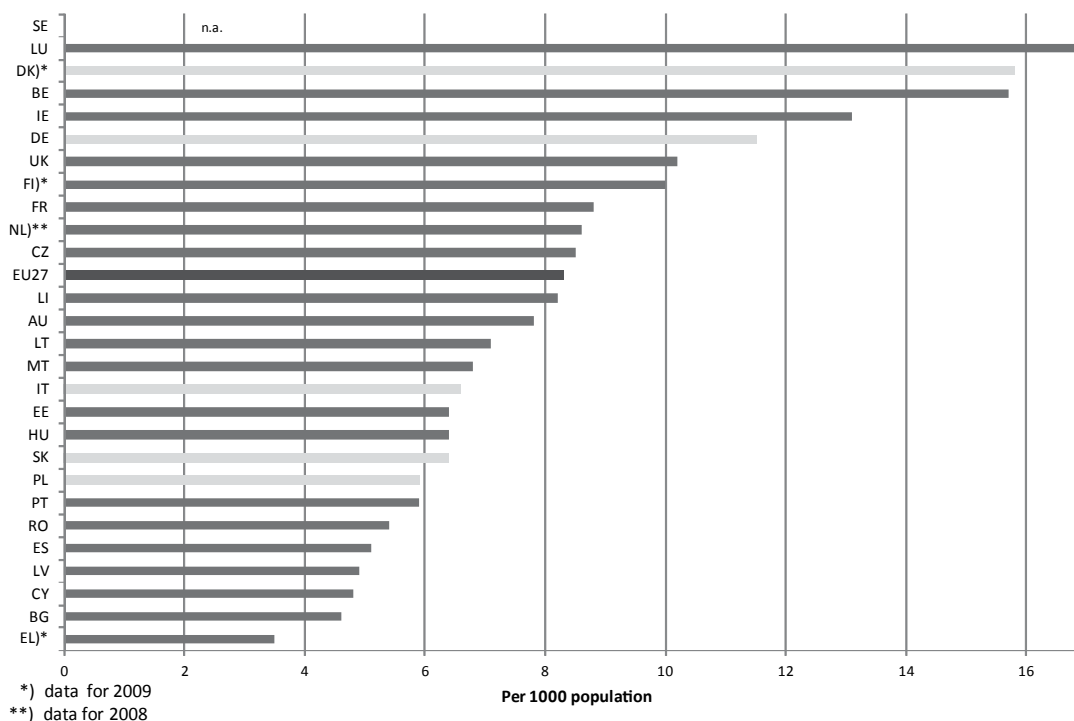


Figure 14. Nurses per 1000 inhabitants in 2010.

Source: WHO, *European Health for All Database*; calculation of DIW Berlin.

Italy shows a disproportional low share of female employment due to a low share in human health care. In general, female employment is characterized by a high share of part-time employment. In the EU27 on average, in health care and social services is the share of part-time employment again higher than in total economy. However, in Italy (20%), Poland (9%) and Slovakia (4%) is the share of part-time employment in health care well below the EU average (32%). About one third of health workforce is at least 50 years old. It can be expected, that in the five studied countries 2.5 million health workers will leave the labour market during the next 15 years.

Notes

¹ The NEUJOBS project is financed under the European Commission Seventh Framework Programme. Work-package 12 has the aim to show the impact of societal change on the health care workforce and on goods and services for the elderly. For more information see www.neujobs.eu.

References

1. European Commission, *EU Employment and Social Situation. Quarterly Review*, Special Supplement on Health and Social Services, Brussels, December 2012.

2. European Commission DG ECFIN and Economic Policy Committee (2012), *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, Brussels 2012.
3. European Commission, *Employment and Social Developments in Europe 2012. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion*, Brussels 2012.
4. Schettkat R., *Jobwunder Niederlande – Vom kranken Mann Europas zum weltweiten Vorbild*, "Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung", 1997; 4: 807–810.
5. OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, 2012.

Appendix

Statistical Classification of economic activities at 2 and 3 digits National Account Classification of Economy (NACE Rev. 2 – to be used from 2008 onwards)

SECTION Q – HUMAN HEALTH AND SOCIAL WORK ACTIVITIES

- 86 Human health activities
 - 86.1 Hospital activities
 - 86.2 Medical and dental practice activities
 - 86.9 Other human health activities
- 87 Residential care activities

- | | | | |
|------|---|------|---|
| 87.1 | Residential nursing care activities | 88 | Social work activities without accommodation |
| 87.2 | Residential care activities for mental retardation, mental health and substance abuse | 88.1 | Social work activities without accommodation for the elderly and disabled |
| 87.3 | Residential care activities for the elderly and disabled | 88.9 | Other social work activities without accommodation |
| 87.9 | Other residential care activities | | |



Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy

Stanisława Golinowska¹, Ewa Kocot¹, Agnieszka Sowa²

¹ Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa

Adres do korespondencji: Stanisława Golinowska, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, stellag@onet.pl

Abstract

Human resources in health care. Up-to-date trends and projections

The article presents the diagnosis of trends in health care sector personnel in Poland, particularly physicians and nurses, and projections of the future personnel taking into account population ageing. The article is based on the NEUJOBS project research performed within the European Commission 7th Framework Programme. The analysis and projections use quantitative data: administrative, Eurostat data and GUS survey results. The density of employment of the health personnel per 1000 inhabitants is lower in Poland than in other EU-countries. In the future the demand for the medical personnel will be growing due to the increased needs for health care and ageing. The projections show that shortages of personnel will be faced by hospitals, particularly for specializations related to treatment of chronic diseases, while this is not the case in primary care. The size of the demand for medical personnel will be subjected to increase in technical efficiency of hospitals.

Key words: health care employment, health care personnel, health care personnel projections, health workforce, human resources in health care, medical services utilization, physicians and nursing shortages, population ageing

Słowa kluczowe: korzystanie ze świadczeń medycznych, niedobór kadr medycznych, prognozy zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, starzenie się populacji, zasoby kadr medycznych, zatrudnienie personelu medycznego

Wprowadzenie

O problemie kurczących się zasobów kadr medycznych, a jednocześnie o rosnącym popycie na usługi zdrowotne jako o problemie uniwersalnym zaczęto alarmować przed kilkunastu laty. Opublikowano wówczas kilka raportów eksperckich [1, 2] oraz organizacji międzynarodowych. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia w raportach z 2004 i 2006 r. [3, 4] dostrzegła ten problem jako szczególnie dramatyczny w krajach rozwijających się. Z kolei raport OECD o zagrożeniu kryzysem medycznych zasobów pracy [5, 6] skupił się na sytuacji krajów rozwiniętych. Komisja Europejska przygotowała raport dotyczący sytuacji w krajach członkowskich nazwany Zieloną Księgą pracowników służby zdrowia [7], a następnie w 2012 r. analizę kosztów związanych

ze starzeniem się [8] oraz plan działań [9] dotyczących odpowiedniego podnoszenia wielkości zasobów pracy w krajach członkowskich do wdrożenia metodą otwartej koordynacji.

Gdy powstawały pierwsze międzynarodowe rozpoznania i raporty o niedoborach zasobów „białego personelu”, w Polsce zajmowano się intensywnie problemem reformy sektora zdrowotnego, dostosowując go do gospodarki rynkowej kosztem zmniejszania (!) zasobów pracy dla sektora zdrowotnego. Obecnie, mimo świadomości problemu i poważnych zagrożeń deficytami zawodów medycznych w najbliższej przyszłości, troska o nie wydaje się nadal niedostateczna. Jedną z przyczyn jest też ograniczona informacja o zjawisku oraz brak kompleksowych ekspertyz. Celem prezentowanego artykułu jest częściowe wypełnienie tej luki przez

przekazanie wstępnych wyników analiz i prognoz prowadzonych w ramach ramowych projektów badawczych UE, a szczególnie projektu finansowanego przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego pod kryptonimem NEUJOBS (*Creating and adapting jobs in Europe in the context of a socio-ecological transition*)¹. Prace dotyczące zatrudnienia w sektorze zdrowotnym mieszczą się w wyodrębnionym pakiecie badawczym WP 12, obejmującym także projekcje.

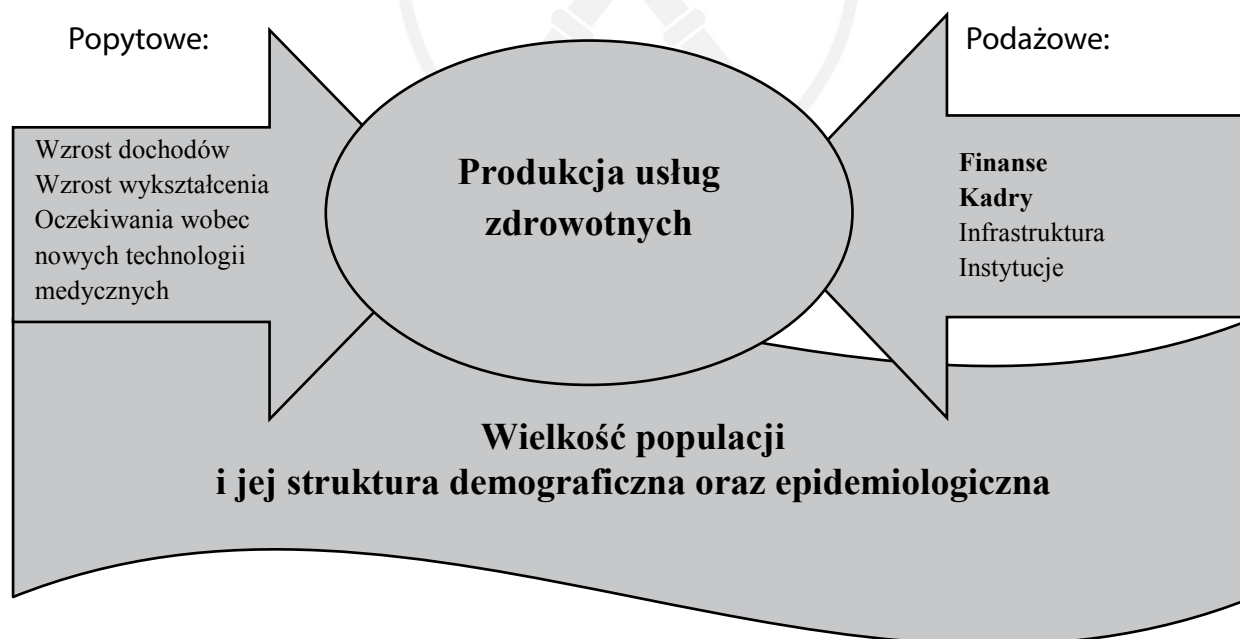
W artykule przedstawiamy wyniki rozpoznania w odniesieniu do Polski dotychczasowych tendencji w kształtowaniu się zasobów pracy dla ochrony zdrowia, a szczególnie lekarzy i pielęgniarek, oraz **wyniki prognoz** na najbliższe 20 lat, biorąc pod uwagę przyszłe zmiany demograficzne. W części diagnostycznej zostały wykorzystane dostępne informacje, zarówno krajowe, jak i międzynarodowe, na temat zasobów pracy sektora zdrowotnego. Analizowano tendencje występujące w dłuższym okresie, a szczegółowej analizie strukturalnej poddano rok 2010, którego wyniki były podstawą do sporządzanych projekcji. W części prognostycznej wykorzystano wyniki prognozy demograficznej Eurostatu, jako podstawowej zmiennej wpływającej na wzrost zapotrzebowania na kwalifikacje medyczne na przyszłym rynku pracy.

1. Reformy i zmiany w systemie ochrony zdrowia a kadry medyczne

Sektor ochrony zdrowia w Polsce od wielu lat cierpi na silnie manifestowaną nierównowagę między popytem na usługi zdrowotne a ich podażą. Źródłem tej nierówno-

wagi jest z jednej strony rosnący popyt na usługi zdrowotne, stymulowany wzrostem dochodów i wykształcenia ludności, zmianami demograficznymi, a szczególnie zapoczątkowaniem dynamicznego procesu starzenia się populacji, a także oczekiwaniami związanymi z możliwościami nowych technologii medycznych [10]. Z drugiej strony podaż zasobów niezbędnych do zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych nie tylko nie nadąży za rosnącym popytem, ale też powstają liczne ograniczenia rozwoju tych zasobów. Ograniczenia te dotyczą wszystkich rodzajów zasobów: finansowych, zasobów pracy, a także dostępu i stosowania nowych technologii (**Rysunek 1**).

Podaż zasobów stanowi główny przedmiot intencjonalnego oddziaływania na rozwój usług zdrowotnych; jest zasadniczą treścią polityki zdrowotnej. Nie wszystkim czynnikom podaży poświęca się tyle samo uwagi. Najwięcej zainteresowania budzi kapitał finansowy – środki alokowane w produkcję usług zdrowotnych. To bowiem niedostateczne finansowanie systemu ochrony zdrowia jest główną przyczyną nierównowagi finansowej [11–14]. W wyniku realizowanej od 1999 r. reformy zdrowotnej wprowadzane są zmiany *explicite* oraz *implicite* polegające na ograniczeniach w finansowaniu świadczeń ze środków publicznych. Wprowadzeniu ubezpieczeniowej reformy zdrowotnej (przejście z modelu narodowej służby zdrowia na system społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w 1999 r.) towarzyszyło zmniejszenie środków publicznych na usługi zdrowotne. Składka została skalkulowana na poziomie niższym, niż wymagałoby to zabezpieczenie finansowania na dotychczasowym poziomie; zamiast 10% ustalono ją na 7%.



Rysunek 1. Czynniki rozwoju usług zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne.

W latach 2001–2007 zwiększano wymiar składki o 0,25 punktu procentowego rocznie, dochodząc do poziomu 9% [11]. W tym okresie polską gospodarkę cechował rosnący wzrost PKB. W konsekwencji stopa wzrostu przychodów i wydatków w sektorze zdrowotnym była wysoka, jedna z najwyższych wśród krajów UE. Zmiana nastąpiła w 2008 r. Zakończył się program podwyższania składki, a gospodarka zwolniła tempo rozwoju z powodu oddziaływania globalnego kryzysu finansowego i ekonomicznego. Na **Wykresie 1** widoczna jest zmiana tendencji w kształtowaniu się wydatków zdrowotnych, których roczny wzrost w latach 2000–2009 wynosił około 7%, a w latach 2009–2010 nie wynosił nawet 1%.

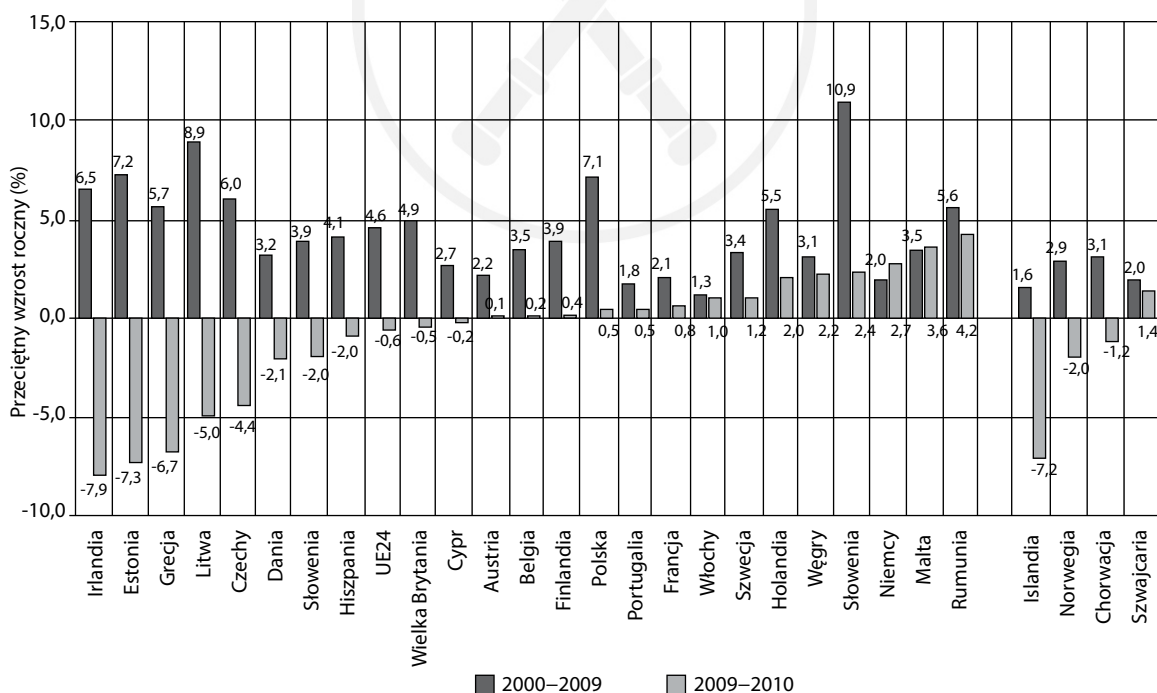
Znaczenie środków finansowych dla tworzenia usług zdrowotnych jest tym większe, że uruchamiają one inne zasoby: finansują kształcenie kadr, tworzenie odpowiedniej infrastruktury czy wyposażanie instytucji w informacje oraz odpowiednie *know how* w celu osiągnięcia wyższej efektywności działania. W tym artykule przedmiotem rozważań jest **analiza zasobów pracy potrzebnych do produkcji usług zdrowotnych. Zasoby pracy mają w ochronie zdrowia znaczenie kluczowe.** Sektor zdrowotny należy do sektora usługowego, opierającego swe działania na wysoko i specjalistycznie wykwalifikowanej kadrze. Od liczby personelu medycznego, jego kwalifikacji oraz motywacji zależy rezultat działalności tego sektora.

W latach radykalnego reformowania gospodarki (przechodzenie do systemu rynkowego) oraz reformowania sektora zdrowotnego podjęto w Polsce działania, aby zmniejszyć liczebność kadr medycznych w celu zwiększenia produktywności zasobów pracy. Przyswieceła temu

teza o nadmiarze i nieproduktywności istniejących zasobów w systemie ochrony zdrowia. Ograniczanie zatrudnienia szczególnie wyraźnie towarzyszyło wprowadzaniu reformy zdrowotnej w 1999 r. W latach 1999–2000 ponad 20 tys. lekarzy opuściło publiczny sektor zdrowotny, przenosząc się przede wszystkim do sektora farmaceutycznego, tworząc prywatne gabinety i placówki medyczne oraz ośrodki paramedyczne, a także wychodząc z rynku pracy i przechodząc na emeryturę [15].

Kolejny *exodus* kadr medycznych z sektora ochrony zdrowia zaobserwowano w okresie akcesji Polski do UE. Jego źródłem była emigracja zarobkowa lekarzy i pielęgniarek. Liczba wyjazdów zwiększyła się już w 2003 r., a kraje przyjmujące to te, które jako pierwsze otworzyły swój rynek pracy dla nowych krajów członkowskich², głównie Wielka Brytania, Irlandia oraz Szwecja. Skala wyjazdów personelu medycznego może nie była bardzo wysoka, ale ich struktura według specjalizacji dotkliwie zwiększyła deficyty w grupach, w których już wcześniej występowały niedobory. Emigracja zarobkowa kadr medycznych występowała mimo niskiego poziomu nasycenia kadrą medyczną. Polska należy do tych krajów UE, w których wskaźniki nasycenia są obecnie niższe niż wcześniej, a także niższe niż w innych krajach europejskich (szerzej na ten temat – zob. pkt 3 artykułu).

Niedostateczna podaż kadr medycznych nie była postrzegana jako ważny problem i w konsekwencji jako priorytetowy element działań na rzecz sektora zdrowotnego dopóty, dopóki deficyty specjalistów nie przestały radykalnie ograniczać dostępu do usług medycznych. Proces zmniejszania się zatrudnienia jakby umknął



Wykres 1. Roczny wzrost wydatków zdrowotnych na osobę w ujęciu realnym.

Źródło: Eurostat 2012.

z oglądu społecznego. Zgodnie z metodologią narodowego rachunku zdrowia (NHA) do wydatków na ochronę zdrowia nie są bowiem wliczane wydatki na kształcenie kadr medycznych (są to tzw. wydatki związane ze zdrowiem) i w dążeniach do wzrostu wydatków publicznych na zdrowie pomijano problem potrzebnego wzrostu wydatków na kształcenie kadr medycznych.

W drugiej połowie minionej dekady rozpoczęto proces odbudowy potencjału kadr medycznych. Zastosowano kilka instrumentów: (a) zdecydowanie podniesiono wynagrodzenia lekarzy, (b) wprowadzono nowe zawody medyczne, niewymagające wyższego wykształcenia (opiekunowie medyczni), szczególnie na potrzeby opieki długoterminowej oraz (c) skrócono studia medyczne.

Wpływ starzenia się populacji, o bardzo wysokiej dynamice w nadchodzących latach w Polsce, zaczął być argumentem działań na rzecz wzrostu kształcenia potrzebnych specjalizacji medycznych dopiero przed kilku laty.

2. Czynniki kształtowania zatrudnienia w sektorze zdrowotnym

Wielkość zatrudnienia kadr medycznych zależy od wielu bezpośrednich i pośrednich zmiennych, które można sklasyfikować jako czynniki popytowe i podażowe (**Rysunek 2**). W modelach zapotrzebowania i prognozowania personelu medycznego uwzględnia się przede wszystkim zmienne popytowe, których ilościowym wskaźnikiem jest korzystanie z usług. Szczególnie wnikliwie analizowany jest wzrost korzystania z usług zdrowotnych pod wpływem zmian demograficznych, a przede wszystkim starzenia się populacji. Analizy i prognozy wpływu procesu starzenia się na wzrost wydatków oraz potrzeb kadrowych w sektorze medycznym wykonywano w Komisji Europejskiej (ECFIN), Banku Światowym oraz w ramach europejskich programów badań naukowych (AHEAD) [16].

W ostatnich latach więcej uwagi poświęca się zmieniającemu się podażowemu jako tym, na które istnieją większe możliwości bezpośredniego oddziaływania, aczkolwiek

na podaż także istotnie wpływają czynniki demograficzne. Wielkość zasobów pracy jest bowiem zależna od kształtowania się liczby osób w wieku aktywności zawodowej. Czy są to również zasoby dla sektora zdrowotnego, zależy od kształtowania się relacji zatrudnienia w nim do zatrudnienia w gospodarce. Czy relacja ta jest stała? Analizy wskazują, że zatrudnienie w sektorze zdrowotnym w wielu krajach rośnie szybciej niż zatrudnienie w gospodarce [17]. Wpływ na tę tendencję mają działania³ dostosowujące podaż kadr do rosnącego popytu.

Kształcenie kadr medycznych

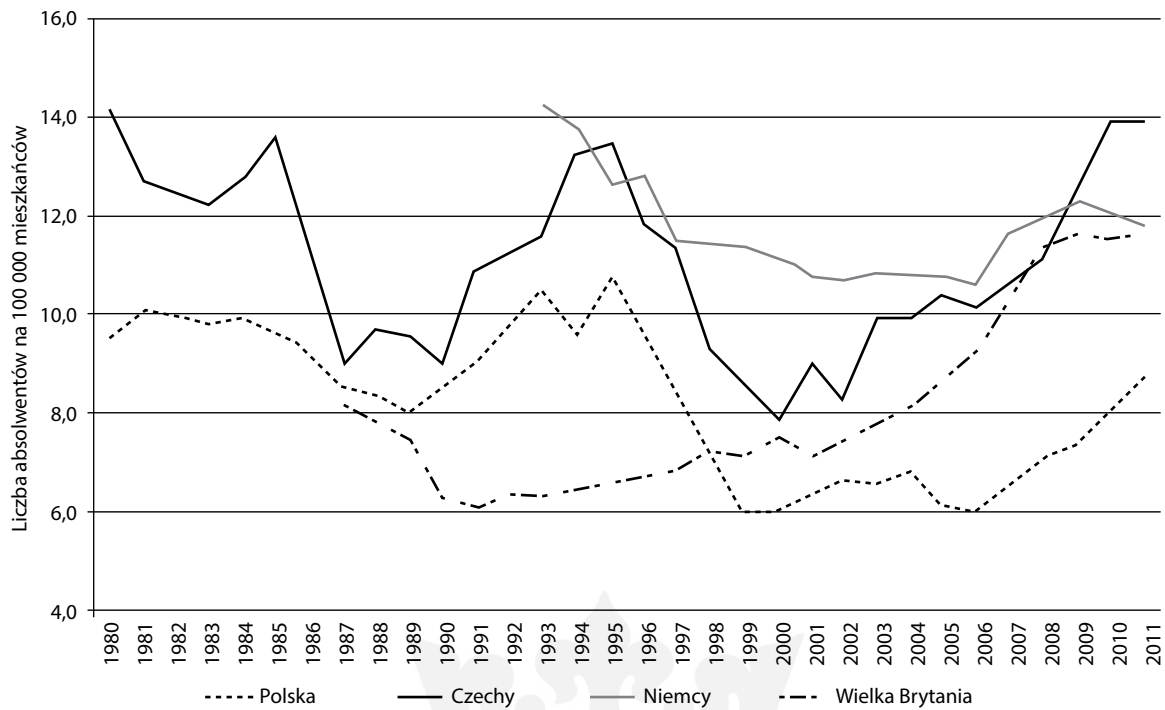
Kształtowanie się liczby absolwentów studiów medycznych w dłuższym okresie podlegało znacznym fluktuacjom. Analiza wskaźników absolwentów studiów medycznych na 100 tys. mieszkańców w Polsce ukazuje trzy kierunkowo odmienne tendencje: w latach 80. spadkową i pod koniec dekady początek poprawy wskaźników, co trwało do drugiej połowy lat 90. Następnie obserwujemy spadek (najniższy poziom wskaźnika występuje w 1999 r.), którego nie daje się, jak dotychczas, odbudować. Tendencje obserwowane w Polsce można porównać z tendencjami w trzech innych krajach: dwóch sąsiednich (Czechy i Niemcy) oraz w Wielkiej Brytanii, kraju przyjmującym imigrantów „białego personelu” z Polski w skali obecnie relatywnie największej. Obrazuje to poniższy **Wykres 2**. Jego linie dobitnie pokazują, że to polityka dotycząca kształcenia zasobów pracy dla sektora zdrowotnego przyniosła zbyt daleko idące niekorzystne konsekwencje podażowe.

Polityka w dziedzinie kształtowania podaży kadr medycznych zaczęła się zmieniać stopniowo. Pierwszy zakres działania podażowego dotyczy kształcenia kadr medycznych. Działania te są istotnie zróżnicowane. W kształceniu kadr medycznych można wskazać dwie tendencje: z jednej strony skracanie i uproszczenie ścieżki edukacji zawodowej dla lekarzy, a z drugiej – tworzenie nowych zawodów medycznych nastawionych na usługi pielęgnacyjne, w tym w szczególności usługi dla osób starszych i niesprawnych



Rysunek 2. Czynniki kształtowania kadr medycznych.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 2. Kształtowanie się wskaźników liczby absolwentów studiów medycznych na 100 tys. mieszkańców w długim okresie (1980–2011) w Polsce, w Czechach, w Niemczech i w Wielkiej Brytanii.

Źródło: Baza danych OECD (OECD-Health-Data-2013-Frequently-Requested-Data. Xls).

(opiekunowie medyczni, pielęgniarki opieki długoterminowej). Zmiany te mają na celu szybkie zwiększenie dostępności kadr medycznych i przygotowanie ich do specyficznych potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji.

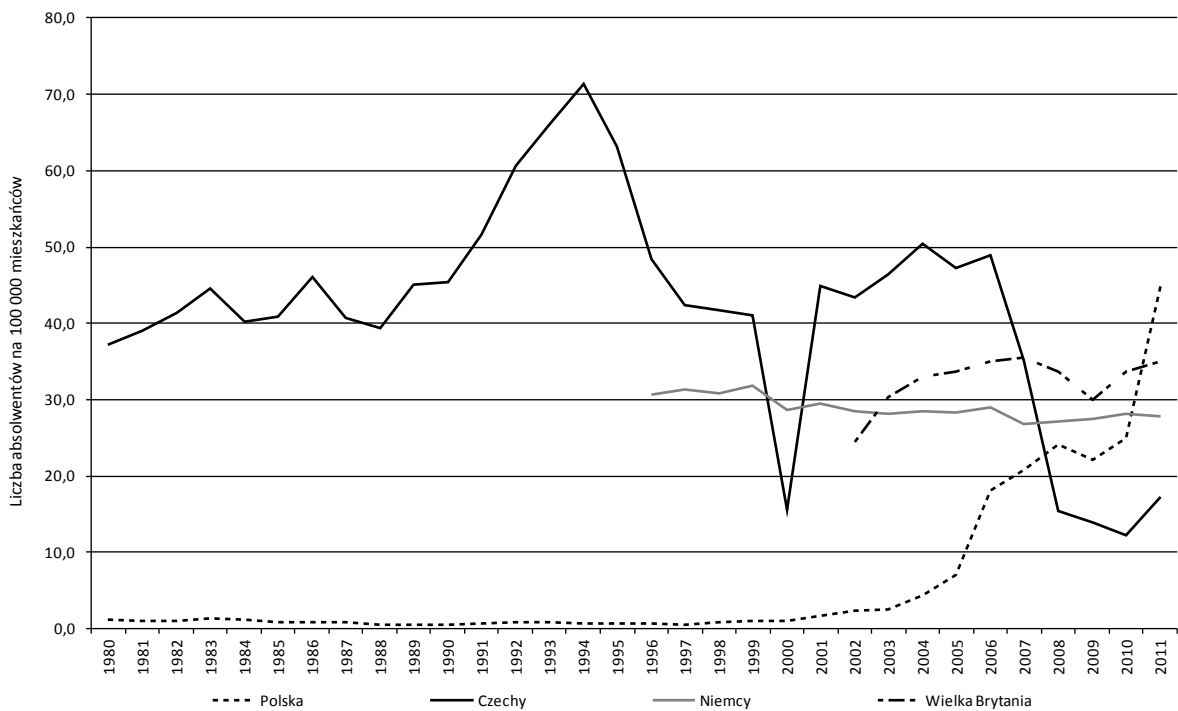
Wśród działań skracająco-upraszczających edukację medyczną w Polsce za kontrowersyjne zostały uznane zmiany w zakresie zasad kształcenia lekarzy. Do 2012 r. okres kształcenia lekarskiego i dla lekarzy dentyistów trwał 5–6 lat, a po nim następował obowiązkowy staż lekarski kończący się egzaminem państwowym (LEP dla lekarzy, D-LEP dla lekarzy dentyistów), uprawniającym do podjęcia pracy w zawodzie. Po tym okresie lekarze mogli podjąć szkolenie specjalistyczne. W 2011 r. znowelizowano ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, ułatwiając wejście do zawodu poprzez skrócenie okresu studiów i włączenie szkolenia specjalistycznego do podstawowego okresu studiów. Również staż medyczny został włączony w okres studiów. Kształcenie w nowym systemie edukacyjnym dla lekarzy zostanie zakończone egzaminem (LEK – dla lekarzy, D-LEK dla lekarzy dentyistów). W rezultacie czas spędzony na uczelni, połączony z nabyciem specjalizacji i stażem zawodowym, zostanie skrócony z 7–9 do 5–6 lat [18].

W odniesieniu do pielęgniarek i położnych zmieniły się przede wszystkim wymogi dotyczące kwalifikacji. Główne z nich polegały na wprowadzeniu obowiązku ukończenia studiów wyższych: licencjackich i magisterskich. W wyniku tego, począwszy od 2004 r., pielęgniarki wykonujące zawód i posiadające średnie medyczne lub

zawodowe wykształcenie zostały zmuszone do podniesienia swoich kwalifikacji poprzez udział w tzw. studiach pomostowych. Ponadto w programach studiów wyższych dla pielęgniarek i położnych wprowadzono nowe specjalizacje, w tym specjalizację w zakresie pielęgniarstwa przewlekłych chorych i niepełnosprawnych (tzw. pielęgniarka opieki długoterminowej). W konsekwencji znacznie się poprawiła struktura pracujących pielęgniarek pod względem kwalifikacji. Na **Wykresie 3** obserwujemy wzrost wskaźnika liczby osób kończących wyższe studia pielęgniarstwa na 100 tys. mieszkańców w porównaniu z wybranymi, jak poprzednio, krajami. Poprawa sytuacji w Polsce pod tym względem jest wyraźna. Nie zmienia to jednak niskiego nasycenia kadrą pielęgniarską w kraju.

Aby wspomóc wciąż zbyt nieliczne grono pielęgniarek, powołano do życia nowy zawód – opiekuna medycznego. Wymagania dotyczące kształcenia tej grupy zawodowej to ukończenie szkoły zawodowej lub rocznej szkoły policealnej w tej specjalizacji. O ile w 2008 r. zaledwie 180 osób uzyskało tę specjalizację, to rok później liczba ta wzrosła do 1600 [18].

W sumie analizy porównawcze z ostatniego dostępnego roku ukazują zdecydowaną poprawę sytuacji Polski pod względem analizowanego wskaźnika (**Tabela I**). Nie wszyscy absolwenci będą zasilać krajowe zasoby pracy. Faktem jest bowiem, że absolwenci szkół medycznych często nastawiają się na emigrację. Badania skłonności studentów do wyjazdów do pracy za granicą ciągle wskazują na wysoki poziom deklaracji wyjazdowych [19].



Wykres 3. Kształtowanie się wskaźników liczby absolwentów studiów pielęgniarzkich na 100 tys. mieszkańców w długim okresie (1980–2011) w Polsce, w Czechach, w Niemczech i w Wielkiej Brytanii.

Źródło: Baza danych OECD (OECD-Health-Data-2013-Frequently-Requested-Data. Xls).

| Kraje | Lekarze | Pielęgniarki | Położne | Farmaceuci | Dentyści |
|-----------------|---------|--------------|---------|------------|----------|
| Austria | 23,61 | 58,66 | 0,54 | 2,65 | 1,42 |
| Belgia | 7,99 | - | - | - | 1,44 |
| Bułgaria | 6,63 | 4,93 | 1,54 | 2,81 | 3,06 |
| Czechy | 12,57 | 13,89 | 1,92 | 3,01 | 3,88 |
| Dania | 14,72 | 78,27 | 1,84 | 2,41 | 3,57 |
| Estonia | 8,95 | 35,22 | 2,84 | 3,95 | 3,95 |
| Finlandia | 9,37 | 57,62 | 3,33 | 7,55 | 7,55 |
| Niemcy | 12,47 | 27,49 | 0,7 | 2,27 | - |
| Węgry | 9,19 | 31,46 | 0,44 | 2,74 | 2,18 |
| Włochy | 11,1 | 17,98 | 1,38 | 4,27 | 2,56 |
| Łotwa | 7,14 | 18,98 | 0,4 | 4,35 | 1,51 |
| Litwa | 11,83 | 19,22 | 0,69 | 4,46 | 4,40 |
| Luksemburg | - | 18,31 | 0,0 | - | - |
| Malta | 14,76 | 12,34 | 2,18 | 6,77 | 1,45 |
| Holandia | 9,84 | 39,28 | 0,89 | 0,78 | 0,74 |
| Polska | 16,17 | 33,05 | 1,92 | 3,52 | 1,70 |
| Portugalia | 7,31 | 22,09 | 4,73 | 3,24 | 2,47 |
| Irlandia | 10,36 | 32,87 | - | 7,55 | 5,66 |
| Rumunia | 12,92 | 57,70 | 0,67 | 4,31 | 4,94 |
| Słowacja | 8,49 | 152,00 | 2,14 | 4,69 | 0,98 |
| Słowenia | 8,45 | 20,62 | - | 4,89 | 2,81 |
| Hiszpania | 7,93 | - | 1,37 | 4,65 | 1,71 |
| Szwecja | 10,66 | - | 2,94 | 4,32 | 2,11 |
| Wielka Brytania | 9,2 | 29,56 | 2,12 | - | - |

Tabela I. Wskaźnik absolwentów zawodów medycznych na 100 tys. ludności w 2010 r.

Źródło: WHO Health for All Data 2013.

Płace kadr medycznych

Płace lekarzy i pielęgniarek przez bardzo długi czas należały w Polsce do grupy płac niskich, poniżej średniej krajowej. Lekarze jednak zarabiali więcej, niż na to wskazywały statystyki wynagrodzeń. Pracowali na kilku etatach i prowadzili prywatne praktyki, dostępne dla specjalistów. Sytuacja zaczęła się stopniowo zmieniać w okresie transformacji wraz z masowym rozwojem sektora prywatnego oraz samodzielnością zakładów opieki zdrowotnej. Równoległe toczyły się „boje” o podwyżki płac w publicznym sektorze zdrowotnym, na których czele stały pielęgniarki, wystrajkując jednak dla swej grupy zawodowej znacznie mniejsze podwyżki niż lekarze. Wzrost punktów procentowych we wskaźniku relacji wynosi 17,7 dla pielęgniarek, a dla lekarzy 57,1 (zob. **Tabela II**). Wynagrodzenia pielęgniarek nadal nie osiągnęły średniej krajowej, gdy w zawodach tzw. specjalistów o zbliżonym poziomie kwalifikacji, np. nauczycieli szkół podstawowych, przekroczone średnią krajową [20].

Wynagrodzenia lekarzy w sektorze publicznym istotnie się poprawiły w drugiej połowie minionej dekady. Badania wynagrodzeń GUS prowadzone co dwa lata według ustalonej metodologii [21] odzwierciedlają ten skokowy wzrost ich zarobków. Prawidłowością są obecnie relatywnie wyższe zarobki lekarek⁴ niż lekarzy i bardziej w sektorze prywatnym niż publicznym oraz wyraźnie wyższe w sektorze prywatnym.

Analizy porównawcze wynagrodzeń, prowadzone niekiedy w ramach OECD, wskazują, że płace lekarzy w krajach zachodnich są od 2,4 do 3,5 razy wyższe od średniej krajowej [24]. Najwyższe pod tym względem są płace w USA oraz w Holandii. Polska osiągnęła poziom Finlandii, gdzie stosunek płacy lekarzy do średniej krajowej także nie osiąga jeszcze dwukrotności.

Znacznie wyższe od średniej krajowej są płace lekarzy wybranych grup specjalistów, a szczególnie chirurgów i neurologów, dochodząc do siedmiokrotności w USA i Holandii.

Prestiż zawodów medycznych

Zawód lekarza zawsze cieszył się w Polsce wysokim prestiżem [25] i ten czynnik powodował, że mimo relatywnie niskich płac, a coraz większych wymagań, liczba chętnych na studia medyczne utrzymywała się na dość wysokim poziomie. Badania nad prestiżem zawodów w ostatnich dwóch dekadach wskazują na obniżanie się prestiżu: z prawie 80% (1995) wskazań jako zawodu najbardziej poważanego do 73% (2009), ale jest to nadal wysoka pozycja – czwarta – wśród innych zawodów (po profesorze uniwersytetu, górniku i w ostatnich latach – pielęgniarce). Natomiast ostatnio zawód pielęgniarki znacząco zyskał na poważaniu: z 57% (1999) do 77% (2008) wskazań [26].

Do spadku prestiżu zawodu lekarza niewątpliwie przyczyniły się podjęte w ubiegłej dekadzie programy antykorupcyjne rządu, ujawniające pobieranie przez lekarzy opłat nieformalnych; nie tylko tradycyjnych dowodów wdzięczności, lecz również opłat o wysokiej wartości i „wymuszanych”. Obecnie należy do tego dodać ujawnianie błędów lekarskich w związku z wprowadzaniem nowych instytucji praw pacjentów oraz ubezpieczania się lekarzy od finansowych konsekwencji popełniania błędów, a także innych rozwiązań administracyjnych z tym związanych.

Wzrastająca pozycja pielęgniarek ma związek ze znaczącą poprawą ich kwalifikacji (masowe uzupełnianie wykształcenia do poziomu wyższego) i jednocześnie z akcjami zorganizowanego ruchu zawodowego, społecznie wyraźnie popieranego.

| Zawody medyczne | Razem sektor zdrowotny | | | Sektor publiczny | | | Sektor prywatny | | |
|---------------------|------------------------|-----------|---------|------------------|-----------|---------|-----------------|-----------|---------|
| | Razem | Mężczyźni | Kobiety | Razem | Mężczyźni | Kobiety | Razem | Mężczyźni | Kobiety |
| Lekarze | | | | | | | | | |
| 2004** | 131,7 | 135,7 | 135,4 | 123,3 | 123,0 | 124,1 | 139,6 | 136,4 | 156,6 |
| 2006** | 148,4 | 154,2 | 152,0 | 140,2 | 141,0 | 139,8 | 146,3 | 146,6 | 164,5 |
| 2008** | 158,2 | 166,0 | 161,5 | 157,7 | 158,9 | 155,6 | 137,5 | 135,8 | 156,3 |
| 2010 | 188,0 | 185,7 | 194,5 | 175,8 | 169,8 | 176,3 | 194,0 | 174,5 | 225,0 |
| Pielęgniarki | | | | | | | | | |
| 2004*** | 72,2 | 79,0 | 79,3 | 67,5 | 63,3 | 74,0 | 77,8 | 117,9 | 86,6 |
| 2006*** | 84,5 | 80,5 | 93,9 | 79,6 | 73,5 | 87,3 | 79,2 | 73,8 | 92,1 |
| 2008*** | 89,7 | 86,1 | 100,2 | 86,7 | 78,8 | 94,3 | 81,7 | 86,1 | 95,8 |
| 2010 | 89,9 | 84,2 | 97,8 | 85,4 | 77,6 | 91,3 | 86,0 | 65,8 | 98,9 |

* wynagrodzenia brutto osób pełnozatrudnionych

** specjaliści w ochronie zdrowia bez pielęgniarek i położnych

*** wraz z położnymi

Tabela II. Relacja wynagrodzenia* lekarzy i pielęgniarek do średnich krajowych w grupie odniesienia.

Źródło: Na podstawie danych Październikowych Badań Wynagrodzeń GUS prowadzonych w latach: 2004, 2006, 2008 i 2010 [GUS, Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2006 r., Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2007; GUS, Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2008 r., Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2009; GUS, Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r., Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2012].

3. Zatrudnienie w sektorze zdrowotnym

Ocena tendencji w kształtowaniu się zatrudnienia wymaga na wstępie wyjaśnienia stosowanych kategorii oraz źródeł informacji. Podobnie jak w innych sektorach gospodarki, także w sektorze zdrowotnym mamy obecnie do czynienia z różnymi formami zatrudnienia. Poza tradycyjną umową o pracę najemną (etat), rozwinęły się umowy zwane kontraktami (cywilno-prawne), umowy na czas określony, na zastępstwo. Ponadto w zawodach medycznych występuje również forma samozatrudnienia, która powoduje, że faktyczna umowa o pracę indywidualną ma charakter umowy z „firmą”. W takiej sytuacji ustalenie pracujących, czyli faktycznie zatrudnionych bez względu na formę tego zatrudnienia, nie jest proste, tym bardziej że statystyka nie nadąża za tymi zmianami. Przedstawione zestawienia opierają się na publikowanych danych sprawozdawczości administracyjnej (CSIOZ) oraz badaniach GUS (badania wynagrodzeń GUS).

Uprawnieni do wykonywania zawodu medycznego

Ocenę tendencji w kształtowaniu się zatrudnienia zaczynamy od analizy zmian potencjału pracy w zawodach medycznych, czyli uprawnionych do wykonywania zawodu.

Liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego w Polsce ma w ostatnim dziesięcioleciu tendencję rosnącą (Wykres 4). Najszybciej wzrosła liczba uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, stomatologa, farmaceuty i pielęgniarki, natomiast nieznacznie spadła liczba uprawnionych do zawodu położnej.

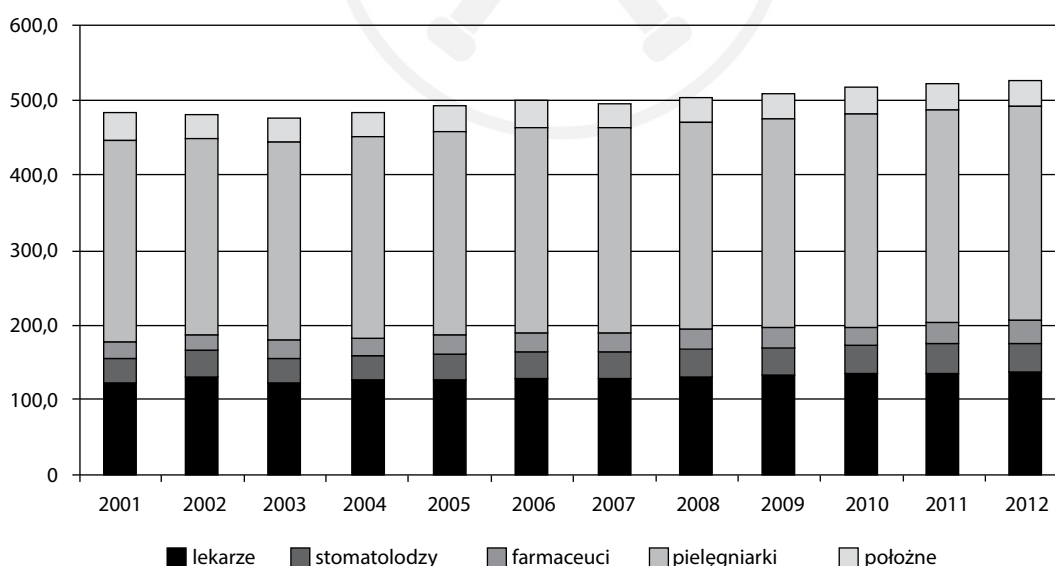
Pracujący w placówkach ochrony zdrowia

Z uwagi na znaczną liczbę osób powyżej 65. roku życia wśród specjalistów uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych oraz wspomniane już procesy odpływu specjalistów z publicznej opieki zdrowotnej do sektora farmaceutycznego oraz emigrację, liczba osób pracujących w placówkach ochrony zdrowia jest znacznie mniejsza niż osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Udział pracujących w ogólnej liczbie uprawnionych do zawodu lekarza wynosił około 65%, natomiast w odniesieniu do pielęgniarek udział ten wynosił około 60% w 2012 r. [27].

Newralgicznym momentem dla zmian liczby pracujących był moment akcesji do Unii Europejskiej, kiedy to liczba pracujących lekarzy spadła o ponad 9,5 tys. osób, a pielęgniarek o 2 tys. osób [27]. Emigracja zarobkowa kadr medycznych występowała mimo niskiego poziomu nasylenia kadrą medyczną.

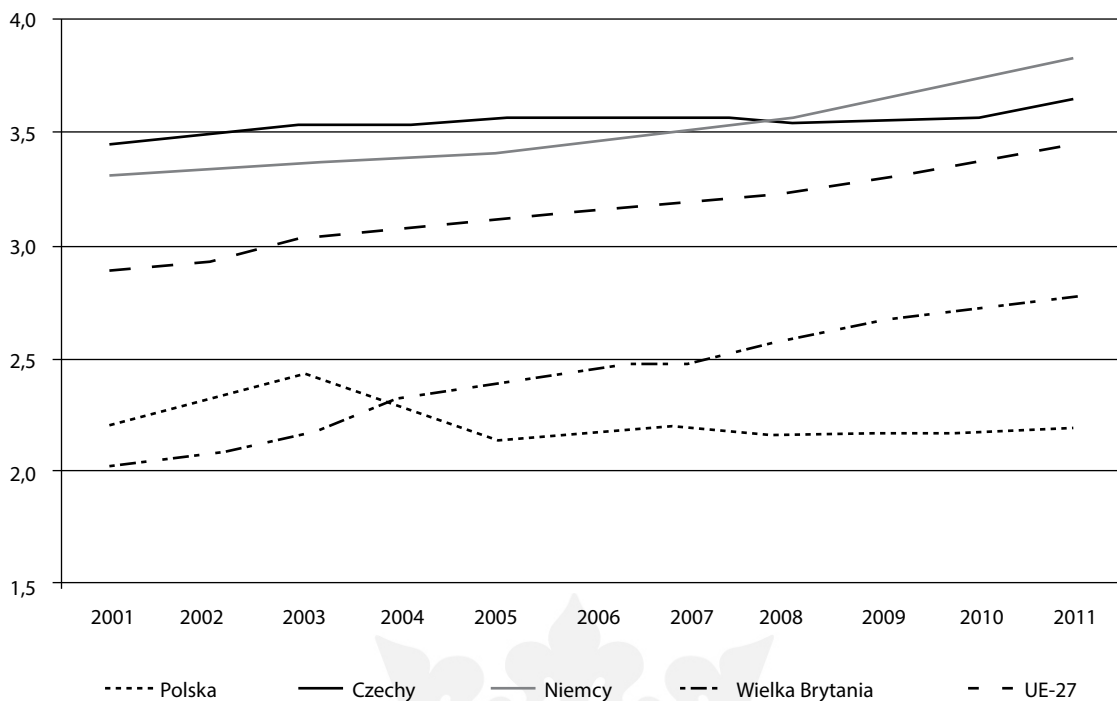
Polska należy do tych krajów UE, w których wskaźniki nasylenia są obecnie niższe niż wcześniej, a także znacznie niższe niż w innych krajach europejskich. Wskaźnik lekarzy na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi obecnie 2,19, a przeciętnie w UE 3,5 (Wykres 5).

Również niższe niż w innych krajach europejskich są w Polsce wskaźniki nasylenia zatrudnieniem pielęgniarek. W tym przypadku w badanym okresie nie odnotowano istotnych zmian wskaźnika nasylenia (Wykres 6).



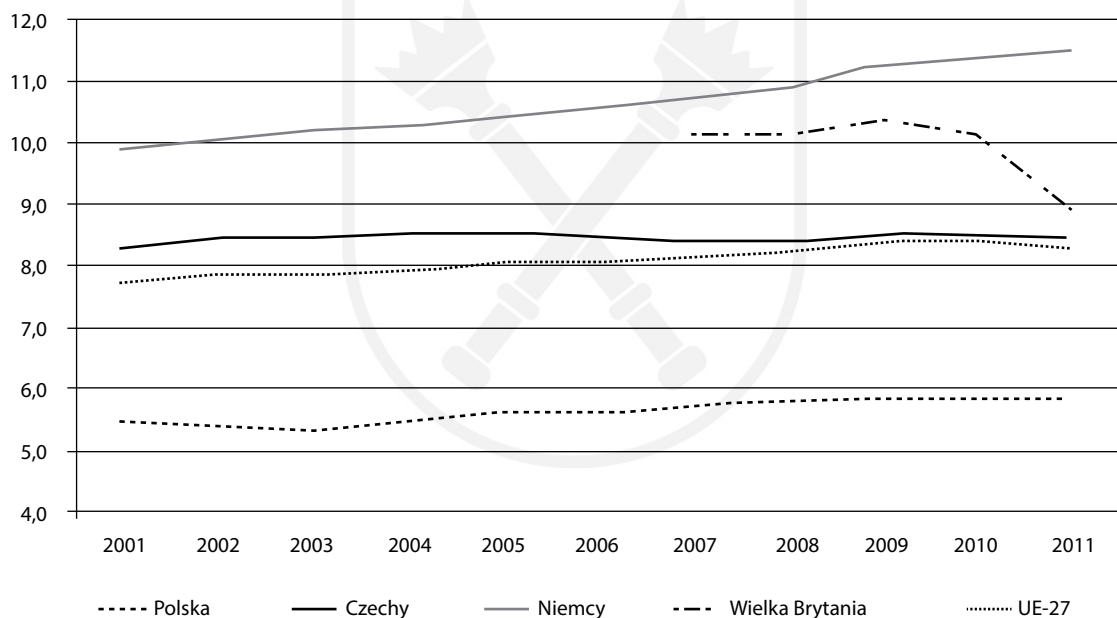
Wykres 4. Liczba uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego, w tysiącach.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.



Wykres 5. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców w wybranych krajach europejskich.

Źródło: WHO HFA Database 2013 (wersja on-line).



Wykres 6. Liczba praktykujących pielęgniarek na 1000 mieszkańców w wybranych krajach europejskich.

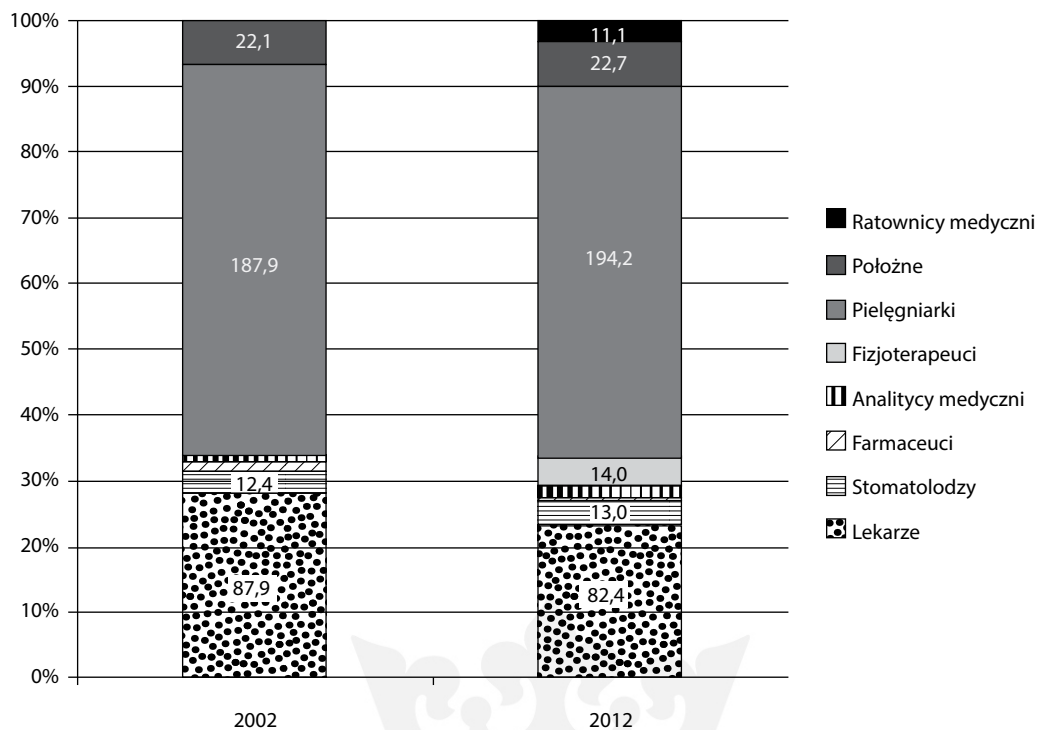
Źródło: WHO HFA Database 2013 (wersja on-line).

Struktura pracujących w placówkach ochrony zdrowia według zawodów

W ostatnim dziesięcioleciu uległa zmianie struktura zawodów medycznych, co jest związane z jednej strony ze zmianami liczebności poszczególnych kategorii za-

wodowych, z drugiej zaś ze zmianami spowodowanymi powstawaniem nowych zawodów medycznych.

Z uwagi na malejącą liczbę praktykujących lekarzy spada ich udział w strukturze personelu medycznego. Jednocześnie, mimo wzrostu liczby pielęgniarek w latach 2002–2012, również ich udział w ogólnej liczbie perso-



Wykres 7. Zmiany struktury pracującego personelu medycznego.

Uwaga: Dane nie obejmują farmaceutów zatrudnionych w aptekach.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.

nelu medycznego maleje. Dzieje się tak z uwagi na rosnące znaczenie zatrudnienia innych zawodów medycznych: głównie fizjoterapeutów, analityków medycznych i ratowników (Wykres 7).

Lekarze specjaliści

Wraz ze zmniejszającą się liczbą lekarzy ogółem w latach 2002–2012 o 5% zmalała liczba lekarzy specjalistów. Jedną z przyczyn zmniejszenia się liczby specjalistów jest polityka edukacyjna w zakresie poszczególnych specjalizacji, w tym warunki przyjmowania lekarzy na poszczególne specjalizacje medyczne i tworzenie nowych specjalizacji (medycyna rodzinna, medycyna ratunkowa). Znaczenie ma też emigracja lekarzy.

Wśród lekarzy zatrudnionych w ochronie zdrowia najwięcej jest specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny rodzinnej, pediatrii i anestezjologii. Jednocześnie we wszystkich tych specjalizacjach (z wyjątkiem medycyny rodzinnej) liczba lekarzy w ostatniej dekadzie się zmniejszała. Największy spadek liczby lekarzy dotyczy specjalistów w organizacji ochrony zdrowia, medycyny ogólnej, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii. Zmniejszenie się liczby specjalistów z zakresu medycyny ogólnej i pediatrii jest podyktowane silnym rozwojem specjalizacji z medycyny rodzinnej, dominującej w POZ, obejmującej w istotnym zakresie kompetencje w zakresie tych specjalizacji (Tabela III).

Jednocześnie wzrosła liczba lekarzy specjalistów z zakresu chorób cywilizacyjnych, będących najważniejszymi przyczynami zgonów w Polsce, a więc kardiologii i onkologii. Dynamicznie wzrasta również liczba lekarzy specjalistów w nowej dziedzinie, jaką jest medycyna ratunkowa.

Personel medyczny w przekroju płci i wieku

Zawody medyczne są silnie sfeminizowane, co nie jest wyłącznie polską specyfiką. W sektorze opieki zdrowotnej kobiety dominują, stanowią przeciętnie około 75% zatrudnionych we wszystkich krajach Unii Europejskiej [28]. W Polsce wskaźnik ten jest nieco wyższy. Przeciętnie kobiety stanowią około 80% uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych i pracujących w sektorze opieki zdrowotnej.

Najsilniej sfeminizowane są zawody położnych, pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Mężczyźni dominują jedynie wśród ratowników medycznych, z uwagi na fizyczny wysiłek związany z wykonywaniem tego zawodu, choć i tu kobiety stanowią 40% pracujących (Tabela IV).

W krajach europejskich pracownicy sektora ochrony zdrowia są przeciętnie starsi niż pracownicy innych sektorów, a co trzeci pracownik ochrony zdrowia ma powyżej 50 lat. Specyfiką pracy w sektorze zdrowotnym jest to, że wiek nie stanowi znaczącego ograniczenia

| Lekarze specjaliści | 2002 | 2012 | Zmiana | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| | | | liczba osób | w procentach |
| Ogółem | 71 119 | 67 687 | -3432 | -5,1 |
| W tym: | | | | |
| Chorób wewnętrznych | 12 036 | 10 143 | -1 893 | -18,7 |
| Chirurgii | 9 272 | 8 133 | -1 139 | -14,0 |
| Medycyny rodzinnej | 3 569 | 6 432 | 2 863 | 44,5 |
| Pediatrici | 7 837 | 5 547 | -2 290 | -41,3 |
| Położnictwa i ginekologii | 5 903 | 4 584 | -1 319 | -28,8 |
| Anestezjologii i intensywnej terapii | 3 865 | 3 733 | -132 | -3,5 |
| Neurologii | 2 795 | 2 696 | -99 | -3,7 |
| Psychiatrii | 2 436 | 2 563 | 127 | 5,0 |
| Radiologii | 2 719 | 2 518 | -201 | -8,0 |
| Okulistyki | 2 546 | 2 440 | -106 | -4,3 |
| Kardiologii | 1 031 | 1 988 | 957 | 48,1 |
| Otolaryngologii i otorynolaryngologii | 2 294 | 1 790 | -504 | -28,2 |
| Dermatologii i wenerologii | 1 564 | 1 625 | 61 | 3,8 |
| Chorób płuc | 1 658 | 1 433 | -225 | -15,7 |
| Urologii | 851 | 856 | 5 | 0,6 |
| Medycyny ogólnej | 1 172 | 660 | -512 | -77,6 |
| Chorób zakaźnych | 673 | 600 | -73 | -12,2 |
| Onkologii | 70 | 455 | 385 | 84,6 |
| Medycyny ratunkowej | 16 | 428 | 412 | 96,3 |
| Organizacji ochrony zdrowia | 224 | 79 | -145 | -183,5 |

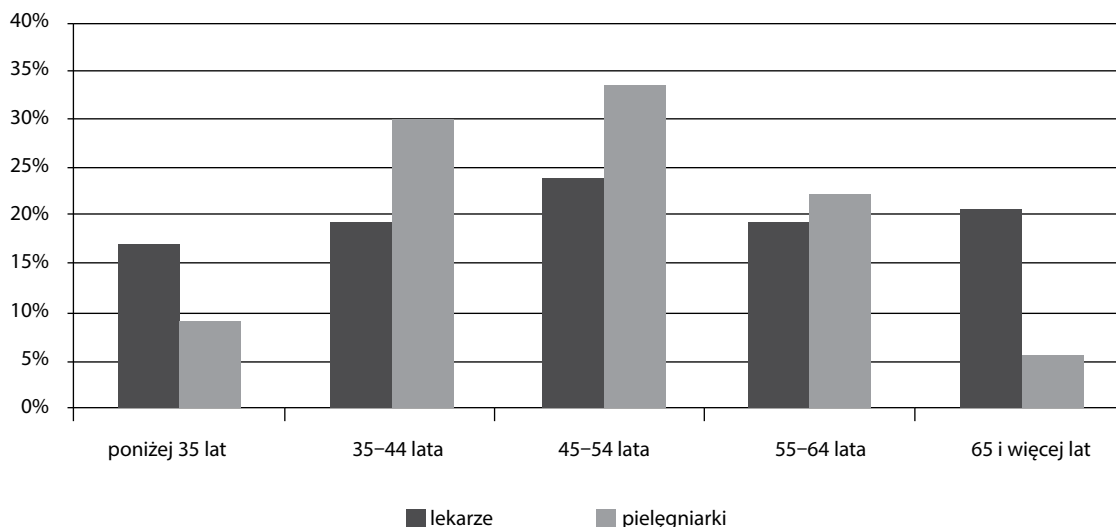
Tabela III. Lekarze specjaliści zatrudnieni w ochronie zdrowia.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.

| Pracownicy sektora ochrony zdrowia (2010 r.) | | | | Uprawnieni do wykonywania zawodu (2012 r.) | | |
|--|------------------------|-----------------------|----------------------|--|-----------------------|----------------------|
| Grupa zawodowa | Razem | Kobiety | Mężczyźni | Razem | Kobiety | Mężczyźni |
| Lekarze Struktura (%) | 54,2 100,0 | 31,3 57,7 | 22,9 42,3 | 137,1 100,0 | 78,8 57,5 | 58,3 42,5 |
| Lekarze dentyści Struktura (%) | 6,1 100,0 | 4,6 75,4 | 1,5 24,6 | 38,8 100,0 | 30,0 77,3 | 8,8 22,7 |
| Pielęgniarki Struktura (%) | 160,1 100,0 | 157,2 98,2 | 2,9 1,8 | 285,3 100,0 | 269 94,3 | 16,3 5,7 |
| Położne Struktura (%) | 17,6 100,0 | 0,0 0,0 | 17,6 100,0 | – – | – – | – – |
| Ratownicy medyczni Struktura (%) | 0,5 100,0 | 0,2 40,0 | 0,3 60,0 | – – | – – | – – |
| Diagności laboratoryjni Struktura (%) | 7,1 100,0 | 6,6 93,0 | 0,5 7,0 | – – | – – | – – |
| Inni specjaliści ochrony zdrowia Struktura (%) | 36,1 100,0 | 26,3 72,9 | 9,8 27,1 | – – | – – | – – |
| Razem Struktura (%) | 281,7 100,0 | 226,2 80,3 | 55,5 19,7 | 461,2 100,0 | 377,8 81,9 | 83,4 18,1 |

Tabela IV. Struktura personelu medycznego w przekroju płci.

Źródło: GUS, Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r., Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2012; CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.



Wykres 8. Struktura wieku lekarzy i pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce.

Uwaga: Z wyłączeniem lekarzy dentyków.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.*

w kontynuacji pracy zawodowej, nawet po osiągnięciu uprawnień emerytalnych.

Również w Polsce obserwujemy starzenie się populacji lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych (zob. **Wykres 8**). Udział lekarzy powyżej 65. roku życia w ogólnej liczbie lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu wzrósł z 18 do ponad 20% w latach 2006–2012. W tym samym okresie udział lekarzy poniżej 40. roku życia zmniejszył się z 43 do 36% ogółu uprawnionych do wykonywania zawodu.

Proces ten w mniejszym stopniu dotyczy pielęgniarek – gros z nich to osoby w wieku 35–64 lata. Jednakże, według danych CSIOZ, stosunkowo niewielki jest udział pielęgniarek młodszych poniżej 35. roku życia (9%) uprawnionych do wykonywania zawodu.

Struktura zatrudnienia w ochronie zdrowia według rodzajów opieki zdrowotnej

Oszacowanie struktury zatrudnienia w przekroju rodzajów opieki (lub inaczej – funkcji): podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej nie jest w Polsce zadaniem łatwym ze względu na zjawisko wieloletniego zatrudnienia specjalistów ochrony zdrowia, przede wszystkim lekarzy. Zjawisko to występuje głównie w dużych miastach i polega na:

- zatrudnieniu się personelu, w tym głównie lekarzy specjalistów, jednocześnie w kilku przychodniach (zarówno publicznych, jak i niepublicznych) i prowadzeniu prywatnego gabinetu;
- zatrudnieniu się personelu, w tym głównie lekarzy specjalistów, jednocześnie w szpitalach i jednej lub

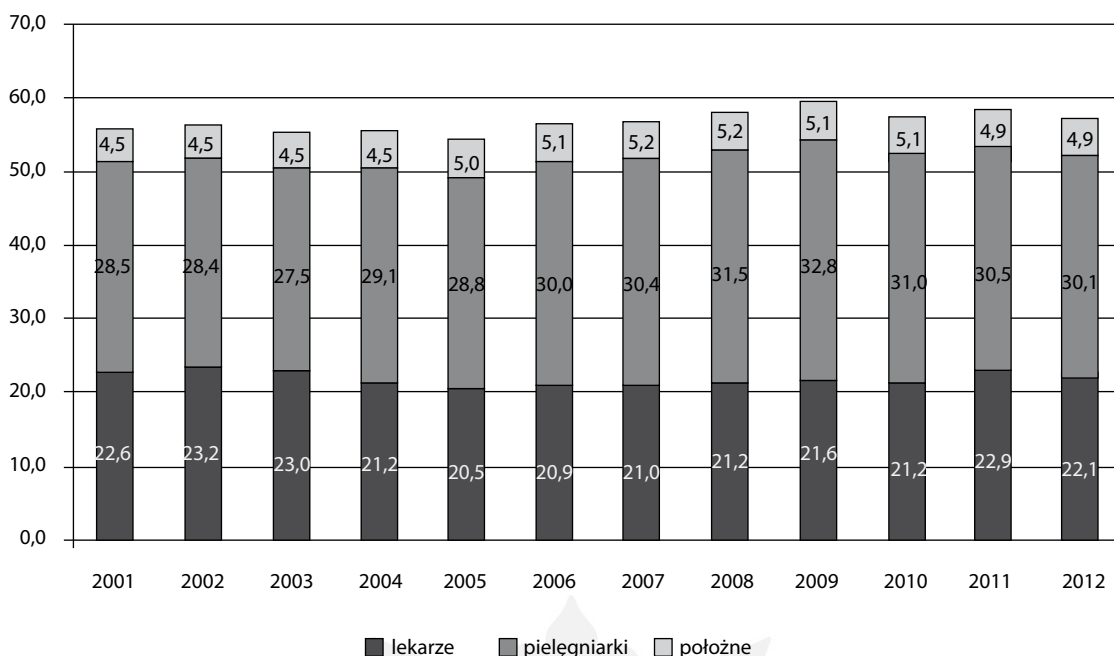
w kilku przychodniach (zarówno publicznych, jak i niepublicznych) i prowadzeniu prywatnego gabinetu.

Aby zminimalizować problem wielokrotnego liczenia personelu medycznego, statystyka publiczna Ministerstwa Zdrowia (MZ) podaje dane o zatrudnieniu w osobach i/lub według podstawowego miejsca pracy, jednakże nawet w tym ostatnim przypadku nie unika się ryzyka podwójnego liczenia personelu medycznego, a przede wszystkim lekarzy.

Według danych MZ w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) zatrudnionych jest około 22 tys. lekarzy, 30 tys. pielęgniarek i blisko 5 tys. położnych. Struktura zatrudnienia personelu medycznego od dekady nie ulega większym zmianom, podobnie jak i liczba zatrudnionego personelu medycznego, wahając się od 55 tys. do niepełna 60 tys. osób (**Wykres 9**). Wśród lekarzy pracujących w POZ ponad 65% stanowią lekarze rodzinni.

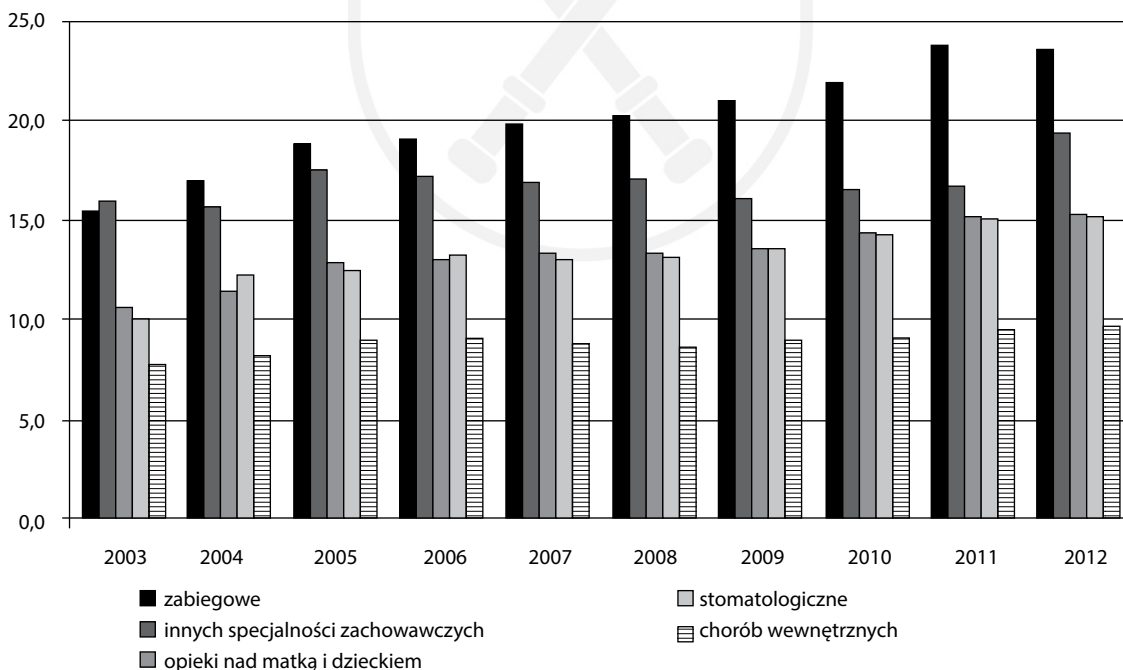
Liczba osób udzielających świadczeń w poradniach specjalistycznych (AOS) wzrosła w ciągu ostatniej dekady z 50 do ponad 80 tys. osób, a wzrost ten był spowodowany głównie zwiększaniem się zatrudnienia w poradniach zabiegowych. W nich też pracuje najwięcej personelu (28% ogółu pracujących w poradniach specjalistycznych), następnie w poradniach stomatologicznych (23%), poradniach chorób wewnętrznych i poradniach innych specjalności zachowawczych (18%), a najmniej w poradniach opieki nad matką i dzieckiem (12%) (**Wykres 10**).

Na przełomie dekad (2007–2012) wzrosło zatrudnienie w szpitalach ogólnych. W 2012 r. pracowało w nich ponad 225 tys. osób. Największą grupę zawodową personelu medycznego pracującą w szpitalach stanowią pielęgniarki (58% pracujących), a następnie lekarze (34% pracujących). Liczba lekarzy pracujących w szpitalach



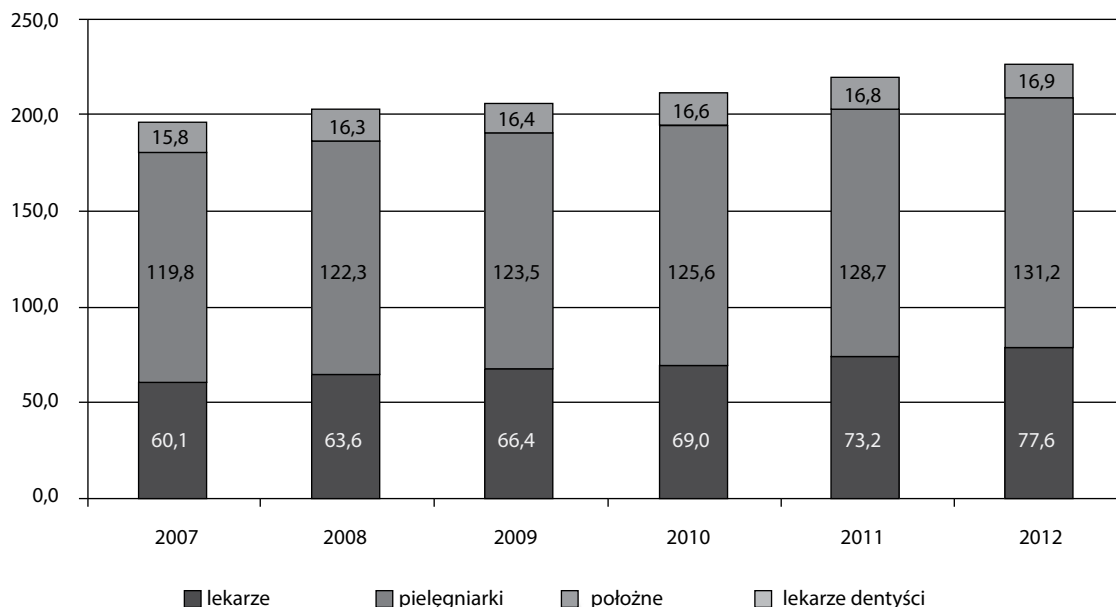
Wykres 9. Zatrudnienie w podstawowej opiece zdrowotnej, w tysiącach osób.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.



Wykres 10. Udzielający świadczeń w poradniach specjalistycznych, w tysiącach.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.



Wykres 11. Personel medyczny pracujący w szpitalach ogólnych, w tysiącach.

Źródło: CSIOZ (2002–2013), Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.

w okresie 2007–2012 zwiększyła się o 17,4 tys. osób, a pielęgniarek o 11,4 tys. (Wykres 11).

4. Prognoza zatrudnienia w ochronie zdrowia

Niekompletna statystyka pracujących w sektorze zdrowotnym utrudnia nie tylko analizy, ale także sporządzanie projekcji, a te są niezbędne do całościowej oceny sytuacji zasobów pracy dla ochrony zdrowia. Niemniej podjęta została próba sporządzenia takiej prognozy przy wykorzystaniu standardowych danych polskiej statystyki przekazywanych do Komisji Europejskiej oraz informacji z baz krajowych.

Metoda prognozy i źródła danych

Przedstawiona prognoza zatrudnienia personelu medycznego została przygotowana na podstawie metody wykorzystanej w projekcie NEUJOBS. Uwzględniono w niej bezpośrednio tylko jedną determinantę zapotrzebowania na kadry, a mianowicie popyt na świadczenia zdrowotne. Jednak zakładając zmiany w popycie na świadczenia w okresie prognozy, uwzględnia się również inne czynniki, mimo że w sposób pośredni i nie wyodrębniając poszczególnych ich rodzajów.

Popyt na świadczenia wykorzystywany do prognozowania kadr medycznych może być szacowany różnymi metodami [29, za: 30], stosującymi następujące ujęcia badawcze:

- oparcie się na danych potrzebach zdrowotnych na podstawie oceny potrzeb zdrowotnych całej populacji, a nie tylko osób, które korzystają z opieki zdrowotnej. Metoda ta wymaga szczegółowych in-

formacji dotyczących zapadalności i chorobowości oraz standardów postępowania przy poszczególnych chorobach;

- wykorzystanie popytu zrealizowanego, oceniającego poziom korzystania ze świadczeń zdrowotnych w przyszłości na podstawie danych o korzystaniu w chwili obecnej;
- podejście zwane *benchmarking*, w którym przyjmuje się założenie o takim poziomie korzystania ze świadczeń, jakie występuje w wybranym systemie ochrony zdrowia uznanym za wzorcowy;
- metoda oceny ekonomicznej, polegająca na połączeniu popytu na świadczenia z czynnikami ekonomicznymi, które mogą mieć na nie wpływ (np. dochód narodowy).

W projekcie NEUJOBS przyjęto drugie z wyżej wymienionych rozwiązań, oparte na danych o korzystaniu ze świadczeń z lat ubiegłych. Rokiem bazowym prognozy jest rok 2010, a obejmuje ona okres do roku 2030.

Prognoza dotyczy zatrudnienia kadr medycznych w opiece stacjonarnej oraz opiece ambulatoryjnej: podstawowej i specjalistycznej (włączając stomatologię). W analizie opieki stacjonarnej wzięto pod uwagę dwa wskaźniki związane z korzystaniem ze świadczeń: średnią długość pobytu w szpitalu ALOS (*average length of stay*) oraz liczbę pobytów w szpitalach przypadającą na 100 000 mieszkańców identyfikowaną przez dane o wypisach (*hospital discharges*)⁵, pozyskane z bazy Eurostat. W przypadku opieki ambulatoryjnej uwzględniono liczbę wizyt przypadającą na 100 osób [31]. Wykorzystane informacje dotyczące liczby personelu szpitalnego (lekarzy i pielęgniarek) oraz w opiece ambulatoryjnej (lekarze pierwszego kontaktu, lekarze specjaliści oraz dentyści⁶)

pochodzą z danych Ministerstwa Zdrowia [27]. Wszystkie analizy korzystania przeprowadzono dla 5-letnich grup wiekowych, w podziale na mężczyzn i kobiety.

Prezentowany artykuł uwzględnia tylko bazową wersję prognozy demograficznej Komisji Europejskiej EUROPOP2010, bez wprowadzania dodatkowych wariantów, wykorzystanych w projekcie NEUJOBS⁷.

Założenia prognozy

Podstawowym założeniem przyjętym w prognozie jest stała liczba wizyt (w przypadku opieki ambulatoryjnej) oraz stała liczba dni pobytu pacjentów (dla opieki szpitalnej) przypadająca na jedną zatrudnioną osobę personelu medycznego w wybranych zawodach.

Prognoza dla personelu szpitalnego została przygotowana dla trzech scenariuszy opartych na różnych założeniach rozwoju korzystania z opieki stacjonarnej. W pierwszym scenariuszu, czysto demograficznym, w całym okresie prognozy przyjęte zostały stałe wartości wskaźników korzystania ze świadczeń w grupach wiekowych i w podziale na płeć, takie jak w roku bazowym. W rezultacie otrzymano projekcję zakładającą wpływ na korzystanie wyłącznie zmian demograficznych, z pominięciem wszystkich innych determinant. W scenariuszu drugim wskaźnik liczby pobytów pozostaje na niezmiennym poziomie, założone są natomiast zmiany przeciętnej długości pobytu pacjenta w szpitalu w okresie prognozy. Roczna zmiana została przyjęta na poziomie równym odpowiedniej zmianie długości pobytu w ciągu 5 lat poprzedzających rok bazowy. Przyjęcie założenia o dalszych zmianach długości pobytu (skracaniu) oparte jest na opinii, że dalszy postęp organizacyjny i technologiczny w opiece zdrowotnej pozwoli na skracanie pobytu pacjenta w szpitalu w następnych latach [30]. W ostatnim scenariuszu założone zmiany dotyczą zarówno długości, jak i liczby pobytów szpitalnych. W Polsce w ostatnich 5 latach liczba pobytów w opiece stacjonarnej wzrosła⁸. W omawianym scenariuszu przyjęto, że w następnych latach liczba ta nadal będzie rosła, jednak tempo wzrostu będzie dwukrotnie mniejsze. Zakłada się bowiem, że stan zdrowia populacji, postęp technologiczny oraz działania w kierunku ograniczania bardzo wysokich wydatków na leczenie stacjonarne spowodują częściowe przesunięcie leczenia do opieki ambulatoryjnej, a przez to ograniczenie wzrostu liczby przyjęć do szpitala [30].

W przypadku opieki ambulatoryjnej jedynym czynnikiem wpływającym na prognozowaną liczbę personelu, jaki został uwzględniony, są zmiany demograficzne, implikujące zmiany w korzystaniu ze świadczeń w następnych latach. Przyczyną pominięcia w analizie innych założeń dla opieki ambulatoryjnej jest brak danych z poprzednich lat, które mogłyby stanowić podstawę określenia założeń o zmianach w korzystaniu ze świadczeń.

Zmiany demograficzne

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej jest ściśle uzależnione od sytuacji demograficznej. Wzrost liczby osób starszych powoduje zwiększenie zapotrzebowania zarówno na wizyty ambulatoryjne, jak i na pobyt w placówkach opieki stacjonarnej. Dlatego też przyjęta prognoza demograficzna ma decydujący wpływ na wyniki prognozy popytu na kadry medyczne. Również w przypadku zmian w liczbie oraz przeciętnej długości pobytów szpitalnych, na których oparte są scenariusze drugi i trzeci dla opieki stacjonarnej, obliczenia zostały przeprowadzone oddzielnie dla 5-letnich grup wiekowych, zatem te założenia także są wrażliwe na zmiany w strukturze i wielkości populacji.

Zgodnie w bazową wersję prognozy demograficznej Komisji Europejskiej (EUROPOP2010) wielkość populacji Polski spadnie do roku 2030 o 1,6% – przy czym w pierwszej połowie prognozy, do 2020 roku, mieszkańców Polski będzie jeszcze nieznacznie przybywać (o 0,6%), dopiero po 2020 nastąpi zdecydowane zmniejszenie.

Istotne zmiany będą dotyczyć struktury wiekowej populacji. Udział najmłodszych w wieku 0–14 nie ulegnie bardzo dużej zmianie (z 15,2 do 13,7%), istotnie spadnie natomiast udział osób w wieku produkcyjnym 15–64 lata: z 71,3 do 63,8%, a wzrośnie udział osób starszych (w wieku 65–79 lat z 10% do 17%, a najstarszych w wieku 80+ z 3,3% do 5,5%).

W przypadku analizy korzystania z opieki zdrowotnej większe znaczenie niż wskaźnik udziału grup w różnym wieku w całości populacji ma ich liczebność. **Wykres 12** pokazuje, jak zgodnie z przyjętą prognozą demograficzną będzie się zmieniać wielkość charakterystycznych grup wiekowych w latach 2010–2030.

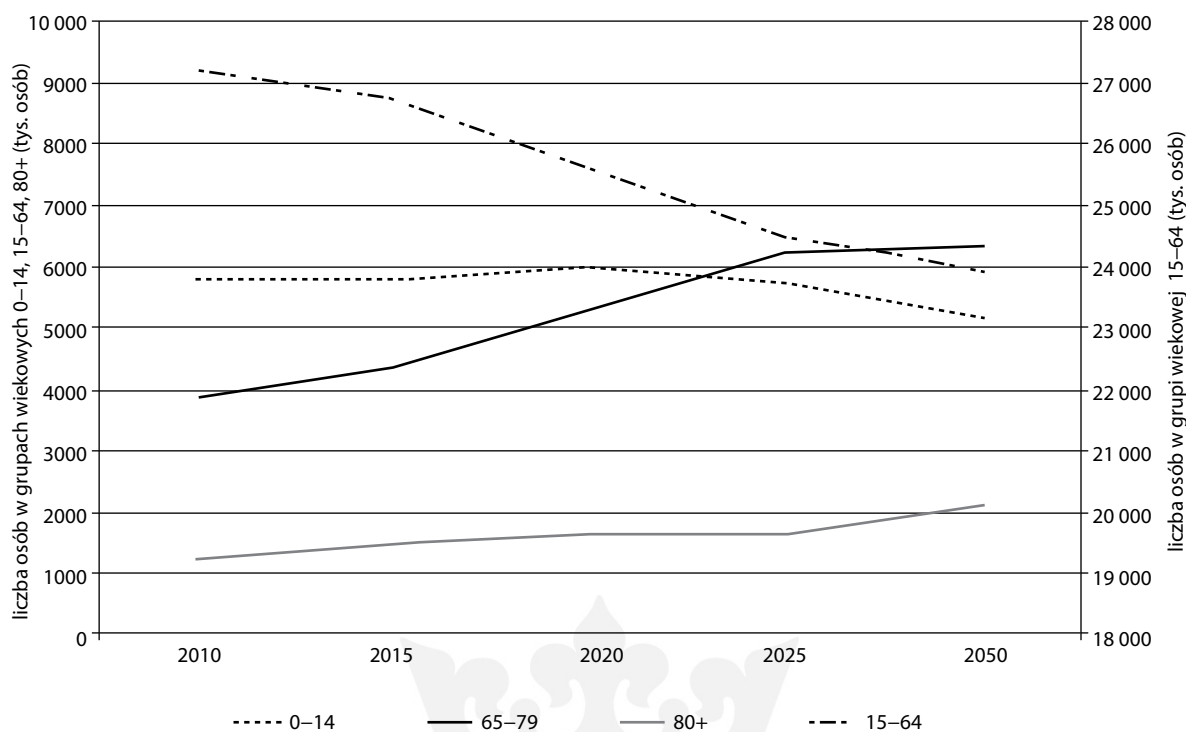
Liczba dzieci, tak jak i ich udział w populacji, nie ulegnie wielkim zmianom, natomiast w okresie 2015–2025 nastąpi zdecydowany wzrost liczby osób starszych w wieku 65–79 lat, które stanowią istotną część korzystających ze świadczeń. Znaczny wzrost liczby osób w wieku najstarszym, 80+, nastąpi dopiero po roku 2025. Osoby w wieku produkcyjnym będą stanowić w społeczeństwie polskim coraz mniejszą grupę, a spadek ten jest szczególnie widoczny w latach 2015–2025.

Prognoza korzystania ze świadczeń

Sporządzona prognoza wielkości zatrudnienia, jak wspomniano, opiera się na ocenie korzystania ze świadczeń, tak więc prognoza korzystania jest najistotniejszym elementem analizy i dalszych projekcji. Poniżej przedstawiono wyniki prognozy korzystania z pobytów szpitalnych i ich przeciętnej długości oraz z opieki ambulatoryjnej do roku 2030.

Opieka stacjonarna

Jak już wspomniano wcześniej, korzystanie z opieki stacjonarnej oszacowane zostało przy wykorzystaniu trzech różnych scenariuszy zmian – przy założeniu wy-



Wykres 12. Prognozowana wielkość populacji według wieku w latach 2010–2030.

Źródło: Na podstawie prognozy populacji EUROPOP2010.

łącznie zmian demograficznych (scenariusz I), zakładając zmiany w przeciętnej długości pobytu szpitalnego w poszczególnych grupach wiekowych (scenariusz II) oraz dodatkowo przyjmując zmienny wskaźnik liczby pobytów szpitalnych w zależności od wieku (scenariusz III). Tabela V przedstawia wyniki prognozy korzystania ze świadczeń opieki stacjonarnej na podstawie powyższych założeń.

Zmiany w wielkości populacji oraz jej starzenie się to dwa czynniki demograficzne wpływające na korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, co dobrze ukazuje scenariusz I, gdzie założono brak wpływu innych zmiennych. W początkowym okresie prognozy działanie tych czynników wzmacnia się, ponieważ następuje nie tylko starzenie populacji (liczba pobytów szpitalnych w starszym wieku jest zdecydowanie większa niż w młodszym, a także trwają one dłużej), lecz również jej niewielki wzrost (a więc większa całkowita liczba osób z potrzebami zdrowotnymi). Po 2020 r. wywierają one wpływ przeciwny – pierwszy powoduje nadal wzrost korzystania z opieki, drugi natomiast nieco go osłabia poprzez spadek liczby osób w populacji. Widać jednak wyraźnie, że wpływ starzenia się populacji jest czynnikiem silniejszym, ponieważ w scenariuszu I zarówno wielkość popytu na świadczenia szpitalne, jak i całkowita liczba dni spędzonych w szpitalu wykazują tendencje wzrostowe przez cały okres prognozy, chociaż ich dynamika jest w ostatnich latach nieco mniejsza. Największe zmiany następują w przypadku grupy osób najstarszych, 80+,

mimo że zdecydowany wzrost liczebności tej grupy populacji rozpocznie się dopiero w końcowym okresie prognozy, czyli po roku 2025. Zarówno liczba pobytów, jak i całkowita liczba dni wzrastają dla tej grupy aż o 66% (przy wzroście dla całości populacji odpowiednio 9,6% i 13,7%).

Jeśli włączymy do założeń zmienność wartości wskaźników korzystania z opieki stacjonarnej w poszczególnych grupach wiekowych, wyniki prognozy są odmienne. Zakładając stopniowe skracanie czasu pobytu pacjenta w szpitalu, przy zachowaniu wpływu zmian demograficznych (scenariusz II), w miejsce blisko 14% wzrostu liczby dni hospitalizacji otrzymujemy niemal 16-procentowy spadek. Wprowadzenie dodatkowego założenia o zmianie odsetka osób korzystających z opieki stacjonarnej w poszczególnych grupach wiekowych (scenariusz III) powoduje, że spadek liczby dni hospitalizacji zostaje zmniejszony przez rosnącą liczbę pobytów szpitalnych (29-procentowy wzrost do roku 2030) i wynosi w latach 2010–2030 jedynie 4,1%.

Opieka ambulatoryjna

W Tabeli VI przedstawiono prognozę korzystania ze świadczeń w opiece ambulatoryjnej.

Wyraźne trendy wzrostowe można zaobserwować dla POZ i świadczeń specjalistycznych (wzrost odpowiednio o 6,6 i 6% w okresie prognozy), natomiast opieka stomatologiczna charakteryzuje się spadkową tendencją

| Scenariusz | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Zmiana 2010–2030 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| Liczba pobytów (tys.) | | | | | | |
| Scenariusz I | 6 114,0 | 6 360,4 | 6 503,3 | 6 603,2 | 6 703,4 | 9,6% |
| Scenariusz II | 6 114,0 | 6 360,4 | 6 503,3 | 6 603,2 | 6 703,4 | 9,6% |
| Scenariusz III | 6 114,0 | 6 632,0 | 7 082,8 | 7 487,1 | 7 881,8 | 28,9% |
| Liczba pobytów na 100 000 mieszkańców | | | | | | |
| Scenariusz I | 16 018,9 | 16 576,6 | 16 937,7 | 17 321,5 | 17 844,9 | 11,4% |
| Scenariusz II | 16 018,9 | 16 576,6 | 16 937,7 | 17 321,5 | 17 844,9 | 11,4% |
| Scenariusz III | 16 018,9 | 17 284,5 | 18 447,0 | 19 640,2 | 20 981,8 | 30,9% |
| Liczba dni hospitalizacji (tys.) | | | | | | |
| Scenariusz I | 46 567,2 | 48 590,0 | 50 176,0 | 51 623,9 | 52 988,7 | 13,8% |
| Scenariusz II | 46 567,2 | 45 124,4 | 43 249,2 | 41 299,0 | 39 238,5 | –15,7% |
| Scenariusz III | 46 567,2 | 46 783,8 | 46 504,1 | 45 820,5 | 44 657,0 | –4,1% |
| Liczba i udział pobytów osób w wieku 80+ (tys./%) | | | | | | |
| Scenariusz I | 510,3 | 609,0 | 669,0 | 679,1 | 849,4 | 66,4% |
| Udział | 8,3% | 9,5% | 10,2% | 10,2% | 12,6% | |
| Scenariusz II | 510,3 | 609,0 | 669,0 | 679,1 | 849,4 | 66,4% |
| Udział | 8,3% | 9,6% | 10,3% | 10,3% | 12,7% | |
| Scenariusz III | 510,3 | 640,7 | 741,3 | 793,8 | 1 040,0 | 103,8% |
| Udział | 8,3% | 9,6% | 10,4% | 10,6% | 13,2% | |
| Liczba i udział dni hospitalizacji osób w wieku 80+ (tys./%) | | | | | | |
| Scenariusz I | 4 344,9 | 5 187,2 | 5 701,2 | 5 790,8 | 7 224,1 | 66,2% |
| Udział | 9,3% | 10,7% | 11,4% | 11,2% | 13,6% | |
| Scenariusz II | 4 344,9 | 4 386,8 | 4 082,7 | 3 515,7 | 3 741,6 | –13,8% |
| Udział | 9,3% | 9,7% | 9,4% | 8,5% | 9,5% | |
| Scenariusz III | 4 344,9 | 4 615,2 | 4 522,7 | 4 105,0 | 4 574,2 | 5,2% |
| Udział | 9,3% | 9,9% | 9,7% | 9,0% | 10,2% | |

Tabela V. Prognoza liczby pobytów w szpitalu oraz całkowitej liczby dni hospitalizacji do roku 2030.

Źródło: Opracowanie własne.

| Rodzaj opieki | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Zmiana 2010–2030 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|
| Liczba świadczeń (tys.) | | | | | | |
| Podstawowa opieka zdrowotna | 152 225 | 156 625 | 160 167 | 162 008 | 162 232 | 6,57% |
| Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 95 592 | 97 903 | 99 615 | 100 795 | 101 281 | 5,95% |
| Stomatologia | 31 233 | 30 955 | 30 562 | 29 871 | 28 952 | –7,30% |
| Liczba świadczeń na 100 000 mieszkańców | | | | | | |
| Podstawowa opieka zdrowotna | 398 836 | 408 203 | 417 152 | 424 983 | 431 870 | 8,28% |
| Ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 250 454 | 255 160 | 259 445 | 264 408 | 269 615 | 7,65% |
| Stomatologia | 81 832 | 80 677 | 79 598 | 78 358 | 77 072 | –5,82% |

Tabela VI. Prognoza liczby wizyt w opiece ambulatoryjnej do roku 2030.

Źródło: Opracowanie własne.

korzystania. Wynika to z innego wzoru korzystania ze świadczeń w zależności od wieku niż dla pozostałych rodzajów opieki – wraz z wiekiem nie następuje gwałtowny, jak w innych przypadkach, wzrost korzystania ze

świadczeń. Liczba świadczeń na 100 000 mieszkańców rośnie szybciej (lub w przypadku stomatologii wolniej maleje) niż całkowita liczba świadczeń (różnica w całym okresie wynosi 1,5–1,7 punktu procentowego), szcze-

gólnie w drugiej połowie okresu prognozy, z uwagi na zmiany w wielkości populacji.

Wyniki prognozy zatrudnienia

Na podstawie przedstawionej powyżej analizy korzystania ze świadczeń opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej jako prognozy pośredniej, przygotowano prognozę liczby personelu medycznego wybranych specjalności. Scenariusze w prognozie zatrudnienia odpowiadają scenariuszom w prognozie korzystania, tak więc dla opieki stacjonarnej analizę przeprowadzono przy trzech różnych grupach założeń opisanych wcześniej, natomiast analizę dla opieki ambulatoryjnej jedynie w wersji czysto demograficznej.

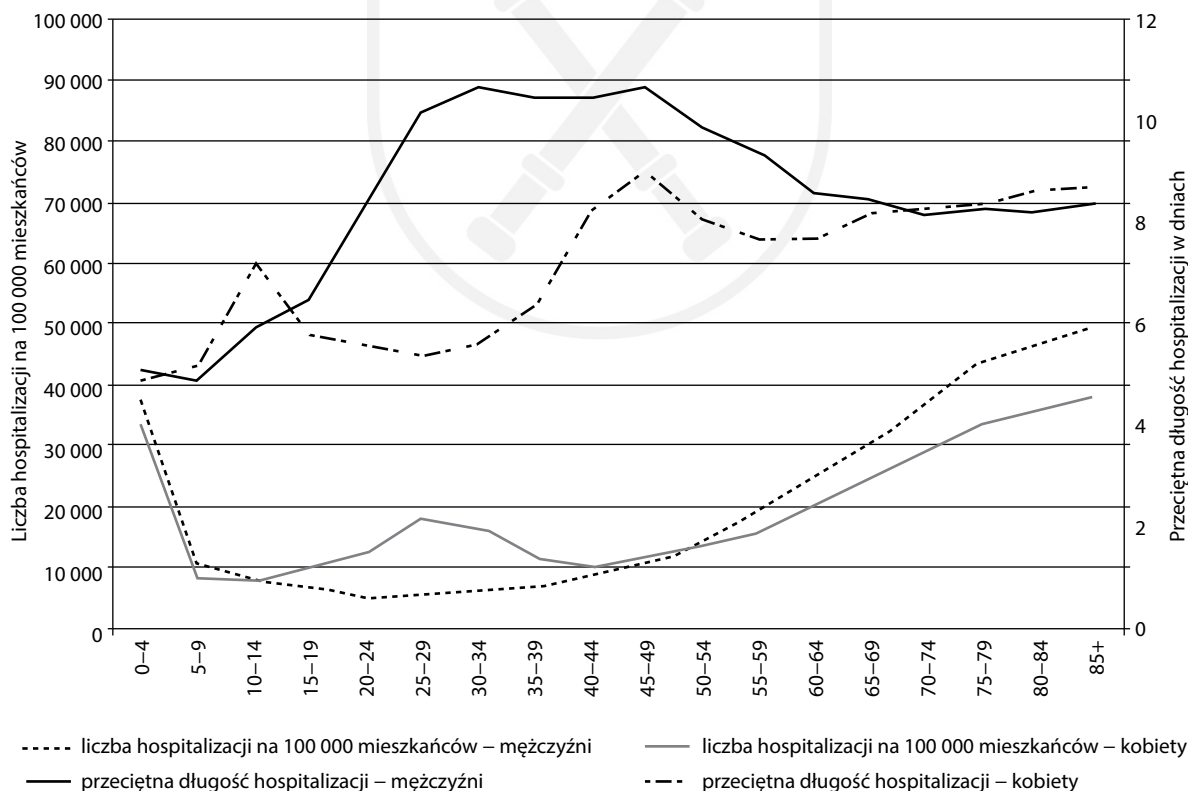
Zapotrzebowanie na kadry w opiece stacjonarnej

Istotny wpływ zmian demograficznych na zapotrzebowanie na kadry medyczne wynika bezpośrednio z tego, że zarówno w przypadku liczby hospitalizacji, jak też jej trwania występuje duże zróżnicowanie między grupami populacji w zależności od wieku i płci. **Wykres 13** pokazuje, jak wyglądała w tym względzie sytuacja w lecznictwie stacjonarnym w Polsce w roku bazowym 2010.

Liczba hospitalizacji jest ściśle powiązana z wiekiem: im starsza populacja, tym wyższy wskaźnik hospitaliza-

cji, poza najmłodszą grupą (0–4) oraz kobietami w okresie prokreacji. Nieco inną prawidłowość obserwujemy w przypadku wskaźnika długości pobytu w placówkach opieki stacjonarnej (ALOS). Najdłuższe hospitalizacje występują u mężczyzn w grupach wieku 25–55 lat. Wynika to prawdopodobnie z dominacji chorób układu krążenia oraz wypadków, które częściej występują u mężczyzn, a wymagają zwykle dłuższego okresu leczenia stacjonarnego. Natomiast hospitalizacje kobiet są ogólnie krótsze niż mężczyzn, z wyjątkiem okresu dzieciństwa i starości (powyżej 75. roku życia). Zmiany następujące w strukturze wiekowej populacji, uwzględniające istniejące zróżnicowania według wieku i płci, skutkować będą zmianami w zapotrzebowaniu na przyszłe świadczenia analizowane poprzez wskaźnik całkowitej liczby dni opieki szpitalnej.

Prognozowany popyt na kadrę medyczną w opiece stacjonarnej w roku 2030 jest w przypadku scenariusza I, czysto demograficznego, zdecydowanie wyższy niż wykazana wielkość zatrudnienia w roku 2010 i wykazuje zapotrzebowanie na dodatkowych 9,5 tys. lekarzy i 17,2 tys. pielęgniarek (**Tabela VII**). Wpływ zwiększania się liczebności populacji osób starszych, o większym odsetku korzystających z opieki stacjonarnej niż wśród osób młodszych, nie zostaje skompensowany redukcją liczby dni hospitalizacji w malejących, młodszych grupach wiekowych.



Wykres 13. Liczba hospitalizacji na 100 000 mieszkańców oraz przeciętna długość hospitalizacji według wieku i płci w 2010 roku. Źródło: Eurostat.

| Scenariusz | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Zmiana 2010–2030 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|
| Liczba lekarzy | | | | | | |
| Scenariusz I | 69 032 | 72 031 | 74 382 | 76 528 | 78 551 | 9519 |
| Scenariusz II | 69 032 | 66 893 | 64 113 | 61 222 | 58 168 | -10 864 |
| Scenariusz III | 69 032 | 69 353 | 68 939 | 67 925 | 66 200 | -2832 |
| Liczba pielęgniarek | | | | | | |
| Scenariusz I | 124 840 | 130 263 | 134 515 | 138 396 | 142 055 | 17 215 |
| Scenariusz II | 124 840 | 120 972 | 115 945 | 110 717 | 105 193 | -19 647 |
| Scenariusz III | 124 840 | 125 421 | 124 671 | 122 838 | 119 719 | -5121 |

Tabela VII. Zapotrzebowanie na personel medyczny w opiece stacjonarnej w latach 2010–2030.

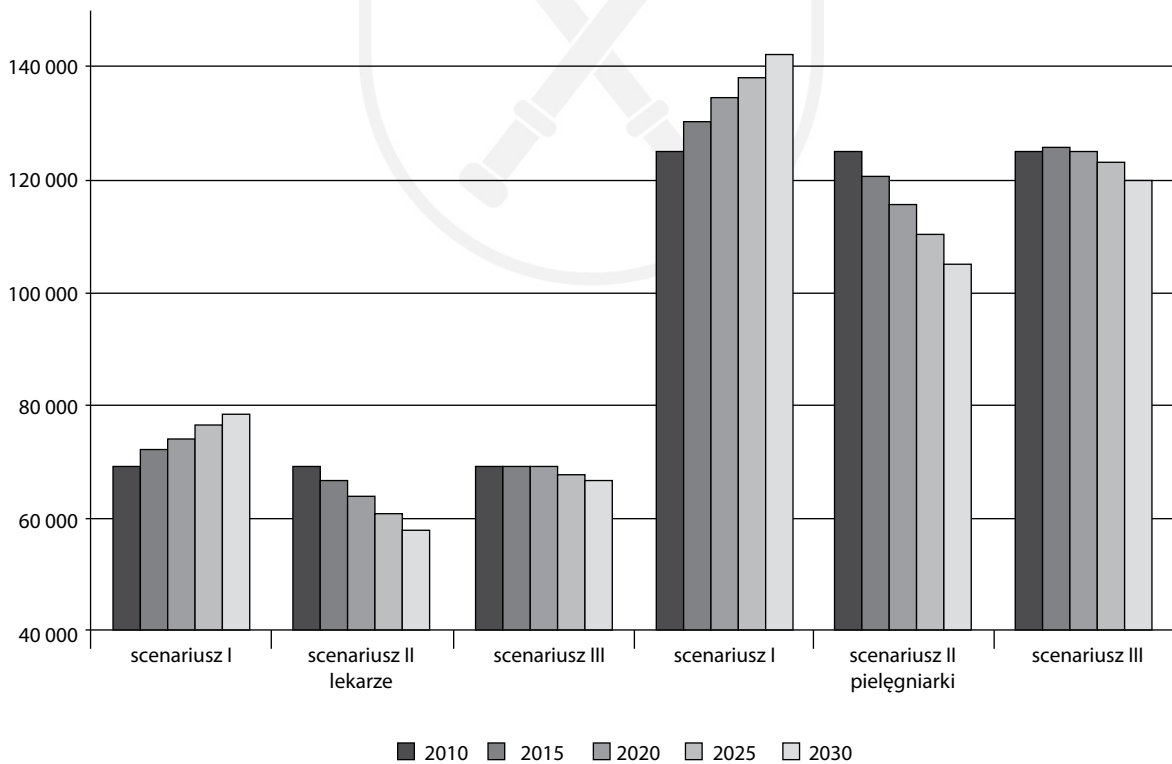
Źródło: Opracowanie własne.

Pozostałe dwa scenariusze, zakładające zmiany wskaźników korzystania z opieki stacjonarnej, pokazują tendencje odmienne – zapotrzebowanie na personel zgodnie z tymi założeniami będzie spadać we wszystkich grupach zawodowych. Zmiany te są szczególnie duże w przypadku scenariusza II, on bowiem zakłada zmiany w długości hospitalizacji (w większości negatywne), bez zmian w liczbie pobytów szpitalnych. Jednak dodatkowe założenie o zwiększaniu liczby hospitalizacji w zdecydowanej większości grup wiekowych (scenariusz III) nie zmienia tendencji malejącej zapotrzebowania na personel. W tym jednak przypadku w pierwszej połowie

okresu prognozy liczba personelu niemal się stabilizuje, dopiero w latach 2025 i 2030 występuje spadek i to niewielki, co wyraźnie pokazuje **Wykres 14**.

Zapotrzebowanie na kadry w opiece ambulatoryjnej

Analiza korzystania ze świadczeń opieki ambulatoryjnej ukazuje typowe zależności. Intensywność korzystania zmienia się proporcjonalnie do wieku – im starsza osoba, tym większa liczba odbytych rocznie wizyt. Wyraźny wyjątek stanowi grupa najmłodszych (0–4) w podstawowej opiece zdrowotnej. W tym wieku wizyty u lekarza



Wykres 14. Prognoza wielkości zatrudnienia personelu medycznego w opiece stacjonarnej w latach 2010–2030.

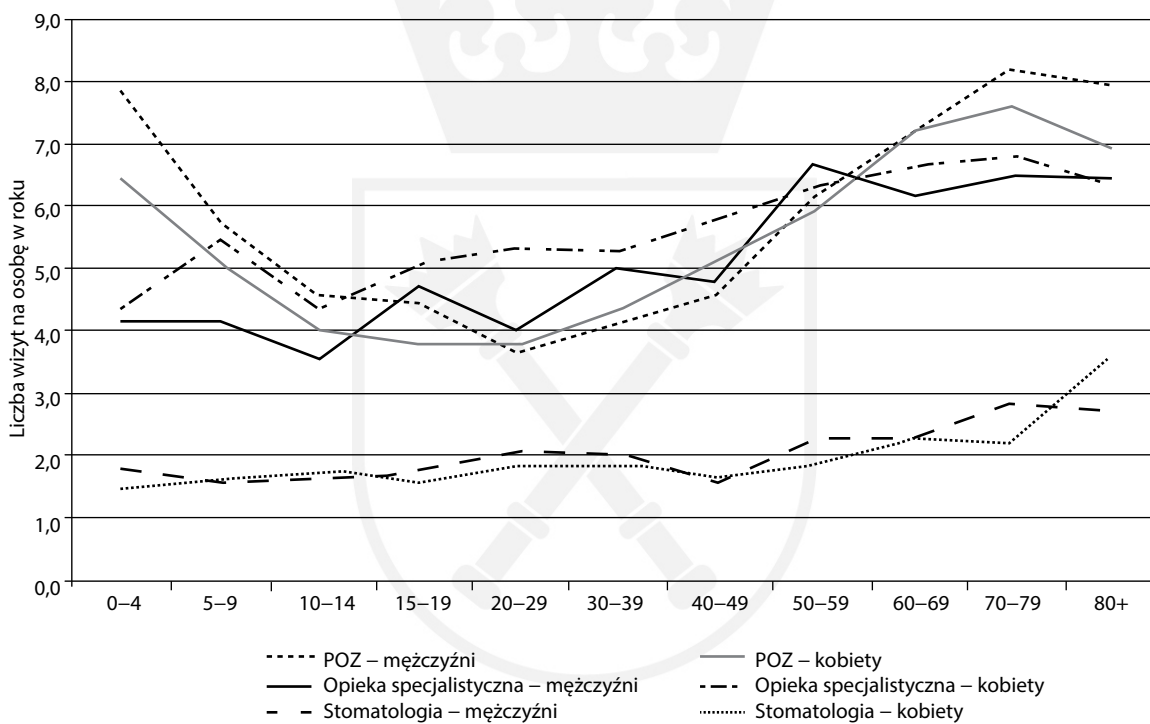
Źródło: Opracowanie własne.

pierwszego kontaktu są częste – w dużym stopniu poświęcone świadczeniom o charakterze profilaktycznym, choć jest to również okres wysokiego natężenia różnych chorób wieku dziecięcego, wymagających interwencji lekarza. W najstarszej grupie wiekowej (80+) możemy natomiast zaobserwować spadkowe tendencje korzystania z opieki ambulatoryjnej. Jest to wynik stopniowego przesuwania się wraz z wiekiem nacisku z leczenia na opiekę i w rezultacie rzadszego korzystania z porad lekarskich. Również dostęp najstarszych grup wiekowych do lekarzy w leczeniu ambulatoryjnym może być utrudniony z powodu mniejszej mobilności w tym okresie życia. Podobnie jak w przypadku scenariusza I dla opieki stacjonarnej, właśnie różnice w korzystaniu ze świadczeń w zależności od wieku determinują przy przyjętych założeniach zmiany w prognozie zapotrzebowania na lekarzy w opiece ambulatoryjnej.

Wykres 15 przedstawia korzystanie z opieki ambulatoryjnej za pomocą wskaźnika przeciętnej liczby wizyt na osobę w ciągu roku.

Wyniki czysto demograficznej prognozy zapotrzebowania na personel medyczny w opiece ambulatoryjnej nie są tak jednoznaczne, jak w przypadku opieki stacjonarnej (**Tabela VIII** i **Wykres 16**).

Wprawdzie zarówno w POZ, jak i w opiece specjalistycznej prognozowane zapotrzebowanie na lekarzy w opiece ambulatoryjnej wzrasta, ale dynamika tego wzrostu jest niewielka. W przypadku lekarzy pierwszego kontaktu w drugim okresie prognozy liczba niemal się stabilizuje, co wskazuje na zrównoważenie zwiększonego zapotrzebowania w wyniku starzenia się populacji malejącą całkowitą liczbą osób objętych opieką. Popyt na stomatologów nieco spada, co – jak już wspomniano wcześniej – jest spowodowane małymi różnicami w ko-



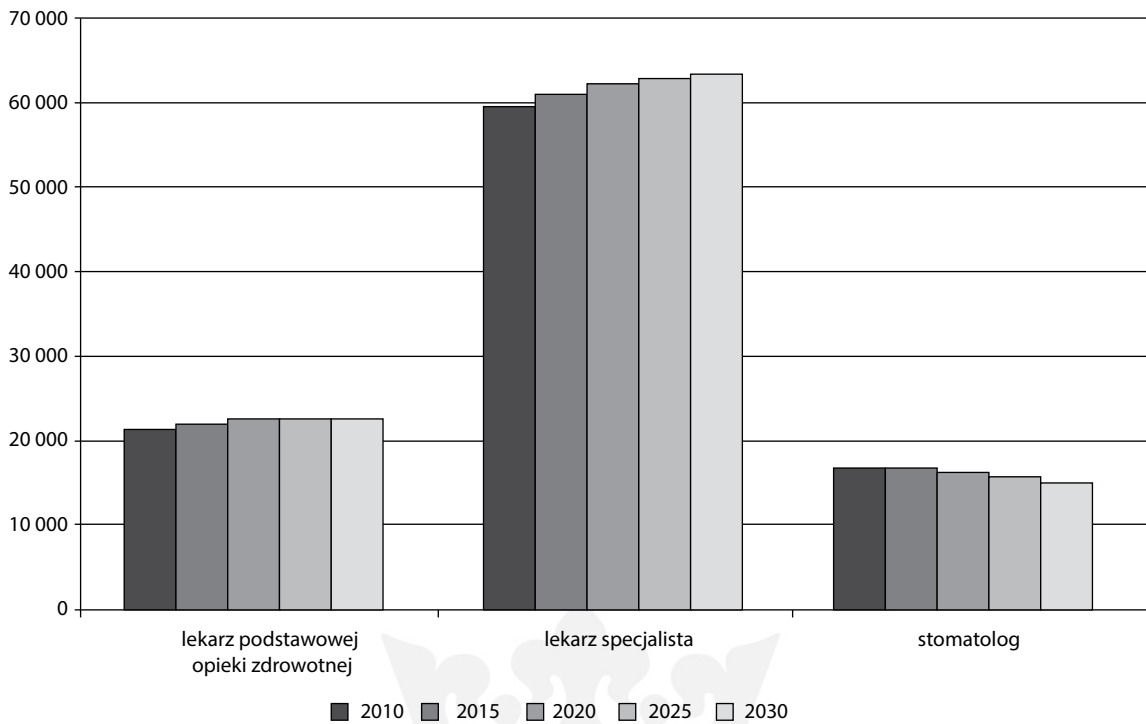
Wykres 15. Przeciętna liczba wizyt w opiece ambulatoryjnej według wieku i płci w roku 2010.

Źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, Warszawa 2011; CSIOZ (2002–2013), *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.

| Rodzaj personelu | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | Zmiana 2010–2030 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|
| Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej | 21 169 | 21 781 | 22 273 | 22 529 | 22 561 | 1392 |
| Lekarz specjalista | 59 545 | 60 985 | 62 051 | 62 787 | 63 089 | 3544 |
| Stomatolog | 16 546 | 16 399 | 16 191 | 15 824 | 15 338 | -1208 |

Tabela VIII. Zapotrzebowanie na lekarzy w opiece ambulatoryjnej w latach 2010–2030.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 16. Prognoza wielkości zatrudnienia lekarzy w opiece ambulatoryjnej w latach 2010–2030.

Źródło: Opracowanie własne.

rzystaniu z tego rodzaju opieki między grupami wiekowymi – krzywa przeciętnej liczby wizyt według wieku przebiega dość płasko.

Dyskusja

Analizowanie i prognozowanie zatrudnienia kadr medycznych w Polsce stanowi zadanie trudne z uwagi na wciąż niedostateczne informacje statystyczne. Wprawdzie w ostatnich latach zakres informacji statystycznych i możliwości ich porównywania w dłuższym okresie znacznie się poprawiły dzięki sprawozdawczej działalności CSIOZ oraz badaniom GUS, wciąż jednak obraz rynku pracy w sektorze zdrowotnym jest niekompletny. Dostępne informacje nie uwzględniają różnorodności form zatrudnienia i wielości pracodawców, nie nadążają za zmianami w edukacji oraz kształtowaniu się struktur specjalistów. Pomijają warunki pracy zatrudnianego personelu medycznego. W tej sytuacji możliwe jest tylko zarysowanie obrazu rynku pracy w ochronie zdrowia.

Przedstawione w artykule prognozy zapotrzebowania na kadry medyczne opierają się na analizie zmiennych popytowych⁹, a przede wszystkim na ocenie kształtowania się korzystania ze świadczeń zdeterminowanych w przyszłości zmianami w strukturze populacji. Prognozy sporządzono odrębnie dla sektora stacjonarnego i ambulatoryjnego.

Prognoza zapotrzebowania na kadry medyczne w opiece stacjonarnej bierze pod uwagę trzy grupy czynników wpływających na korzystanie ze świadczeń. Można powiedzieć, że każdy następny scenariusz jest

zbudowany na poprzednim – w każdym scenariuszu, w porównaniu z poprzednim, zostaje dodany kolejny czynnik zmian. Scenariusz uwzględniający wyłącznie czynniki demograficzne ukazuje najwyższy wzrost potrzeb zatrudnienia kadr medycznych. Dodanie zmian w długości hospitalizacji powoduje drastyczne zahamowanie wzrostu zapotrzebowania na kadry, a wprowadzenie założenia o zmieniającej się liczbie pobytów szpitalnych daje skutek w postaci wyników pośrednich.

Zatrudnienie w opiece ambulatoryjnej zostało poddane projekcji zdeterminowanej tylko czynnikami przemian demograficznych, jakie będą zachodzić w polskiej populacji. W rezultacie otrzymano niewielkie zmiany w zapotrzebowaniu na kadry lekarskie – znacznie mniejsze niż w opiece stacjonarnej.

Podstawowe założenie przyjęte w przedstawionej prognozie, a polegające na zachowaniu na dotychczasowym poziomie liczby wizyt (opieka ambulatoryjna) lub liczby dni hospitalizacji (opieka stacjonarna) przypadających na jedną zatrudnioną osobę w rozważanych zawodach medycznych, może budzić zastrzeżenia. Może bowiem sugerować, że obecne zatrudnienie w opiece zdrowotnej jest na poziomie wystarczającym i nie wymaga weryfikacji. Natomiast w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń, ich dostępności, a także warunków pracy personelu medycznego należałoby rozważyć wprowadzenie do prognozy dalszych założeń dotyczących optymalizacji poziomu zatrudnienia.

Istotnym elementem przemysłów jest zagadnienie efektywnościowej tendencji dotyczącej przesuwania w przyszłości opieki zdrowotnej z trybu stacjonarnego

do ambulatoryjnego. W prognozie hospitalizacji, która generuje wysokie koszty, uwzględniono potencjalne działania prowadzące do ograniczania liczby przyjęć i długości hospitalizacji. Jednak z uwagi na ograniczenie założeń prognozy w scenariuszu czysto demograficznym nie uwzględniono wzrostu liczby świadczeń w opiece ambulatoryjnej spowodowanych przesunięciami z sektora stacjonarnego.

Przedstawione wyniki prognozy powinny stanowić punkt wyjścia do dalszych, bardziej szczegółowych analiz oraz projekcji, które ukazałyby wpływ nieuwzględnionych czynników, wpływających na zapotrzebowanie na kadry w sektorze ochrony zdrowia w przyszłości.

Wnioski

Wskaźniki nasycenia personelem medycznym są w Polsce w porównaniu z innymi krajami UE relatywnie niskie. Przyczyniły się do tego tendencje z lat 90., kiedy następował spadek zatrudnienia. Mimo odwrócenia tej tendencji w ostatniej dekadzie, kiedy obserwujemy wzrost zatrudnienia, wskaźniki nasycenia nie powróciły do poziomu sprzed okresu transformacji, mimo dynamicznie rosnącego popytu na opiekę medyczną. Na ograniczenia w dostosowaniu podaży do popytu mają wpływ czynniki systemowe: regulacje dotyczące kształcenia bez oparcia na narzędziach planowania kadr, nadal relatywnie niskie płace w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie pielęgniarek, niedostatecznie zdefiniowane ścieżki awansu zawodowego w zawodach medycznych oraz emigracja zarobkowa determinowana także czynnikami przyciągającymi krajów przyjmujących.

Personel medyczny charakteryzuje się specyficzną strukturą pod względem płci i wieku. Wśród pracujących zdecydowaną przewagę mają kobiety, a przeciętny wiek zatrudnionych jest wyższy niż w innych sektorach gospodarki. Ten fakt kieruje naszą uwagę na dostosowanie warunków pracy do tej odmienności w strukturze zatrudnienia. Czy w sektorze zdrowotnym uwzględnić takie warunki, aby możliwe było godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym? Czy organizacja pracy w placówkach opieki zdrowotnej jest dostosowana także do wieku i związanej z nim produktywności pracy? Czy w strukturze zarządzania w dostatecznym stopniu reprezentowane są kobiety, co umożliwia łatwiejsze dopasowanie organizacji pracy do specyfiki zatrudnienia z pełnym respektem do utrzymania jakości usług zdrowotnych?

W nadchodzących latach, z wysoką dynamiką procesu starzenia się ludności w Polsce, popyt na kadry medyczne będzie silnie wzrastający. Starzenie się będzie bowiem wpływać na wzrost liczby udzielanych świadczeń, pomimo spadku całkowitej liczby osób w populacji. Jak bardzo, ukazują to prognozy wykonane w scenariuszu czysto demograficznym. Zostały one sporządzone przy założeniu *ceteris paribus* w odniesieniu do oddziaływania innych czynników, które będą niewątpliwie wpływać na zatrudnienie. Mogą one ograniczać wzrost popytu na zasoby ludzkie, ale również w wielu przypadkach mogą ten popyt dodatkowo indukować.

Przy założeniu dalszego trwania obecnej funkcjonalnej struktury opieki zdrowotnej, uwzględniającej stosun-

kowo duży udział opieki stacjonarnej, wzrost zapotrzebowania na personel medyczny w szpitalach zwiększy się do około prawie 30 tys. osób w 2030 r. w scenariuszu pierwszym, czysto demograficznym. Przy czym w skali $\frac{2}{3}$ będzie to dotyczyć pielęgniarek. Gdy do prognozy wprowadzimy czynnik „efektywnościowy”, czyli przeciętny okres pobytu w szpitalu, także zróżnicowany według wieku i płci, to zapotrzebowanie na usługi i w konsekwencji na personel medyczny będzie wyraźnie niższe.

Wyniki sporządzonych prognoz sugerują tylko nieznaczny wzrost zapotrzebowania na opiekę ambulatoryjną pod wpływem zmian demograficznych w przyszłości. Już bowiem obecnie nasycenie w dominujące grupy zawodów medycznych (lekarzy pierwszego kontaktu oraz dentyistów) jest w opiece ambulatoryjnej relatywnie wysokie.

Prognozy nie obejmują oceny zapotrzebowania na kadry w opiece ambulatoryjnej w przekroju specjalizacji. Brakowało danych diagnozujących sytuację w latach ostatniej dekady. Dostępne dane statystyczne z przełomu dekad (2007–2012) już wyraźnie wskazują na wzrost liczby specjalizacji związanych z procesem starzenia się i wzrostem występowania chorób przewlekłych. Należy sądzić, że w przyszłości nastąpi dalszy wzrost zapotrzebowania na specjalizacje związane ze wzrostem występowania nowotworów, chorób degeneratywnych układu kostno-stawowego, neurologicznych i psychicznych.

Specjalistycznie wykwalifikowane zasoby pracy są w sektorze zdrowotnym podstawowym „środkiem produkcji” usług zdrowotnych. Aktualny raport WHO (2013) na ten temat został zatytułowany wymownie: *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, oddając wprost tę prawdę. Dlatego przewidywania dotyczące przyszłego zapotrzebowania na kadry medyczne oraz systematyczne planowanie ich kształcenia i zatrudniania stanowią podstawowy element dobrego rządzenia (*good governance*) w sektorze zdrowotnym. Polska jest jednym z nielicznych krajów, który nie posiada struktur administracyjnych prowadzących odpowiednie w tej dziedzinie działania (planowanie kadr medycznych) [9]. To wymaga pilnej zmiany.

Przypisy

¹ Celem projektu jest analiza prognozowanej sytuacji na rynkach pracy w obliczu przemian zachodzących w społeczeństwach europejskich. Prowadzony jest w latach 2011–2015, a jego koordynatorem jest europejski instytut badawczy CEPS (Centre for European Policy Studies), a w odniesieniu do WP 12 – niemiecki instytut ds. ekonomicznych DIW (Deutsches Institut für Wirtschaft).

² Emigracja lekarzy w okresie akcesji do UE wystąpiła także w pozostałych nowych krajach członkowskich.

³ Jako że sektor zdrowotny nie jest sektorem rynkowym, to planowanie i regulacje państwa odgrywają w nim rolę zasadniczą.

⁴ Sektor zdrowotny stał się pod względem wynagrodzeń korzystniejszy dla kobiet. Natomiast w całej gospodarce relacje wynagrodzeń są zdecydowanie korzystniejsze dla mężczyzn o ponad 20%.

⁵ Wskaźnik wypisów ze szpitala to wskaźnik używany m.in. w statystykach Eurostat i OECD, określający liczbę pacjentów opuszczających szpital po skorzystaniu ze świad-

czeń w trybie stacjonarnym. Obejmuje on również przypadki zgonów w szpitalu, transferów do innych szpitali oraz wypisy nowo narodzonych dzieci.

⁶ Z uwagi na brak danych przy zastosowanej metodzie prognozy opartej na danych o korzystaniu ze świadczeń z lat ubiegłych nie było możliwe przeprowadzenie prognozy obejmującej pielęgniarstwo w opiece ambulatoryjnej.

⁷ W projekcie NEUJOBS wykorzystano dwa warianty prognoz demograficznych EUROPOP2010: wariant „napięty” (*tough*) oraz „przyjazny” (*friendly*). Warianty te różnią się założeniami dotyczącymi dzietności, oczekiwanej długości życia oraz stopy migracji. Te prognozy demograficzne wydają się jednak zbyt skrajne i przez to mało realistyczne. W wariantcie napiętym przewidywany do 2030 r. spadek populacji wynosi niemal 9%, podczas gdy w wariantcie przyjaznym populacja Polski po niewielkim spadku na początku, od 2025 roku ponownie wzrasta (co wynika w największym stopniu z założenia dzietności na wysokim, jak na Polskę, poziomie 1,69).

⁸ Wyjątek stanowią pobyty w szpitalu kobiet w grupie wiekowej 45–59 lat oraz mężczyzn w grupie 45–54 lata – w tych przypadkach odnotowano niewielki spadek liczby przyjęć.

⁹ W ramach projektu NEUJOBS wykonano też prognozy podażowe i porównano niedobór kadr wynikający z porównania wyników prognoz podażowych i popytowych. Wyniki zostaną opublikowane w 2014 r.

Piśmiennictwo

- Buchan J., *Global nursing shortages*, „British Medical Journal” 2002; 324: 751–752.
- Zurn P., Dalpoz M., Stilwell B., Adams O., *Imbalances in the Health Workforce*, WHO, Geneva 2002.
- WHO, *Human Resources in Health*, Report by the Secretariat WHO, Geneva 2004.
- WHO, *The World Health Report 2006 – Working Together for Health*, Geneva 2006.
- OECD, *The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond?*, OECD Health Policy Studies, Paris 2008.
- Simoens S., Villeneuve M., Hurst J., *Tackling Nurse Shortages in OECD countries*, OECD, Paris 2005.
- European Commission, *Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie*, KOM, Bruksela 2008: 725.
- ECFIN, *The Aging Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, „European Economy” 2012; 2.
- European Commission, *Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, accompanying the document Towards a job-rich recovery*, SWD, Strasbourg 2012: 93.
- Golinowska S., Kocot E., *Żeby zdrowie nie było zbyt drogie*, <https://www.obserwatorfinansowy.pl/badania-i-raporty/>; 2010; dostęp: 16.06.2013.
- Ministerstwo Zdrowia (MZ), *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga I*, 2004.
- Ministerstwo Zdrowia (MZ), *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2009.
- WHO, *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, Golinowska S., Sowada Ch., Woźniak M. (red.), WHO, Warsaw 2007.
- Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M., Dubas K., Kocot E., Jurkiewicz-Świątek I., Seweryn M., Evetovits T. (red.), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2012.
- Domagała A., *Wpływ reformy ochrony zdrowia na zmiany w strukturze i warunkach zatrudnienia kadr medycznych* (Impact of the health reform on changes in employment structure and labour conditions of medical workforce), Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ Collegium Medicum, Kraków 2004.
- Griffin Ch., Golinowska S., Kocot E., *Main drivers of health expenditures in Poland; analysis and projections*, WB Office, Warsaw 2010.
- Geerts J., Willemé P., Mot E., *Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland*. „ENEPRI Research Report” 2012; 116.
- Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, NFZ, Warszawa 2012.
- Siuda-Krajewski K. (red.), *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, Śląski Uniwersytet Medyczny, Bytom 2008.
- GUS, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2012.
- GUS, *Zasady metodyczne statystyki rynku pracy i wynagrodzeń*, GUS Departament Pracy i Warunków Życia, Warszawa 2008.
- GUS, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2006 r.*, Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2007.
- GUS, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2008 r.*, Informacje i Opracowania Statystyczne GUS, Warszawa 2009.
- Fujisawa R., Lafortune G., *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?*, OECD Health Working Papers, No. 41, OECD Publishing 2008; <http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>; dostęp: 16.06.2013.
- Sawiński Z., Domański H., *Hierarchie prestiżu zawodów w Polsce w latach 1958–1987*, „Studia Socjologiczne” 1989; 112.
- CBOS, *Prestiż zawodów, Komunikat z badań*, Warszawa, BS 2009; 8.
- CSIOZ (2002–2013), *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002–2013.
- Schulz E., Coda F., Geyer J., Golinowska S., Radvansky M., *Impact of ageing on curative health care workforce in selected EU countries*, „Neujobs Working Paper” 2013; D12.1.
- Health workforce 2025, Doctors, Nurses, Midwives*, „HWA – Health Workforce Australia” Adelaide 2012; 1, www.hwa.gov.au; dostęp: 16.06.2013.
- Schulz E., *Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Germany*, „Neujobs Working Paper” 2013; D12.1.
- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, Warszawa 2011.

Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego — potrzeba czy konieczność?

Alicja Domagała

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Alicja Domagała, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, alicja.domagała@uj.edu.pl

■ Abstract

Human resources planning in health care system – the need or the necessity?

The article presents the main assumptions and limitations of human resources planning in health care system and conditions of this process in Poland. The results of the WHO research inform about the world crisis of medical staff. The situation in our country is extremely difficult due to lack of formal organization/structure responsible for planning of human resources for health. Moreover the core indicators of Polish medical staff (physicians-per population ratio, nurses-per population ratio) are one of the lowest in Europe. Public health experts and professional associations of medical staff (e.g. National Chamber of Nurses and Midwives) have developed worrisome forecasts of the availability of the medical staff in our country but policy makers don't undertake activity in this field.

For the purpose of dealing with problems of medical staff shortages in Poland it is necessary to establish cooperation of different partners and institutions (Ministry of Health, Ministry of Science and Higher Education, professional association, medical universities, data collection institutions, unions, health service providers). Planners and decision makers should develop and implement models and strategies for planning of medical staff which are need-based, outcome-directed and that recognize the complex and dynamic nature of health care services.

Key words: health care system planning, human resources for health

Słowa kluczowe: kadry medyczne, planowanie, system zdrowotny

■ Wprowadzenie

Pracownicy medyczni są podstawą każdego systemu zdrowotnego i stanowią główne zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. Analizy stanu zdrowia populacji wskazują na bezpośrednią zależność między pozytywnymi wynikami zdrowotnymi a wystarczającą liczebnością kadry medycznej. Postępujący obecnie proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe prognozują zwiększenie popytu na świadczenia zdrowotne (zwłaszcza pielęgnacyjne i opiekuńcze), a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na personel medyczny. Z kolei ograniczenia ekonomiczne wymuszają racjonalizację wydatków finansowych na opiekę zdrowotną, co skutkuje koniecznością racjonalizacji zatrudnienia¹.

W ostatnich latach zagadnienia dotyczące niedoborów kadry medycznej, luki pokoleniowej w grupie lekarzy i pielęgniarek oraz prognoz w tym zakresie są tematami bardzo aktualnymi i ważnymi, stąd problemy te stały się pretekstem do napisania artykułu. Celem artykułu jest wskazanie uwarunkowań procesu planowania zatrudnienia w systemie zdrowotnym, przedstawienie kluczowych dokumentów organizacji międzynarodowych w kontekście kadr medycznych oraz analiza stanu planowania kadr medycznych w Polsce. Artykuł nie prezentuje symulacji liczebności i prognozowania dostępności kadr medycznych, gdyż zagadnienia te zostały szczegółowo omówione w poprzednim artykule niniejszej publikacji.

Od wielu lat zarówno organizacje międzynarodowe, jak i rządy poszczególnych krajów przywiązują ogromną wagę do racjonalnego planowania rozwoju kadr

medycznych. Jest to tym bardziej uzasadnione, że czas potrzebny do wykształcenia lekarza czy pielęgniarki jest stosunkowo długi, a więc ewentualne błędy i zaniedbania w planowaniu kadry medycznej mogą mieć poważne konsekwencje dla systemu przez wiele lat.

Planowanie zatrudnienia jest stałym procesem, obejmującym określanie potrzeb personalnych w wymiarze ilościowym i jakościowym, analizowanie istniejącego stanu i struktury personelu, tworzenie planów minimalizujących lukę między podażą a popytem na wewnętrznym rynku pracy oraz monitorowanie procesu wdrażania planów zatrudnienia w życie [1]. Planowanie kadr medycznych powinno być podejmowane zarówno na poziomie jednostki opieki zdrowotnej, jak również na poziomie całego systemu zdrowotnego. Proces planowania kadr na poziomie jednostki jest dla menedżera jednym z najistotniejszych elementów skutecznego zarządzania i warunkuje właściwą realizację zadań. Brak właściwego planowania kadr i nieprawidłowości dotyczące organizacji pracy mogą skutkować m.in. obniżeniem jakości i dostępności usług medycznych, częstszym występowaniem zdarzeń niepożądanych, nadmiernym obciążeniem pracowników, ograniczeniem rozwoju zawodowego. Stąd waga, jaką przypisuje się znaczeniu planowania zasobów ludzkich.

Planowanie kadr medycznych ma również bardzo istotne znaczenie z punktu widzenia całości systemu zdrowotnego. W tym kontekście planowanie kadr medycznych ma wymiar strategiczny ukierunkowany na dostosowanie wielkości i struktury zatrudnienia do obecnych i przyszłych potrzeb, tak aby nie powstawały sytuacje niedoboru lub nadmiaru personelu.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie pt. *Human Resources for Health. Toolkit on monitoring health system strengthening* rekomenduje analizę trzech wskaźników w celu skutecznego monitorowania dostępnych i potrzebnych zasobów [2]:

- liczba pracowników na 10 000 mieszkańców w poszczególnych grupach zawodów medycznych (wszystkie osoby uprawnione do wykonywania zawodu);
- rozmieszczenie pracowników medycznych według grup zawodowych, płci, specjalizacji medycznej, regionu, miejsca pracy (sektor publiczny, prywatny);
- roczna liczba absolwentów szkół medycznych na 100 000 mieszkańców – według poziomu i kierunku kształcenia.

Proces planowania musi więc być procesem ciągłym i stale monitorowanym. W ujęciu strategicznym planowanie zasobów kadrowych wymaga ścisłej współpracy wielu podmiotów związanych z kształceniem, zatrudnieniem i zarządzaniem pracownikami medycznymi. W polskich warunkach do tej grupy należy zaliczyć: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, uczelnie medyczne, izby lekarskie, izby pielęgniarskie, stowarzyszenia zawodów medycznych, związki zawodowe, stowarzyszenia pracodawców systemu opieki zdrowotnej, konsultantów wojewódzkich i krajowych poszczególnych dziedzin medycyny oraz organy administracji samorządowej.

Wdrożenie procesu planowania nie daje gwarancji, że nie pojawi się problem niedoboru kadry, ale skuteczne planowanie jest systemem wczesnego ostrzegania i daje szansę na podjęcie wczesnej interwencji.

Uwarunkowania planowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego

Skuteczne planowanie zasobów ludzkich systemu zdrowotnego jest trudne z wielu powodów: zmieniają się potrzeby zdrowotne (uwarunkowane czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi oraz socjokulturowymi), zmienia się model podaży i popytu usług zdrowotnych, zmienia się struktura pracowników medycznych (starzeje się populacja, a więc także kadry medyczne, wzrasta liczba pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy, zmienia się forma zatrudnienia pracowników). Ponadto istnieje duża różnica czasowa między decyzjami planistycznymi a uzyskaniem ich rezultatów, np. okres wyszkolenia dodatkowej liczby lekarzy specjalistów wynosi od kilku do kilkunastu lat, co w czasie szybko następujących zmian w systemie stanowi poważne utrudnienie [3].

Proces planowania kadr medycznych jest procesem utrudnionym z powodu wielości i złożoności czynników, które wpływają na jego uwarunkowania. Czynniki te można podzielić na następujące grupy: ekonomiczne, prawne, demograficzno-epidemiologiczne, społeczno-kulturowe i technologiczne (**Tabela 1**).

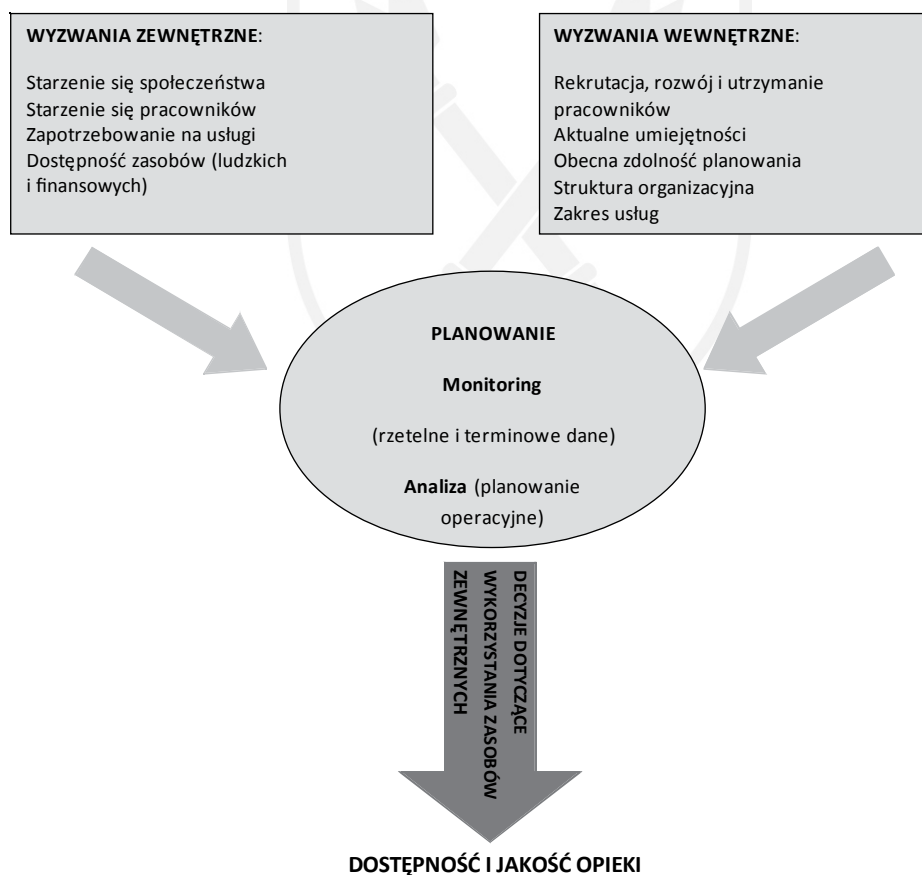
Niedobory kadr medycznych, o których donoszą m.in. raporty WHO, w przypadku wielu krajów są skutkiem nie tylko braku rzetelnego planowania, lecz także kilkunastoletnich zaniedbań w systemie kształcenia lekarzy i pielęgniarek, jak również niedofinansowania ochrony zdrowia [4]. O obecnym kryzysie sytuacji kadr medycznych niewątpliwie w znacznej mierze zdecydowały: nieefektywne zarządzanie zasobami ludzkimi, m.in. brak racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczeń zakładów opieki zdrowotnej oraz brak należytego planowania w systemie edukacji. Obecnymi dylematami większości krajów są problemy związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi, zapewnienie wynagrodzenia na satysfakcjonującym poziomie oraz utrzymanie pracowników na stanowiskach pracy [4].

Planowanie zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej było tradycyjnie oparte na ekstrapolacji wskaźnika wielkości populacji świadczeniodawców w stosunku do spodziewanej przyszłej populacji. Analiza obejmowała wpływ zmian demograficznych na poszczególne grupy zawodów medycznych. W rezultacie takie planowanie jest ograniczone do analizy wpływu zmian demograficznych na wydajność zasobów ludzkich systemu zdrowotnego relatywnie do wielkości obsługiwanej populacji i wykorzystuje założenia stałego poziomu zarówno w odniesieniu do wydajności opieki zdrowotnej, jak również stanu zdrowotnego w danej grupie wiekowej. Polityka zasobów ludzkich w systemie zdrowotnym i badań w tym zakresie powinna być budowana na podstawie potrzeb zdrowotnych populacji, niezależnych pomiarów

| Uwarunkowania | Czynniki |
|---------------------------------------|---|
| Ekonomiczne | <ul style="list-style-type: none"> • możliwości finansowe państwa • wysokość nakładów finansowych na opiekę zdrowotną • oczekiwania pracowników w odniesieniu do wysokości wynagrodzenia • rozwój konkurencji i poziom wynagrodzenia w sektorze prywatnym |
| Prawne | <ul style="list-style-type: none"> • regulacje prawa pracy • regulacje prawa podatkowego • prawo regulujące funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej • dyrektywy i inne przepisy Unii Europejskiej |
| Demograficzno-epidemiologiczne | <ul style="list-style-type: none"> • starzejące się społeczeństwo • zmieniająca się struktura wiekowa kadr medycznych • zwiększenie liczby zachorowań na choroby przewlekłe • pojawiające się nowe zachorowania, np. na choroby zakaźne |
| Spółeczno-kulturowe | <ul style="list-style-type: none"> • wzrost świadomości i oczekiwań pacjentów • siła związków zawodowych • globalizacja • migracja |
| Technologiczne | <ul style="list-style-type: none"> • dostęp i rozwój nowych technologii • postęp w naukach medycznych |

Tabela I. Uwarunkowania planowania kadr systemu zdrowotnego.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 1. Rola planowania zasobów ludzkich.

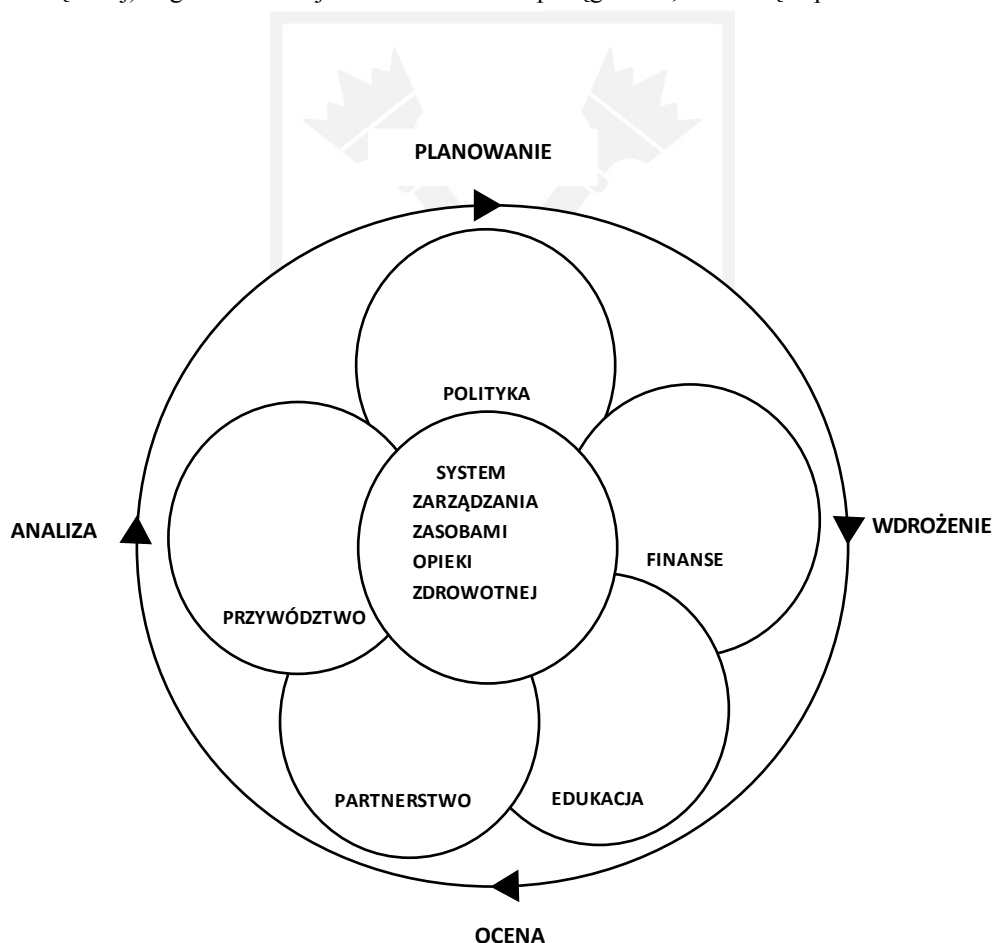
Źródło: Opracowanie własne na podstawie „EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study”, May 2012.

podażą i popytu. Decydenci i politycy zdrowotni powinni udoskonalić szacowanie potrzebnych zasobów ludzkich ochrony zdrowia poprzez bardziej precyzyjne uwzględnienie potrzeb zdrowotnych populacji, analizę wydajności pracowników i strategię opierającą się na działaniach mających na celu dopasowanie do oczekiwań poszczególnych grup świadczeniodawców. Rozwijane powinny być te modele i strategię planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, które są oparte na analizie potrzeb, ukierunkowane na skutki i wyniki i uznają kompleksową i dynamiczną naturę czynników wpływających na te decyzje. W celu zapewnienia właściwego i skutecznego planowania przyszłego zapotrzebowania na zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej konieczne jest zrozumienie wzajemnych powiązań między stanem zdrowia populacji, wiekiem i rokiem urodzenia, a także czynnikami socjalnymi [5].

Planowanie zasobów ludzkich systemu zdrowotnego nie może być rozważane tylko w teorii. Konieczna jest istotna inwestycja w infrastrukturę planowania i zarządzania danymi. Kreowanie strategii restrukturyzacji zatrudnienia jest procesem wymagającym gruntownej analizy struktury i jakości posiadanych zasobów. Szczegółowej ocenie powinny być także poddane uwarunkowania rynku pracy (w tym prognozowanie podaży wewnętrznej i zewnętrznej) i ogólne tendencje ekonomiczne

oraz przewidywany popyt na realizowane świadczenia (zob. **Rysunek 1**). W celu dostosowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej do popytu na świadczenia zdrowotne konieczne jest planowanie uwzględniające takie uwarunkowania, 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 dostępności i jakości (**Rysunek 1**). Kompleksowy proces planowania powinien uwzględniać trzy ważne zakresy: monitorowanie (warunkowane dostępnością do rzetelnych i aktualnych danych dotyczących kadr), analiza (wieloczynnikowa uwzględniająca wiele zmiennych wpływających na kształtowanie popytu i podaży kadry medycznej) oraz planowanie strategiczne, znajdujące przełożenie na wyznaczenie konkretnych kierunków działań (w tym zakresie szczególnie istotna jest ścisła współpraca wszystkich podmiotów odpowiedzialnych i zaangażowanych w planowanie kadr).

Zmiany demograficzne dotyczą nie tylko populacji mieszkańców jako potencjalnych pacjentów, ale także pracowników sektora zdrowotnego. Obecna struktura wiekowa kadry medycznej jest niekorzystna. Średni wiek zatrudnionych rośnie zarówno w przypadku lekarzy, jak i pielęgniarek, duża część personelu zbliża się do wie-



Rysunek 2. Matryca oddziaływania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „HRH Action Framework”, WHO 2010; <http://www.capacityproject.org/framework/>; dostęp: 16.06.2013.

ku emerytalnego, potrzebna więc będzie odpowiednia liczba nowych pracowników, aby zastąpić tych odchodzących. W wielu krajach (także w Polsce) występuje problem tzw. luki pokoleniowej wśród lekarzy i pielęgniarek, powstałej w wyniku przechodzenia na emeryturę pracowników w liczbie przewyższającej napływ młodej kadry do systemu. Bardzo istotne znaczenie ma w tym zakresie współpraca z sektorem edukacji i planowanie liczby przyjęć na studia medyczne, a także zwiększenie możliwości kształcenia ustawicznego, zachęcanie do rozwoju zawodowego oraz wsparcie rozwoju zawodowego pracowników przez kadrę zarządzającą.

W 2010 r. z inicjatywy WHO opracowano **HRH Action Framework** – Matrycę oddziaływania zasobów ludzkich opieki zdrowotnej (zob. **Rysunek 2**). Matryca ta zakłada podział procesu planowania na kilka komponent. Różne instytucje, organizacje i różni partnerzy społeczni powinni być odpowiedzialni i zaangażowani w poszczególne komponenty matrycy, co przyczyni się do kompleksowego i zintegrowanego planowania kadr systemu. Analizując poszczególne komponenty, można określić, które organizacje i podmioty powinny być włączone w konkretny zakres planowania zasobów kadrowych w danym kraju:

- **system zarządzania kadrami** (system planowania kadr, zatrudniania, wdrażania i rozwoju pracowników): instytucje odpowiedzialne za prowadzenie rejestrów pracowników i gromadzenie oraz analizę danych statystycznych, a także podmioty zatrudniające pracowników;
- **polityka** (zasady, przepisy i regulacje dotyczące warunków zatrudnienia i rozwoju zawodowego pracowników): podmioty zatrudniające pracowników medycznych, ministerstwo zdrowia, płatnik usług zdrowotnych, stowarzyszenia zawodowe;
- **finanse** (pozyskanie, alokacja i rozdział środków związanych z zasobami kadrowymi): ministerstwo zdrowia, płatnik świadczeń zdrowotnych, świadczeniodawcy, stowarzyszenia zawodowe;
- **edukacja** (kształcenie i rozwój pracowników o odpowiednich kompetencjach): ministerstwo nauki/edukacji, ministerstwo zdrowia, uczelnie medyczne;
- **partnerstwo** (formalne i nieformalne powiązania między różnymi podmiotami systemu, np. świadczeniodawców i płatników świadczeń w celu optymalnego wykorzystania kadr): świadczeniodawcy, stowarzyszenia zawodowe, stowarzyszenia pacjentów;
- **przywództwo** (zdolność wyznaczania kierunków działania do pozyskania, utrzymania i motywacji pracowników oraz osiągnięcia zakładanych celów): ministerstwo zdrowia, stowarzyszenia menedżerów ochrony zdrowia.

Analiza przedstawionej matrycy kadr systemu zdrowotnego powinna inspirować decydentów zdrowotnych do budowania koalicji na rzecz kompleksowego i zintegrowanego procesu planowania kadr medycznych na poziomie krajowym. Decydenci i politycy zdrowotni powinni więc udoskonalić stosowane metody szacowania potrzebnych kadr systemu zdrowotnego poprzez bardziej precyzyjne uwzględnienie zmieniających się potrzeb

zdrowotnych populacji, analizę dostępności i wydajności pracowników i złożoną specyfikę uwarunkowań systemu zdrowotnego.

Planowanie kadr jako priorytet działań organizacji międzynarodowych

Systemy opieki zdrowotnej większości krajów 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. Problematyka planowania kadr medycznych jest więc od kilku lat jedną z priorytetowych sfer zainteresowania wielu organizacji międzynarodowych zajmujących się tematyką zdrowia. W 2006 r. WHO opublikowało raport pt. *Human resources for health in the WHO European Region*, w którym stwierdzono, że większość krajów stoi w obliczu kryzysu dotyczącego kadr medycznych, a głównymi problemami poszczególnych krajów są zagadnienia związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi, zapewnienie satysfakcjonującego poziomu wynagrodzenia oraz utrzymanie pracowników na stanowiskach pracy [4].

Ważną inicjatywą odpowiadającą na wyzwania związane z kryzysem personelu systemu zdrowotnego było opracowanie przez Komisję Europejską dokumentu pt. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health* (Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie) [6]. Celem tego dokumentu było zdefiniowanie wyzwań, przed jakimi stoją systemy zdrowotne w krajach UE w kontekście kadr medycznych oraz wypracowanie działań na poziomie unijnym, które pomogłyby skutecznie rozwiązywać najważniejsze problemy, nie wywierając jednocześnie negatywnego wpływu na systemy opieki zdrowotnej poza Unią Europejską. „Zielona Księga” odegrała ważną rolę w zapoczątkowaniu szerokiej publicznej debaty na temat przyszłości pracowników ochrony zdrowia w Europie, przyczyniła się do zdefiniowania najistotniejszych wyzwań w tym zakresie i zwiększenia zainteresowania problemami, z jakimi zmagają się poszczególne grupy pracowników medycznych. Według Komisji Europejskiej w przypadku planowania strategicznego dotyczącego kadr medycznych należy zwrócić szczególną uwagę na szkolenia zawodowe. KE apeluje o sporządzanie wiarygodnych strategii planowania i sugeruje zwiększenie inwestycji w poszerzenie oferty szkoleń we wszystkich państwach członkowskich. Poprawa możliwości podnoszenia kwalifikacji, zwłaszcza w zakresie szkoleń specjalistycznych, pozytywnie wpłynęłaby także na satysfakcję i motywację pracowników. Postuluje się działania, które mają na celu wzmocnienie edukacji, zarówno przeddyplomowej, jak i kształcenia ustawicznego. KE zwraca również uwagę na jakość procesu kształcenia przyszłych kadr medycznych oraz dostosowanie zakresu treści programowych do faktycznych potrzeb zawodu. W sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na lekarzy, pielęgniarki i innych pracowników ochrony zdrowia należy zwiększyć liczbę miejsc na uniwersytetach i w innych szkołach

kształcących pracowników medycznych oraz zapewnić wykwalifikowaną kadrę akademicką [7].

Przyznanie problemowi kadr medycznych znaczenia priorytetowego skutkowało także podjęciem przez WHO inicjatywy gromadzenia w skali globalnej atlasu wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia – *Global Atlas of the Health Workforce* [8]. W systemie tym gromadzone są dane statystyczne na temat poszczególnych grup zawodów medycznych według rozmieszczenia geograficznego oraz struktury wiekowej i płciowej (należy odnotować, że w *Atlasie* brak danych publikowanych dla naszego kraju)².

Rozumiejąc i doceniając konieczność stworzenia przejrzystych zasad przepływu pracowników medycznych między poszczególnymi krajami, opracowano kodeks WHO, który miał regulować zasady postępowania dotyczącego pozyskiwania pracowników z zagranicy [9]. Państwa rekrutujące zostały wezwane do poszanowania interesów krajów, z których mieliby pochodzić rekrutowani pracownicy. Kraje te powinny także przygotować stosowne warunki prawne, gwarantujące pracownikom napływowym poszanowanie ich praw.

Szczególnie trudna sytuacja występuje w grupie pielęgniarek, stąd wiele inicjatyw międzynarodowych koncentruje się na tej właśnie grupie zawodowej. WHO w dokumencie *Nurses and Midwives. A force for health* wskazuje następujące problemy dotyczące planowania kadry pielęgniarskiej: brak związku między planowaniem zatrudnienia a rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi, brak koordynacji lub niedostateczna koordynacja między sektorami, polityczne zaniedbanie w stosunku do potrzeby strategicznego planowania kadry, niewystarczające limity kształcenia, „krótkowzroczność” w planowaniu, brak równowagi między liczbą osób różnych grup zawodowych, brak współpracy między organizacjami zawodowymi a decydentami politycznymi oraz brak rzetelnych danych statystycznych [10].

Według szacunków Unii Europejskiej przedstawionych w dokumencie *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends* braki zasobów ludzkich w systemie zdrowotnym na poziomie UE już w 2020 r. będą wynosić około 1 mln pracowników, w tym [11]:

- 230 000 – niedobory lekarzy;
- 590 000 – niedobory pielęgniarek;
- 150 000 – niedobory dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów.

W związku z tak niepokojącą diagnozą podkreślono konieczność podjęcia pilnych działań na rzecz planowania zasobów ludzkich w sektorze ochrony zdrowia, a przygotowanie rzetelnych analiz w tym zakresie uznano za główne narzędzie, niezbędne do zniwelowania niedoborów kadry. Jako najistotniejsze problemy utrudniające proces skutecznego planowania wskazano:

- brak dostępności do rzetelnych i aktualnych danych;
- niepewność co do definicji zawodów medycznych;
- niepewność wskaźników dotyczących zdrowia populacji czy rynku pracy;
- brak kompleksowego, zintegrowanego podejścia do planowania pracowników ochrony zdrowia;

- ograniczona dostępność danych na temat migracji pracowników.

Zwrócono także uwagę na to, że niedobory personelu pielęgniarskiego nie zawsze wynikają z braku wykwalifikowanej kadry czy niewłaściwej polityki państwa, problemem może być także brak pielęgniarek wykazujących chęć podjęcia pracy w zawodzie w obecnych warunkach. W takiej sytuacji poszukiwanie rozwiązań powinno się koncentrować na stworzeniu skutecznych systemów motywacyjnych zachęcających do podjęcia pracy zawodowej. Kolejną istotną przyczyną niedoborów kadry pielęgniarskiej to ograniczenia ekonomiczne i niewystarczające środki finansowe przeznaczone na zatrudnienie.

W obliczu kryzysu kadry pielęgniarskiej, przejawiającego się wzrostem udziału pielęgniarek w najstarszych grupach wiekowych, odchodzeniem od zawodu, migracjami przy równoczesnym wzroście popytu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, konieczne jest wprowadzenie skutecznych metod mających na celu redukcję niedoborów kadrowych oraz zapobieganie ich wystąpieniu. Unia Europejska proponuje interwencje, których wdrożenie ma na celu wprowadzenie stałych zmian. Działania w tym zakresie podzielono na cztery kategorie [11]:

- 1) planowanie kadry;
- 2) rekrutacja i sposoby zatrzymania kadry pielęgniarskiej;
- 3) wdrożenie i wydajność (skuteczne zarządzanie pracownikami);
- 4) wykorzystanie potencjału pracowników.

Za jeden z podstawowych elementów skutecznej rekrutacji uznano stworzenie odpowiednich mechanizmów planowania, które pozwolą monitorować wskaźniki popytu i podaży personelu z uwzględnieniem przyszłych wymagań. Właściwe planowanie kadry uwzględni skutki zmian demograficznych i potrzeby zdrowotne ludności oraz profil pracowników. Planowanie musi również uwzględniać czas, jaki jest potrzebny na zdobycie kwalifikacji, a proces ten wymaga współpracy z sektorem edukacji. Bardzo istotnym czynnikiem jest także poziom kompetencji pracowników; planowanie powinno być zintegrowane dla całego systemu, z uwzględnieniem wszystkich pracowników medycznych. Ponadto w procesie planowania kadr należy też uwzględnić takie czynniki, jak: specyfika pracy na danym stanowisku, wielozmianowość, praca w niepełnym wymiarze czasu oraz okres absencji zawodowej.

Opieka zdrowotna w systemie stacjonarnym jest sprawowana całodobowo, ale przy zmiennym zapotrzebowaniu, dlatego wymagane jest właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Wyzwaniem dla systemu jest także stosowanie interwencji umożliwiających równowagę między poziomem zatrudnienia i obciążeniem pracą, a jednocześnie będących atrakcyjnymi dla pielęgniarek, które będą miały możliwość pogodzenia pracy z innymi obowiązkami. Ważnym wyzwaniem jest pozyskanie tych pracowników, którzy chcą pracować lub wrócić do pracy w niepełnym wymiarze, gdyż wdrożenie ich do systemu daje możliwość bardziej efektywnego wykorzystania obecnych

zasobów. Analizowany dokument UE odnosi się także do kwestii ustalania „minimalnego” czy też „bezpiecznego” poziomu zatrudnienia pielęgniarek. Wyznaczenie takich norm nie zostało uznane jednoznacznie za dobre czy też złe rozwiązanie, wskazano jednak, iż może ono prowadzić w rzeczywistości do obciążenia pracą ponad możliwości pracujących, a tym samym do podjęcia decyzji o odejściu z pracy i pogłębieniu niedoborów kadry. Uznano, że poziom zatrudnienia powinien być ustalany na szczeblu lokalnym, przy uwzględnieniu lokalnych potrzeb i zasobów. Presją konieczności poprawy efektywności i skuteczności personelu oraz rosnące uznanie dla powiązań między efektywnym poziomem zatrudnienia i wynikami (w tym bezpieczeństwo pacjentów) doprowadziły do prób zidentyfikowania „najlepszych” metod określenia poziomu obsadzenia pracowników. Należy jednak pamiętać, aby nowe metody były mechanizmami wspomagającymi proces podejmowania decyzji, a nie tylko i wyłącznie wyliczeniami matematycznymi niezajmującymi odzwierciedlenia w rzeczywistości.

W nowoczesnym traktowaniu zarządzania kadrami za jeden z wariantów w rozwiązywaniu problemów kadrowych uznaje się możliwość połączenia kwalifikacji personelu medycznego [11]. Osiągnięcie równowagi jest możliwe przy połączeniu umiejętności pielęgniarek z umiejętnościami innych pracowników systemu opieki zdrowotnej, m.in. opiekunów medycznych. Stanowi to wyzwanie dla kadry zarządzającej, gdyż konieczny jest taki dobór personelu, aby zapewnić skuteczność opieki i bezpieczeństwo pacjentom. Proponowane rozwiązanie wymaga stałej kontroli w celu monitorowania, czy zespół realizuje zamierzone cele najlepiej, jak to jest możliwe przy dostępnych zasobach. Nowe zadania pielęgniarek i innych pracowników medycznych oznaczają konieczność modyfikacji definicji poszczególnych zawodów medycznych, a także potrzebę wprowadzenia nowego systemu edukacji i szkolenia oraz systemu wynagrodzeń i zatrudnienia dopasowanego do zachodzących zmian. Jeśli poziom wynagrodzenia i pozycja danego zawodu nie będą adekwatne do pełnionych ról, pracownicy nie będą zmotywowani do podjęcia aktywności zawodowej. Ważnym wyzwaniem dla menedżerów opieki zdrowotnej jest zdefiniowanie takiego kierunku zmian, które mają na celu zwiększenie efektywności jednostek opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wprowadzanie innowacyjnych metod, narzędzi i instrumentów zarządzania organizacjami, tak aby czynnik ludzki był szczególnie dowartościowany [12].

Bardzo dużą wagę do planowania kadr medycznych przywiązuje się także w krajach poza UE. W USA problematyką tą zajmują się zarówno agendy rządowe (Department of Health and Human Services, Council on Graduate Medical Education), jak również liczne organizacje pozarządowe (m.in. American College of Physicians, Institute of Medicine, American Medical Association, American Medical Student Association, Association of American Medical College, Center for Health Workforce Studies). Badania w zakresie planowania kadr medycznych są prowadzone także w wielu ośrodkach uniwersyteckich. Tak szerokie i wielośrodkowe ujęcie

tej problematyki wskazuje wyraźnie, jaką ogromną rolę przypisuje się planowaniu kadr w warunkach rozwiniętej gospodarki rynkowej.

Planowanie kadr lekarskich w Polsce – stan aktualny

Problemy dotyczące polskich kadr medycznych są zbieżne z problemami zdefiniowanymi w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia [4]. Zabezpieczenie stosownej liczby i jakości kadr medycznych wymaga ścisłej współpracy między wszystkimi podmiotami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w proces planowania kadr. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce regulacjami prawnymi podmiotami współodpowiedzialnymi za funkcjonowanie i zarządzanie ochroną zdrowia są: Ministerstwo Zdrowia, organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim, organy administracji samorządowej (gminnej, powiatowej i wojewódzkiej), Narodowy Fundusz Zdrowia, dyrektorzy jednostek opieki zdrowotnej. W odniesieniu do planowania kadr przedstawioną powyżej listę instytucji należałoby uzupełnić o następujące podmioty: stowarzyszenia zawodów medycznych, związki zawodowe, uczelnie medyczne, konsultanci wojewódzcy i krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Obecna sytuacja dotycząca dostępności kadr lekarskich w naszym kraju jest trudna. Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wskaźnik liczby lekarzy pracujących w placówkach ochrony zdrowia wynosił w 2012 r. **21,5** na 10 000 mieszkańców (według podstawowego miejsca zatrudnienia) i był istotnie niższy od średnich wskaźników dla UE.

J. Ombach i W. Słomczyński w swojej ekspertyzie z 2000 r. pt. *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej w Polsce* wskazują na następujące problemy [13]:

- w Polsce nie istnieje centralny ośrodek (rejestr) gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących kadr medycznych (dane te są rozproszone w wielu podmiotach, często są sprzeczne z sobą i trudno osiągalne);
- nie istnieje w Polsce żaden ośrodek, który zajmowałby się koordynowaniem badań w zakresie planowania kadr medycznych i współpracy z ośrodkami zagranicznymi, a w szczególności dostosowaniem polskich standardów w tym zakresie do tych określonych przez organizacje międzynarodowe;
- brak w Polsce ciągłości badań w zakresie planowania kadr medycznych;
- nigdy nie przeprowadzono w Polsce kompleksowych badań zapotrzebowania na kadry medyczne.

Autorzy po dokonaniu analizy sytuacji w Polsce rekomendowali utworzenie stałego komitetu (10–15 specjalistów związanych z opieką zdrowotną oraz planowaniem), który byłby odpowiedzialny za: ustalanie celów planowania, określanie kryteriów zapotrzebowania na kadrę, publikowanie co 2–3 lata aktualnej wariantowej prognozy wraz z praktycznymi zaleceniami, nadzór i kontrolę nad gromadzeniem danych.

Ponadto postulowali utworzenie zespołu roboczego, którego głównym zadaniem byłoby gromadzenie i przetwarzanie danych oraz sporządzanie prognoz. Wskazali

także na konieczność utworzenia Centralnego Rejestru Lekarzy RP.

Analizując zmianę sytuacji w tym zakresie w ciągu minionych 13 lat, zauważamy, że niestety sytuacja nie uległa wyraźnej poprawie. Istotną pozytywną zmianą zasługującą na uwagę jest na pewno stworzenie Centralnego Rejestru Lekarzy, z którego możemy uzyskać szczegółowe dane na temat aktualnej liczebności kadry lekarskiej z uwzględnieniem wieku, płci, specjalizacji medycznej i rozmieszczenia geograficznego³. Nadal jednak brak jakichkolwiek dokumentów kierunkowych w zakresie planowania, brak regularnych prognoz planistycznych (choć pojawiają się prognozy eksperckie i prace badawcze w tym zakresie), a działania decydentów mają na ogół charakter deklaracyjny. Polityka kształtowania kadr lekarskich w naszym kraju jest więc zdecydowanie niewystarczająca. Działania rządowe w ostatnich latach koncentrowały się na następujących zmianach [14]:

- Zwiększenie wynagrodzeń specjalistów świadczących usługi zakontraktowane przez NFZ (2006 r.).
- Zwiększenie wynagrodzeń lekarzy rezydentów i lekarzy dentyistów rezydentów (od 2009 r.), w szczególności w dziedzinach priorytetowych.
- Zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (i kierunki powiązane) oraz miejsc stażowych.
- Uproszczenie procesów kwalifikacyjnych i skrócenie okresu szkoleniowego do nabywania specjalizacji (2008 r.). Studenci, którzy rozpoczęli studia w październiku 2012 r., podlegają już nowym regulacjom kształcenia podyplomowego. Zamiast odrębnego stażu podyplomowego szkolenie praktyczne zostało włączone do programu studiów.
- Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z 2011 r. zastąpiła system podstawowych i szczegółowych specjalizacji systemem modułowym. Uzyskanie specjalizacji w ramach nowego systemu wymaga krótszego okresu i trwa 5–6 lat (zamiast dotychczasowych 6–9,5 roku).

Racjonalna polityka rekrutacyjna wymaga planowania limitów kształcenia, aby nie ponosić nadmiernych kosztów, ale jednocześnie zapewnić wystarczającą wielkość kadry w przyszłości. Limity przyjęć na studia lekarskie w roku 2013/2014 wynosiły 3165 miejsc. Według Naczelnej Izby Lekarskiej taka liczba nie zapewnia nawet utrzymania obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej (liczba osób podejmujących kształcenie zmniejsza się o tych, którzy nie kończą studiów, nie podejmują pracy w zawodzie oraz wyjeżdżają do pracy za granicę). Według NIL około 30% obecnie pracujących lekarzy przekroczyło 60. rok życia, czyli niedługo odejdą na emeryturę. NIL postuluje zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne w znacznie większym wymiarze, niż to ma miejsce obecnie. Prezes NIL swoje szacunki opiera na niemieckim systemie edukacji, w którym studia lekarskie co roku rozpoczyna około 10,5 tys. studentów, a kończy około 8 tys., jednak pracę w zawodzie lekarza podejmuje tylko około 4,5–6 tys. absolwentów. Biorąc pod uwagę mniejszą o połowę liczebność populacji – w Polsce co roku studia dzienne na kierunku lekarskim powinno rozpoczynać około 5 tys. studentów⁴.

Problemem hamującym zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne są jednak środki finansowe, ponieważ koszt wykształcenia studenta medycyny jest bardzo wysoki.

Nowym trendem jest zainteresowanie otwarciem studiów z zakresu medycyny uczelni ogólnych. Uruchomienie studiów na kierunkach lekarskich planuje Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet w Rzeszowie, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. We wszystkich tych przypadkach starania uniwersytetów otrzymują wsparcie władz samorządowych regionu oraz środowiska lekarskiego [15]. Według władz uczelni za otwarciem kierunku lekarskiego przemawiają następujące uwarunkowania: narastający brak kadry lekarskiej, zmiany w kształceniu lekarzy, podniesienie prestiżu regionu posiadającego własny uniwersytet medyczny⁵.

Planowanie kadry pielęgniarskiej w Polsce

Obecna sytuacja polskiego pielęgniarstwa jest alarmująca, brak pielęgniarek na rynku pracy wymaga pilnego podjęcia wielu działań systemowych. Wśród ważnych wyzwań dla naszego kraju, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację pielęgniarstwa, jest wyraźne ograniczenie znaczenia czynników stymulujących pielęgniarki do migracji. Konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych, politycznych i systemowych ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i roli pielęgniarek w systemie, przede wszystkim zaś poprawa warunków wynagrodzenia, polepszenie warunków pracy, stworzenie ścieżek kariery i możliwości rozwoju, podjęcie działań ułatwiających migrację wewnętrzną. Ponadto dodatkowo na poziom zatrudnienia młodych absolwentów pielęgniarstwa i dalsze decyzje dotyczące kariery zawodowej mogą wpływać pozytywne relacje między sektorem edukacji a potencjalnymi pracodawcami. W przypadku osób, które odeszły od zawodu, należy zdiagnozować przyczyny takiej decyzji i zastanowić się, w jaki sposób można się przyczynić do ich powrotu.

Wskaźnik liczby zatrudnionych pielęgniarek na 10000 mieszkańców naszego kraju według danych Biuletynu Statystycznego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w roku 2012 wynosił **51,9** i jest jednym z najniższych w Europie oraz wykazuje tendencję spadkową. Ponadto obserwuje się brak wymiany pokoleniowej w zawodzie pielęgniarek; liczba młodych osób rozpoczynających pracę w zawodzie jest znacznie niższa od liczby osób przechodzących na emeryturę. Liczba absolwentów wchodzących na rynek pracy nie gwarantuje możliwości zaspokojenia zwiększonego zapotrzebowania starzejącego się społeczeństwa na świadczenia pielęgnacyjne. Wynagrodzenie pielęgniarek wciąż jest głównym czynnikiem demotywującym do pracy w zawodzie i podstawowym czynnikiem skłaniającym do podjęcia decyzji o emigracji. Bódcem stymulującym powstanie niedoborów kadrowych są także niewystarczające środki finansowe przeznaczone na działalność jednostek opieki zdrowotnej, co w konsekwencji prowadzi do redukcji etatów pielęgniarskich.

| ROK | Liczba mieszkańców w tys. | Liczba zatrudnionych | Wskaźnik zatrudnionych na 1 tys. |
|------|---------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 2011 | 38 511 | 192 383 | 5,0 |
| 2015 | 38 016 | 183 344 | 4,82 |
| 2020 | 37 830 | 177 881 | 4,70 |
| 2025 | 37 438 | 162 802 | 4,35 |
| 2030 | 36 796 | 148 062 | 4,02 |
| 2035 | 35 993 | 131 247 | 3,65 |

Tabela II. Prognozy liczby zatrudnionych pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce na lata 2015–2035.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, 2013.

Do powstania niedoborów kadry pielęgniarskiej przyczynia się także nieefektywny system edukacji, którego poważną dysfunkcją jest brak związku między liczbą osób kształcących się na kierunku pielęgniarstwo a wymaganiami rynku pracy. Model edukacji medycznej ulega częstym zmianom, co powoduje duży chaos w sektorze. Wskazuje to na konieczność skierowania zwiększonej uwagi na ten problem, ponieważ edukacja w zakresie pielęgniarstwa czy położnictwa stoi w obliczu silnej konkurencji innych dyscyplin, które często oferują młodym ludziom lepsze perspektywy kariery zawodowej.

Bardzo niepokojące prognozy zostały przedstawione w raporcie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pt. *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035* [16]. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w placówkach medycznych systematycznie spada. Średnia wieku pielęgniarek wynosi aktualnie 45,6 roku (dla położnych 44,5) i stale rośnie⁶.

Mała liczba pielęgniarek w najmłodszych grupach wiekowych wskazuje na niewielkie zainteresowanie młodych osób tym zawodem. Niepokojący jest fakt, że najmniej liczną grupę stanowią osoby w wieku 23 lat (750 osób), co będzie skutkowało dużymi problemami dostępności kadry pielęgniarskiej w najbliższych latach. Biorąc pod uwagę liczebności najstarszych grup wiekowych (46 285 w grupie 51–55 lat oraz 34 002 w grupie 56–60 lat), należy podkreślić, że znaczna grupa pielęgniarek w najbliższym czasie odejdzie na emeryturę, co spowoduje deficyt kadry z przyczyny wyraźnego braku wymiany pokoleniowej w tym zawodzie.

Prognozy dotyczące liczby zarejestrowanych pielęgniarek wykazują wyraźną tendencję spadkową – liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu z roku na rok będzie maleć. Na potrzeby prognoz założono, że wskaźnik liczby pielęgniarek zatrudnionych do zarejestrowanych będzie wynosił 76,4% (analogicznie jak w roku 2011).

Prognozy dotyczące wskaźnika zatrudnionych pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców wskazują, że problem niedoboru kadry pielęgniarskiej w Polsce jest niepokojący (Tabela II). W 2035 r. wskaźnik ten może osiągnąć wartość 3,65. Spadek wskaźnika zatrudnienia do tak niskiego

poziomu przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne stanowi istotne zagrożenie dla ciągłości opieki nad pacjentem i poważne wyzwanie dla decydentów i organizatorów opieki zdrowotnej. Coraz bardziej ograniczone zasoby pracy w systemie zdrowotnym stanowią poważne zagrożenie pogłębiania sytuacji kryzysowej w ochronie zdrowia [17].

Wnioski i rekomendowane kierunki działań dla Polski w zakresie planowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego

Rzetelne planowanie kadr medycznych zarówno w Polsce, jak i w innych krajach jest trudne z uwagi na wieloczynnikowy charakter uwarunkowań tego procesu oraz ograniczoną dostępność rzetelnych i wiarygodnych danych dotyczących liczebności i jakości personelu medycznego. Analiza problematyki wskazuje, że działania planistyczne w zakresie kadr medycznych są koniecznością. Wdrożenie procesu planowania, co prawda, nie daje pewności, że nie wystąpią problemy niedoboru kadry, ale skuteczne planowanie i monitorowanie jest systemem wczesnego ostrzegania i daje szansę na podjęcie w porę interwencji, brak takich działań zaś może być odczuwalny dla systemu przez kilka–kilkanaście lat. Obecna sytuacja kadr polskiego systemu wskazuje na pilną konieczność zmiany podejścia do procesu planowania zasobów ludzkich. Na podstawie dokonanej analizy problemu można zdefiniować następujące rekomendowane kierunki działań w tym zakresie:

1. Planowanie kadr medycznych w Polsce należy potraktować w sposób priorytetowy i nadać mu taką rangę, jak w innych krajach UE, zwłaszcza wobec bardzo niekorzystnych wskaźników zatrudnienia w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Pomimo wieloletnich starań i inicjatyw organizacji międzynarodowych (m.in. WHO i UE), zachęcających kraje członkowskie do priorytetowego potraktowania problematyki kadr medycznych, w Polsce do tej pory nie powstały formalne struktury/podmioty zajmujące się kompleksowo tematyką planowania kadr medycznych.
2. Powołanie stałego komitetu ekspertów nadzorujących i monitorujących proces planowania kadr medycz-

nych na poziomie kraju mogłoby ułatwić koordynację działań i zapoczątkować faktyczną, a nie tylko deklaracyjną współpracę w tym zakresie. Zabezpieczenie stosownej liczby i jakości kadr medycznych wymaga ścisłej współpracy wielu podmiotów, w tym: ministerstwa zdrowia, stowarzyszeń zawodów medycznych, uczelni medycznych, konsultantów krajowych i wojewódzkich, władz samorządowych. Konieczna jest więc ścisła współpraca między wszystkimi podmiotami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w proces planowania kadr medycznych.

3. Należy prowadzić działania mające na celu wzmocnienie pozycji pielęgniarki w systemie zdrowotnym oraz poprawę wizerunku tego zawodu. Wiele inicjatyw podejmuje samo środowisko pielęgniarskie, ale działania te muszą uzyskać wyraźne i realne wsparcie ze strony decydentów. Szczególnie ważne jest nawiązanie bliższej współpracy między sektorem edukacji i podmiotami rynku pracy oraz podejmowanie działań promujących zawód pielęgniarki wśród młodych osób. Ważne jest także zwiększenie poziomu wynagradzania pielęgniarek. W ostatnich latach w Polsce wyraźnej poprawie uległ poziom wynagrodzeń lekarzy, wynagrodzenia pielęgniarek wciąż są jednak zbyt niskie. Ze względu na restrykcje finansowe należy także zwracać uwagę na kształtowanie systemów motywacyjnych pozafinansowych, zachęcających do podjęcia pracy zawodowej.
4. Ważnym aspektem strategii kadrowej dla Polski powinny być działania na arenie międzynarodowej, zwłaszcza wobec faktu, że wskaźniki zatrudnienia pracowników medycznych na 10 000 mieszkańców należą do najniższych w UE, a odpływ kadr do innych krajów członkowskich jest wyraźny. Współpraca międzynarodowa w tym zakresie może dotyczyć warunków przepływu kadry, wymiany danych o migracji, negocjowania rekompensat finansowych bądź szkoleniowych na rzecz polskiego personelu oraz rozwijania współpracy badawczej w tej dziedzinie [7]. Istotna jest również wymiana doświadczeń w tej dziedzinie oraz budowanie płaszczyzny współpracy zarówno z pojedynczymi państwami, jak i organizacjami międzynarodowymi.

Przypisy

¹ Około 70% z budżetu opieki zdrowotnej jest przeznaczona na wynagrodzenia pracowników i inne koszty bezpośrednio związane z zatrudnieniem pracowników, stąd restrykcje finansowe mają wyraźny wpływ na poziom zatrudnienia.

² http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/SASA_Aug08.htm (dostęp: 3.09.2013).

³ www.nil.org.pl (dostęp: 3.09.2013). Centralny Rejestr Lekarzy RP jest prowadzony przez Naczelną Izbę Lekarską na podstawie danych przekazywanych przez wszystkie Okręgowe Izby Lekarskie w cyklu miesięcznym.

⁴ Wypowiedź z lipca 2013 r. prezesa NIL dra Macieja Hamankiewicza dla portalu rynekzdrowia.pl.

⁵ Jak podają władze samorządowe woj. lubuskiego, to m.in. brak rodzimej uczelni sprawia, że z regionu „ucieka”

nawet 60% absolwentów studiów medycznych, wcześniej mieszkańców województwa. Absolwenci kierunków lekarskich wolą podejmować pracę w ośrodkach, w których studiowali.

⁶ Dane wykorzystane do prognozy NIPiP pochodzą z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych. Na potrzeby prognozy przyjęto średnią liczbę osób, która każdego roku uzyskuje prawo do wykonywania zawodu, na podstawie średniej liczby pielęgniarek uzyskujących to prawo w latach 2010–2012. Ponadto od liczby zarejestrowanych w każdym roku odjęto osoby, które w danym roku osiągają wiek emerytalny. W prognozach uwzględniono wszystkie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu. Informacje dotyczące ludności pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2012 r., a także z prognoz ludności na lata 2008–2035.

Piśmiennictwo

1. Poczowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007.
2. WHO, *Human Resources for Health. Toolkit on monitoring health system strengthening*, Copenhagen 2009.
3. Mladovsky P., Leone T., *Specialist human resources for health in Europe: are we ready?* „Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Polices”, 2010; 12, 2.
4. WHO Report, *Human resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
5. *Health Human Resources Modelling; Challenging the Past, Creating the Future*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa 2007.
6. European Commission, *Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels 2008.
7. Włodarczyk C., Domagała A., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych” 2011; 2: 29–41.
8. WHO, *Global Atlas of the Health Workforce*, 2009; <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>; dostęp: 9.09.2013.
9. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, May 2010.
10. Büscher A., Sivertsen B., White J., *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organisation*, WHO, Copenhagen 2009.
11. European Union, *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study*, May 2012.
12. Frączkiewicz-Wronka A., Austin A., *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych” 2011; 2: 10.
13. Ombach J., Słomczyński W., *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej w Polsce – ekspertyza*, UJ, Kraków, grudzień 2000.
14. Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska 2012*, NFZ, Warszawa 2012.
15. Sygut M., *Uczelnie ogólne stawiają na kierunki lekarskie. Regiony chcą kształcić i zatrzymać studentów medycyny*, „Rynek Zdrowia” 2013; dok. elektr.; dostęp: 6.09.2013.

16. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035*, Warszawa 2013.
17. Golinowska S., *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna”, Rocznik XXXV (412), nr 7, Warszawa, lipiec 2008.



Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów w latach 2001–2010

Zdzisław Czajka

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

Adres do korespondencji: Zdzisław Czajka, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 01-022 Warszawa, ul. Bellottiego 3B

Abstract

Doctors and nurses payment in comparison with other occupations (2001–2010)

This article aims at presenting relationship between doctors and nurses payment in public health services, after the reform from 1999. Increase of salaries for medical personnel was a very important government problem in the nineties. Doctors and nurses wanted to increase their salaries. Trade unions demanded a level of salaries adequate to importance and function of health service in the whole economy and doctors and nurses qualifications. Between government suggestions and medical personnel expectations of salary increase, there was a considerable difference. One rule of the reform in public health service in 1999 was financing wages from the National Health Fund. The article presents factors influencing the level of payment of medical personnel, the payment relationship between health service and other occupations, the influence of employment seniority on payment diversity, the relationship between women and men as well as the influence of payment on doctors' emigration. The results of information presented in this article are that the payment relationship between doctors and nurses in comparison with other occupations changed between 2001 and 2010 for the better.

Key words: doctors and nurses, occupations, payment, public health service

Słowa kluczowe: lekarze i pielęgniarki, publiczna ochrona zdrowia, wynagrodzenie, zawody

Wstęp

Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek w Polsce od dawna wywołują emocje zainteresowanych, gdyż w porównaniu z innymi zawodami czują się niedowartościowani. Na podstawie opinii wyżej wymienionych pracowników lub badań opinii publicznej nie można jednak oceniać poprawności relacji wynagrodzeń w gospodarce oraz ich adekwatności do złożoności i odpowiedzialności pracy, gdyż są na ogół subiektywne. Zupełnie inaczej wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek oceniają pacjenci, biorąc głównie pod uwagę niezadowolający poziom świadczonych usług. Pacjenci wiedzą, że większość lekarzy pracuje w kilku placówkach, w tym we własnych gabinetach, które przynoszą znaczne dochody. Według sondażu „Rzeczpospolitej” z grudnia 2007 r. 47% ankietowanych uważało, że lekarze w placówkach publicznych powinni zarabiać w przedziale 3000–5000 zł, a pielęgniarki 2000–3000, czyli niewiele więcej niż wówczas zarabiali, a tylko 22% proponowało płace lekarzy na poziomie

10 000 zł¹. Ponieważ przeciętne wynagrodzenie w gospodarce wynosiło w tym czasie 2673 zł, można przyjąć, że według opinii społecznej płace lekarzy powinny się mieścić w przedziale od średniej do dwukrotnej średniej w gospodarce, a pielęgniarek w granicach od 75% do nieco powyżej średniej. Sądzę, że lekarze i pielęgniarki powinni znać opinie pacjentów, gdyż wiążą oni poziom wynagrodzeń z poziomem usług medycznych, czyli jakością pracy, a nie z jej złożonością i trudem włożonym w zdobycie zawodu, na co zwracają uwagę zwłaszcza lekarze. Opinia społeczna o poziomie wynagrodzeń w służbie zdrowia nie uległa zmianie w ostatnich latach, gdyż w mediach prezentuje się głównie negatywne przypadki zachowań personelu medycznego.

Przesłanką przygotowania artykułu na temat relacji wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek w publicznej służbie zdrowia w stosunku do innych zawodów są rozbieżne opinie na ten temat pacjentów i pracowników służby zdrowia oraz ocena zmian w płacach po reformie z 1999 r. Na podstawie badań GUS oraz innych informa-

cji podjęto próbę wyjaśnienia, że wbrew opiniom wielu lekarzy i pielęgniarek relacje ich płac przeciętnych, w stosunku do zawodów i specjalności w innych działach gospodarki, wymagających podobnych kwalifikacji, uległy zdecydowanej poprawie między rokiem 2001 i 2010, a więc w wyniku reformy z 1999 r. Ponieważ lekarze, pielęgniarki i położne są zaliczeni w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności do grupy „specjaliści”, a jednocześnie w 2001 r. GUS nie podawał informacji o płacach lekarzy, w artykule dokonano także oceny relacji płac „specjalistów ochrony zdrowia”. Należą do nich lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, farmaceuci, diagnostycy, epidemiolodzy, rehabilitanci, specjaliści organizacji, a także lekarze weterynarii. Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek porównano także z przeciętnym wynagrodzeniem kierowników podstawowych komórek organizacyjnych w gospodarce, nauczycieli, informatyków, prawników, specjalistów do spraw zarządzania.

Ponieważ pielęgniarki do 2004 r. były zaliczane do średniego personelu medycznego w grupie „technicy i inny personel średni”, gdyż nie wymagano od nich wykształcenia wyższego², w porównaniach uwzględniono również kilka zawodów z tej grupy, a także robotników w przemyśle przetwórczym oraz monterów maszyn i robotników przy pracach prostych. Chodzi o pokazanie, czy pielęgniarki wykonujące bardziej odpowiedzialny zawód i posiadające wykształcenie średnie i wyższe są lepiej czy gorzej wynagradzane od robotników w tych zawodach. W ocenie relacji płac lekarzy i pielęgniarek ważna jest też informacja, że badania GUS obejmują tylko wynagrodzenie pracownika w podstawowym miejscu pracy. Przy okazji trzeba wyjaśnić, w związku z cytowanymi na początku artykułu opiniami pacjentów, że ustalając wynagrodzenie w danym miejscu pracy, pracodawca nie bierze pod uwagę, czy pracownik posiada dodatkowe źródła dochodów.

W artykule przedstawiono podział wynagrodzeń na sektor publiczny i prywatny, ale w ochronie zdrowia dominują placówki publiczne, w których w 2010 r. pracowało 68% lekarzy, 75% pielęgniarek i 73% położnych [1]. Na podstawie płac w tych placówkach personel dokonuje oceny swoich wynagrodzeń, mimo iż większość lekarzy pracuje w obu sektorach jednocześnie. Wynagrodzenia z pracy dodatkowej w placówkach prywatnych są traktowane najczęściej jako uzupełniające. Pracę w placówkach prywatnych znaczna część lekarzy uzasadnia zbyt niskimi płacami w publicznych, chociaż niezależnie od poziomu wynagrodzenia w podstawowym miejscu pracy zawsze pracowali oni w innych placówkach. Oceniając poziom wynagrodzeń w sektorze prywatnym, trzeba pamiętać, że może on być zaniżony, gdyż nie wszystkie składniki są rejestrowane. Według powszechnej opinii w firmach prywatnych wynagrodzenia specjalistów w różnych zawodach i kadry kierowniczej są wyższe niż w publicznych, ale z cyklicznych badań GUS struktury wynagrodzeń według zawodów I specjalności wynika, że jest raczej odwrotnie.

Oczekiwania lekarzy i pielęgniarek w zakresie wynagrodzeń

Przechodząc do oceny relacji wynagrodzeń, trzeba przypomnieć propozycje związków zawodowych lekarzy i pielęgniarek oraz Naczelnej Izby Lekarskiej, czyli oczekiwania pracowników, aby sprawdzić, czy zostały one spełnione. Po wprowadzeniu gospodarki rynkowej wzrosły nadzieje pracowników w wielu zawodach na poprawę sytuacji materialnej, która w końcu lat 80. uległa pogorszeniu. Większość porównywała swoje płace do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

W ochronie zdrowia od początku lat 90. zgłaszano do resortu zdrowia różne propozycje w odniesieniu do poziomu płac w ochronie zdrowia [2]. Związkowcy postulowali wówczas, aby stawka zasadnicza lekarzy w pierwszym roku pracy była równa prognozowanemu przeciętnemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw, natomiast po pierwszym roku pracy lekarzy bez specjalizacji – 1,5-, lekarzy z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotności tej płacy, a dla lekarza specjalisty jej 3,5-krotności. Natomiast dla pielęgniarek proponowano, aby ich przeciętna była równa przeciętnej płacy w gospodarce. Propozycje te stały się podstawą kolejnych żądań związkowców w następnych latach [2]. Podobne rozwiązanie proponowała Naczelna Rada Lekarska, ale obliczane w odniesieniu do przeciętnej krajowej płacy: lekarz bez specjalizacji – dwukrotną krajową, lekarz z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotną, lekarz specjalista – trzykrotną.

Gdyby te propozycje zostały wówczas przyjęte, w roku 2010, według związku zawodowego lekarzy wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek powinny wynosić: stawka zasadnicza lekarza w pierwszym roku pracy – 3423 zł, stawka zasadnicza lekarza bez specjalizacji – 5134 zł, lekarza z I stopniem specjalizacji – 8557 zł, lekarza specjalisty – 11 980 zł, przeciętne wynagrodzenie pielęgniarki – 3224 zł. Natomiast według propozycji Naczelnej Rady Lekarskiej przeciętne wynagrodzenie lekarza bez specjalizacji wynosiłoby 6448 zł, lekarza z I stopniem 8060 zł, a lekarza specjalisty 9672 zł.

Z kolei Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zaproponował ustawowe określenie minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia, argumentując to przede wszystkim koniecznością zagwarantowania dolnego poziomu opłacania wysokich kwalifikacji lekarzy. Zjazd lekarzy w styczniu 2006 r. potwierdził, że płaca minimalna dla lekarza bez specjalizacji powinna wynosić 5000 zł, dla lekarza specjalisty 7500 zł, a dla pielęgniarki 3000 zł. W miarę wzrostu kwalifikacji (wykształcenia i doświadczenia) oraz awansu stanowiskowego płaca powinna wzrastać³. W podsumowaniu artykułu dokonamy oceny tych propozycji na tle przeciętnych wynagrodzeń w 2010 r.

Zważywszy, że w okresie uzgadniania tych propozycji przeciętna płaca lekarzy była tylko w granicach 25% wyższa od przeciętnej w sektorze przedsiębiorstw, a pielęgniarek i położnych stanowiła około 75% płacy krajowej, koszty ich wprowadzenia byłyby dla budżetu państwa nierealne. Dlatego dalsze negocjacje między resortem zdrowia a organizacjami związkowymi na ten temat zostały przerwane.

Ostatecznie rząd, realizując zasadę ograniczania wydatków publicznych, zaproponował tzw. ekonomizację publicznej służby zdrowia, czyli pokrywanie wszystkich wydatków z funduszu zdrowia, którym najpierw dysponowały Kasy Chorych, a po ich likwidacji Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), oraz dochodów własnych, m.in. finansowania niektórych świadczeń medycznych przez pacjentów. Wróciła też dyskusja ze związkami zawodowymi na temat wzrostu płac [2].

Z reformą pracownicy ochrony zdrowia wiązali nadzieje na szybszy wzrost płac i zdecydowaną poprawę relacji w stosunku do innych zawodów. Związkowcy domagali się od rządu zagwarantowania w budżecie państwa środków na podwyżki. Tymczasem w pierwszych latach w niektórych placówkach nastąpiło nawet obniżenie wynagrodzeń lub zbliżenie płac na różnych stanowiskach lekarskich oraz zmniejszenie różnic do pielęgniarek. Płace wzrastały głównie dzięki przejściu z umów o pracę na umowy cywilno-prawne (kontrakty) oraz licznym akcjom strajkowym, organizowanym głównie przez pielęgniarki. Pracownicy ochrony zdrowia przez wiele lat po reformie nie akceptowali finansowania wynagrodzeń przez NFZ, zgłaszając żądania wzrostu płac do rządu. Na łamach „Służby Zdrowia” stwierdzono w 2005 r., że „lekarze są obrażani przez własne państwo, w którym warunki pracy i płacy uniemożliwiają im normalne życie (...). W cywilizowanym kraju profesjonalista, jakim jest lekarz, nie może zarabiać mniej niż glazurnik (...), a lekarka tyle co specjalistka od pedicure” [3].

Zwrócono też uwagę na powiązanie niskich wynagrodzeń z pogarszającą się jakością usług medycznych oraz na to, że w państwach UE „wykonywanie zawodu lekarza przestało być tylko powołaniem, a stało się metodą zarabiania pieniędzy oraz sposobem na dostatnie życie”. Chociaż opinia ta jest nieetyczna i potwierdza materialne podejście wielu lekarzy do leczenia, wynika z niej głębszy sens, nawiązujący do teorii ekonomii i teorii kapitału ludzkiego, że wynagrodzenie powinno odzwierciedlać wysiłek pracownika włożony w uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania danego zawodu oraz wartość wykonanej pracy i jej znaczenie społeczne [4]. Nie oznacza to jednak, że w każdym kraju można za tę samą pracę otrzymać podobne wynagrodzenie. Oceniający poziom własnego wynagrodzenia i porównujący je z poziomem w innych krajach nie uwzględniają ważnej zasady, opartej na prawach ekonomii, że poziom wynagrodzeń w danym kraju zależy od poziomu jego rozwoju społeczno-gospodarczego, mierzonego głównie wielkością Produktu Krajowego Brutto *per capita* oraz poziomem wydajności pracy.

Problem przyszłych wynagrodzeń lekarzy występuje już wśród studentów medycyny. Mają oni świadomość, że zdobycie zawodu lekarza jest znacznie trudniejsze, bardziej czasochłonne w porównaniu z innymi, że lekarze ponoszą wysoką odpowiedzialność za życie oraz zdrowie społeczeństwa i powinni zarabiać znacznie więcej w stosunku do innych zawodów o podobnych kwalifikacjach. W trakcie badań prowadzonych przez doktoranta na Wydziale Lekarskim UJ w 2007 r. jeden ze studentów VI roku stwierdził, że „2–3 tys. zarabia

ktoś, kto ma wykształcenie średnie, a my siedzimy 13 lat nad tym, aby być lekarzem specjalistą i to jest duża różnica. Ktoś, kto kończy szkołę średnią, robi kurs zawodowy i pracuje na średnim stanowisku, dostaje 2–3 tys. zł”. Inny student stwierdził, że „zawód lekarza jest zawodem, który powinien być nobilitowany, więc jego pozycja w społeczeństwie powinna być podkreślana także przez pensję”. Studenci wskazywali też na konieczność ciągłego podwyższania kwalifikacji, aby nadążyć za postępem w medycynie, wiążącą się z własnymi wydatkami [5]. Niektórzy badani uzależniali również podjęcie pracy w Polsce, np. w szpitalu powiatowym, od wysokości proponowanego wynagrodzenia. Studenci UJ wymieniali też, ile chcieliby zarabiać netto po skończeniu studiów w pierwszym miejscu pracy. Propozycje zawierały się w granicach 1800–3000 zł u kobiet i 2500–6000 zł u mężczyzn [5]. W wynagrodzeniu brutto oznacza to kwoty od około 2300 do 7800 zł. Oceniając te oczekiwania, na tle średniej płacy w gospodarce w 2007 r. (2673 zł brutto), trzeba przyznać, że większość studentów, zwłaszcza mężczyzn, oceniła swoje możliwości zarobkowe nierealnie. Oznacza to brak rozeznania studentów kończących studia lekarskie w mechanizmach ekonomicznych placówek ochrony zdrowia, niezajomość wartości pracy początkującego lekarza, które mogą być powodem frustracji, a następnie poszukiwania pracy w innym kraju.

Jednak w ostatnich dwóch latach problem płac w ochronie zdrowia nie pojawia się w mediach, brak też informacji o akcjach protestacyjnych na tle wynagrodzeń na stronach internetowych Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Może to świadczyć o zrozumieniu przez związkowców i pracowników mechanizmów ekonomicznych w ochronie zdrowia oraz o wzroście zadowolenia, głównie lekarzy z obecnego poziomu płac. Nie zniknęło bowiem całkowicie niezadowolenie z poziomu płac, chociaż jest ono obecnie mniejsze i sygnalizowane przez mniejsze grupy pracowników. Pracownicy niezadowoleni z poziomu płac najczęściej nie wiedzą, jaka jest sytuacja płacowa w innych zawodach, gdyż nie mają odpowiednich informacji. Krytykując, nie mają świadomości, że ich płace mogły wzrosnąć szybciej od innych. Taka sytuacja jest w ochronie zdrowia. Nadal niezadowolone są pielęgniarki i położne, mimo iż ich przeciętne płace w 2010 r. były na poziomie średniej w gospodarce, podczas gdy w 2001 r. stanowiły tylko 68% tej płacy.

Czynniki decydujące o różnicowaniu wynagrodzeń w ochronie zdrowia

Oceniając poprawność różnicowania wynagrodzeń, nie tylko między pracownikami ochrony zdrowia na różnych stanowiskach, lecz także w porównaniu z zawodami w innych działach gospodarki, trzeba przypomnieć, jakie czynniki powinny o tym decydować. Dzięki nim można ocenić, czy w różnych dziedzinach prace o podobnym stopniu złożoności i odpowiedzialności pracy są podobnie wynagradzane. Czynniki te można podzielić na dotyczące pracowników oraz dotyczące placówek ochrony

zdrowia. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na poziom płacy pracownika są jego kwalifikacje, mierzone poziomem wykształcenia i doświadczeniem zawodowym. Chodzi oczywiście o kwalifikacje zgodne ze stopniem złożoności wykonywanej pracy [2].

Zależności między wykształceniem i doświadczeniem a wynagrodzeniem najbardziej są widoczne w skali gospodarki. W 2010 r. wynagrodzenie pracowników z wykształceniem wyższym magisterskim w sektorze publicznym było o 49% wyższe od wynagrodzenia pracowników z wykształceniem zasadniczym zawodowym, podobnie wynagrodzenie pracowników z ponad 20-letnim stażem było wyższe o ponad 55% od pracowników z poniżej 1,9-letnim stażem [7]. Zależności te nie zawsze są natomiast widoczne w konkretnej placówce, ze względu na przyjęty system wynagradzania oraz wielkość środków na wynagrodzenia. W kształtowaniu wynagrodzeń w różnych organizacjach gospodarczych występuje zasada, według której przy niedoborze środków wynagrodzenia pracowników o różnych kwalifikacjach są bardziej zbliżone do organizacji dysponujących większymi środkami. Tak było w wielu szpitalach i przychodniach w pierwszych latach po reformie z 1999 r. Występowały niewielkie różnice między płacami całkowitymi lekarzy młodszych asystentów i asystentów, a nawet starszych asystentów [2]. Na zależności te zwracają uwagę szczególnie lekarze, gdyż zdobycie kwalifikacji, a następnie ich uzupełnianie wymaga większego wkładu pracy i czasu niż w innych zawodach wymagających wykształcenia wyższego.

Z teorii kapitału ludzkiego wynika, że kwalifikacje stanowią ważny czynnik wpływający na tzw. wartość dodaną, czyli efekty pracy. Wyższe kwalifikacje tworzą wyższą wartość pracy oraz przyspieszają wzrost gospodarczy kraju [4]. Podobne kwalifikacje powinny być podobnie opłacane w tej samej placówce, natomiast między różnymi placówkami nie jest to możliwe, gdyż o poziomie wynagrodzeń decydują ich środki finansowe, które mogą przeznaczyć na wynagrodzenia. Dlatego zapisana w Kodeksie Pracy zasada „jednakowego wynagrodze-

nia za pracę jednakowej wartości” dotyczy tylko sytuacji wewnątrz danej placówki. Natomiast w skali całej gospodarki przy porównywaniu wynagrodzeń między różnymi zawodami i stanowiskami pracy kwalifikacje pracowników można traktować tylko jako miernik orientacyjny. Na jego podstawie można ocenić przykładowo, czy w ochronie zdrowia lub w konkretnym szpitalu bądź przychodni lekarze są gorzej lub lepiej opłacani w stosunku do porównywanego zawodu. Trzeba jednak pamiętać, że na poziom wynagrodzeń w każdym zawodzie oprócz kwalifikacji pracowników wpływają czynniki charakteryzujące złożoność, odpowiedzialność i uciążliwość pracy, które mogą zmieniać relacje płac. Wynika z tego bardzo ważny wniosek dla lekarzy i pielęgniarek, porównujących swoje wynagrodzenia z innymi zawodami, że nie można obiektywnie ocenić, czy w ochronie zdrowia kwalifikacje są lepiej lub gorzej opłacane.

W ochronie zdrowia formalny poziom wykształcenia na stanowiskach lekarskich i pielęgniarskich jest zbliżony, gdyż według norm UE pielęgniarki powinny posiadać także wykształcenie wyższe. Dlatego oprócz wyżej wymienionych czynników o poziomie wynagrodzenia wewnątrz placówki służby zdrowia powinna decydować specjalizacja, doświadczenie zawodowe pracowników, mierzone głównie stażem pracy, a także ocena jakości pracy. Czynniki te stosowały m.in. badane w 2002 r. przez IPiSS szpitale lub zamierzały je wprowadzić, gdy tylko poprawi się ich sytuacja finansowa.

Z badań prowadzonych przez firmę Sedlak & Sedlak w 2009 r. wynikają następujące różnice wynagrodzeń między stanowiskami medycznymi oraz stopniami specjalizacji lekarskiej (**Tabela I**).

Z danych zawartych w tej tabeli wynika, że różnica między medianą płac lekarzy ze specjalizacją II i I stopnia wynosiła 34%, a bez specjalizacji ponad 52%⁴. Ale możliwości zarobku w obydwu specjalizacjach były znacznie większe, przy II specjalizacji w granicach 4000–8800 zł (rozpiętość 2,2), a w I w granicach 3000–6700 zł (rozpiętość 2,2) [5]. Wynika z tego, że różnica jest odczuwalna zarówno w płacy początkowej lekarzy

| Stanowisko | Mediana płac | Rozpiętości płac | Relacje mediany (fizjoterapeuta = 100) | Relacje mediany (pielęgniarka = 100) |
|-------------------|--------------|------------------|--|--------------------------------------|
| Fizjoterapeuta | 1850 | 1500–2400 | 100 | 80 |
| Pielęgniarka | 2300 | – | 124 | 100 |
| Ratownik medyczny | 2470 | – | 133 | 107 |
| Położna | 2500 | – | 135 | 108 |
| TechNIK farmacji | 2600 | – | 140 | 113 |
| Farmaceuta | 3800 | 3000–5000 | 205 | 165 |
| Lekarz bez spec. | 3600 | 2700–4850 | 194 | 156 |
| Lekarz I stopień | 4100 | 3000–6700 | 221 | 221 |
| Lekarz II stopień | 5500 | 4000–8800 | 297 | 239 |

Tabela I. Mediana i rozpiętości płac na stanowiskach medycznych w 2009 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sikora D., Planowane ścieżki zawodowe studentów wydziałów lekarskich polskich uczelni medycznych. Praca doktorska na Wydziale Lekarskim UJ, Kraków 2011, s. 144, 74.

(33%), jak i w maksymalnej (31%). Wydaje się, że wystarczająco różnicuje możliwości zarobkowe między specjalnościami. Najniższa płaca lekarzy bez specjalizacji stanowi 90% najniższej w I specjalizacji, natomiast najwyższa jest o prawie 28% niższa.

Dla motywacyjności płac w każdej placówce ochrony zdrowia istotne są nie tylko relacje między stanowiskami powiązаныmi hierarchicznie, ale także między wszystkimi stanowiskami. Z tych badań wynika, że różnica w medianie płac między najniżej wynagradzаныmi fizjoterapeutami a lekarzami specjalizacji II stopnia była prawie trzykrotna. Natomiast między pielęgniarkami i lekarzami specjalistami I stopnia wynosiła 78%, a II stopnia specjalizacji 139%. Wydaje się, że takie różnice powinny satysfakcjonować personel medyczny. Oceniając relacje płac na podstawie badań firmy Sedlak & Sedlak, trzeba pamiętać, że nie są one reprezentatywne, gdyż oparte są na badaniach internetowych, dlatego mają charakter sondażowy.

Drugim ważnym czynnikiem jest odpowiedzialność za wykonaną pracę. Odpowiedzialność dotyczy każdej pracy, ale jej stopień zależy od złożoności pracy. W ochronie zdrowia występuje odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, która jest najwyższą odpowiedzialnością w społeczeństwie na tle innych rodzajów odpowiedzialności, np. za wyniki związane z działalnością przedsiębiorstw. Czynniki ten powinien w największym stopniu wpływać na relacje płac lekarzy i pielęgniarek w stosunku do innych zawodów. Jednak w praktyce nigdy wpływ tej odpowiedzialności na płace nie był widoczny, gdyż przeciętne płace w ochronie zdrowia należały w Polsce powojennej do najniższych w gospodarce. Po urynkowaniu publicznych placówek ochrony zdrowia uwzględnienie odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów w różnicowaniu wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek nie jest możliwe, gdyż największym ograniczeniem w kształtowaniu relacji wynagrodzeń w gospodarce rynkowej są środki finansowe, którymi dysponują szpitale i przychodnie. Badania IPISS z 2002 r. potwierdziły, że płace na tych samych stanowiskach są bardziej zróżnicowane między placówkami ochrony zdrowia niż między stanowiskami i pracownikami w jednej placówce [2]. Odpowiedzialność jest najbardziej widoczna w poziomie płac ordynatorów szpitali i przełożonych pielęgniarek. W badanych SPZOZ różnica między całkowitym przeciętnym wynagrodzeniem ordynatora i starszego asystenta wahała się od 24 punktów procentowych w szpitalu w Inowrocławiu do 213 punktów procentowych w szpitalu w Międzyrzeczu Wielkopolskim [2].

Trzeba jeszcze wspomnieć o wpływie oceny pracy pracownika na poziom płacy. W ochronie zdrowia ma ona nieco inny wymiar niż np. w sektorze przedsiębiorstw, gdzie można określić wymierne rezultaty uzyskane przez pracowników lub komórkę organizacyjną. W ochronie zdrowia nie ma tradycji wiązania ocen pracowników z poziomem wynagrodzenia, gdyż przed urynkowaniem podwyżki miały charakter waloryzacji lub były powiązane ze wzrostem stażu pracy. Również po 1999 r. przez wiele lat, ze względu na brak środków na wynagrodzenia, powiązanie podwyżek płac z oceną pracy nie miało sensu. Jednak regulaminy wynagradza-

nia w wielu placówkach przewidywały w przyszłości ich wykorzystanie. Biorąc pod uwagę zakres usług medycznych, niektóre szpitale i przychodnie przygotowały konkretne kryteria, dostosowane do specyfiki pracy lekarzy i pielęgniarek, ich definicje oraz definicje poziomów spełnienia tych kryteriów. W jednym ze szpitali zapisano np. w regulaminie oceny pracowników, że zajęcie pozycji lidera zespołu uprawnia do podwyższenia na następny rok wynagrodzenia do poziomu 130% grupy współpracującej [2]. Powiązanie płac z wynikami pracy ma większe zastosowanie przy usługach świadczonych odpłatnie.

Wśród czynników zależnych od placówki służby zdrowia najważniejsza jest sytuacja ekonomiczno-finansowa, czyli wielkość środków uzyskana od NFZ oraz własnych na wykonywane usługi, a także podejście dyrektorów placówek do oczekiwań personelu. Ponieważ sytuacja ta nie zależy od wielkości wykonanych usług, wielu dyrektorów zadłuża się, aby spełnić oczekiwania pracowników w zakresie wzrostu wynagrodzeń. Istotny wpływ na poziom płac lekarzy ma także czas pracy, czyli dyżury medyczne, na co zwracamy uwagę w dalszej części artykułu.

Reasumując, w ochronie zdrowia najważniejszym obecnie czynnikiem różnicowania wynagrodzeń nie jest zajmowane stanowisko i związane z tym kwalifikacje pracowników, lecz sytuacja finansowa placówki i skłonność dyrekcji do podejmowania ryzyka związanego nawet z zadłużaniem się.

Relacje wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów

Oceniając relacje wynagrodzeń w stosunku do innych zawodów, trzeba podkreślić, że reforma stworzyła warunki do zwiększania rozpiętości wynagrodzeń między pracownikami na tych samych stanowiskach, między stanowiskami oraz między placówkami ochrony zdrowia. Większość placówek zmieniła zasady wynagradzania w kierunku większego różnicowania płac według kwalifikacji i zajmowanego stanowiska, a także powiązania ich z wynikami przez premie i nagrody, chociaż w pierwszych latach nie były one wykorzystywane [2].

Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez IPISS w 25 szpitalach na terenie kilku województw, a także przez portal Medycyna Praktyczna, wśród 963 lekarzy, głównie placówek publicznych ochrony zdrowia (77,3%)⁵. W placówkach badanych przez IPISS wynagrodzenie całkowite lekarzy w marcu 2002 r. było zróżnicowane od 1385 do 8180 zł, a więc mieściło się w przedziale od 66 do 390% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (w 2002 r. 2098 zł).

Natomiast według badań internetowych w 2005 r. wynagrodzenia lekarzy w podstawowym miejscu pracy były zróżnicowane w granicach od 801 do ponad 4000 zł. Największy odsetek lekarzy (27,5%) otrzymywał wynagrodzenie w przedziale 1001–1200 zł, w miarę wzrostu wynagrodzenia odsetek lekarzy malał, np. w przedziale 3001–4000 zł występowało tylko 2,9%. Przeciętne wynagrodzenie w gospodarce wynosiło w tym czasie 2361 zł [8]. Oznacza to, że płace badanych lekarzy mieściły się

w przedziale od 34% średniej krajowej do 169% średniej. W stosunku do 2002 r. rozpiętości te były znacznie mniejsze, ale trzeba pamiętać, że badania internetowe nie są reprezentatywne, gdyż uczestniczą w nich głównie młodzi pracownicy.

Bardzo znaczny wpływ na zróżnicowanie wynagrodzeń mają także dyżury medyczne. Z badań prowadzonych przez IPiSS wynika, że w jednym ze szpitali wynagrodzenie kierownika pracowni za dyżury stanowiło w marcu 2002 r. ponad 42% całkowitego wynagrodzenia, a większości lekarzy powyżej 16% [2]. Podobnie badanie z 2005 r., chociaż nie wyodrębnia dyżurów medycznych, lecz dodatkowe wynagrodzenia, wskazuje na duże ich zróżnicowanie, jak wynagrodzeń podstawowych, od poniżej 800 zł miesięcznie, które otrzymywało 13,8% badanych, do powyżej 4000 zł, które zarabiała 8% badanych. Na uzyskanie dodatkowych wynagrodzeń badani lekarze poświęcali średnio 9,2 godzin tygodniowo, ale 9,3% badanych pracowało dodatkowo ponad 30 godzin.

Przechodzimy następnie do oceny poziomu wynagrodzeń w ochronie zdrowia na tle innych zawodów w roku 2001 i 2010 w porównaniu ze specjalistami w gospodarce, którą prezentuje **Tabela II**⁶.

Z tabeli wynika, że relacje płac pracowników w publicznej ochronie zdrowia między rokiem 2001 i 2010 zmieniły się korzystnie na tle innych zawodów. W największym stopniu poprawiła się sytuacja płacowa lekarzy, gdyż różnica między ich płacami a specjalistów w gospodarce zwiększyła się z 12,7% do 63,1%. Wśród specjalistów tylko płace prawników były wyższe o około 12% od płac lekarzy. Poprawiła się też znacznie pozycja

płacowa pielęgniarek i położnych w stosunku do innych zawodów w gospodarce, natomiast nieco pogorszyła w porównaniu z lekarzami. O ile w 2001 r. przeciętne płace pielęgniarek i położnych stanowiły 53,9% płacy lekarzy, to w 2010 r. tylko 48,5%. Natomiast w stosunku do specjalistów między 2001 i 2010 r. poziom ich płac wzrósł z 60,7 do 79,2%, a położnych do 81,1%. Ponieważ pielęgniarki porównują także swoją pracę z nauczycielami, zwrócimy uwagę na relacje ich płac. Otóż w 2001 r. płace pielęgniarek i położnych były zdecydowanie niższe od płac nauczycieli szkół ponadpodstawowych (stanowiły 71,4%), natomiast w 2010 r. płace pielęgniarek były tylko o niecałe 15% niższe, a położnych o 12,5%.

Poprawiła się też ich sytuacja płacowa w porównaniu ze średnim personelem biurowym, z którym pielęgniarki porównywały także swoje wynagrodzenia, z 67,3% w 2001 do 89,0% w 2010 r. Niższe płace pielęgniarek od tego personelu, a także od sekretarek bulwersowały przez wiele lat pielęgniarki, gdyż posiadały one nieco wyższy poziom wykształcenia (studia pomaturalne i wyższe), wykonują też prace o większej uciążliwości oraz odpowiedzialności.

Zyskały również wyraźnie w stosunku do przeciętnej płacy robotników przemysłowych w sektorze publicznym. Ich przeciętna płaca w 1998 r. była niższa o 30%, natomiast w 2010 r. tylko o około 11%. Więcej zyskały natomiast pielęgniarki i położne w stosunku do robotników w przemyśle przetwórczym, w 2001 r. ich płace były niższe o 1,9%, w 2010 r. zaś pielęgniarki zarabiały o 31%, a położne o 34,2% więcej. W niewielkim stopniu poprawiła się też sytuacja płacowa średniego personelu

| Zawód/specjalność | 2001 | | 2010 | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|
| | Publiczny | Prywatny | Publiczny | Prywatny |
| Specjaliści ogółem w gospodarce (= 100) | 2535 zł | 3788 zł | 4101 zł | 4872 zł |
| Kierownicy podstawowych komórek w organizacjach | 160,5 | 118,0 | 144,7 | 150,6 |
| Specjaliści w ochronie zdrowia | 110,4 | 82,2 | 98,0 | 77,5 |
| Lekarze | 112,7 | – | 163,1 | 134,1 |
| Pielęgniarki | 60,7 | 40,0 | 79,2 | 59,4 |
| Położne | 60,7 | 40,0 | 81,1 | 64,3 |
| Nauczyciele akademickcy | 109,7 | 65,9 | 124,6 | 86,9 |
| Nauczyciele szkół gimnazjalnych i średnich | 85,0 | 56,7 | 92,7 | 56,1 |
| Specjaliści ds. ekonomicznych i zarządzania | 125,3 | 98,8 | 108,9 | 99,5 |
| Specjaliści ds. technologii informacyjno-komunikacyjnych (informatycy) | 129,4 | 127,3 | 123,5 | 130,0 |
| Specjaliści z dziedziny prawa | 179,5 | 148,2 | 182,5 | 123,5 |
| Średni personel ds. zdrowia | 57,7 | 47,1 | 69,3 | 55,5 |
| Średni personel ds. biznesu i administracji (średni personel biurowy) | 90,2 | 64,4 | 88,9 | 76,4 |
| Sekretarki, operatorzy maszyn biurowych | 77,8 | 59,8 | 77,3 | 58,0 |
| Robotnicy w przetwórstwie spożywczym | 61,9 | 35,1 | 60,4 | 44,5 |
| Robotnicy przy pracach prostych w przemyśle | 69,0 | 37,7 | 61,6 | 45,9 |

Tabela II. Relacje wynagrodzeń w ochronie zdrowia na tle zawodów w innych sektorach gospodarki w 2001 i 2010 r.

Źródło: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001”, GUS, Warszawa 2002”; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

ochrony zdrowia, w tym m.in. techników medycznych i farmaceutycznych, z 57,7% do 69,3% w relacji do specjalistów w gospodarce.

Ponieważ w dalszym ciągu słychać głosy niezadowolenia lekarzy i pielęgniarek z poziomu płac, można zakładać, że pochodzą one głównie od pracowników z krótkim stażem pracy. Niezadowolenie pielęgniarek wynika także z subiektywnej oceny wartości ich pracy w porównaniu z innymi zawodami, nie dostrzegają też, że w innych zawodach, np. nauczyciela, poziom płac nie jest również akceptowany. Faktycznie przeciętna płaca pielęgniarek była w 2010 r. równa przeciętnej płacy w gospodarce, a przeciętna płaca lekarzy przekraczała o 7% dwukrotność tej płacy. Takich relacji płac nie było w tych zawodach w przeszłości. Na podstawie danych w **Tabeli II** można stwierdzić, że ocena poziomu płac w służbie zdrowia, dokonywana przez pracowników w porównaniu z innymi zawodami, jest subiektywna. Nie można też oceniać swoich wynagrodzeń, nie uwzględniając poziomu płac w kraju i w innych zawodach, gdyż ocena taka jest oderwana od realiów gospodarczych Polski.

Zróznicowanie wynagrodzeń trzeba też oceniać w przekroju regionalnym, gdyż większość płac w gospodarce rynkowej kształtuje się w większym (w sektorze przedsiębiorstw) lub w mniejszym stopniu (w sferze budżetowej) pod wpływem decyzji innych pracodawców. Zróznicowanie regionalne powoduje, że te same prace są różnie opłacane. Według badań firmy Sedlak & Sedlak w 2009 r. różnica między najwyższymi płacami w opiece zdrowotnej w woj. mazowieckim i najniższymi w woj. podkarpackim wynosiła prawie 63% [5], natomiast we-

dług badań GUS z 2002 r. między wielkopolskim i lubelskim 19%. Potwierdza to nasze założenie, że reforma z 1999 r. zwiększyła też różnice płac między podobnymi placówkami w różnych województwach.

W poszukiwaniu czynników mających wpływ na pozycję płacową pracowników medycznych trzeba uwzględnić także staż pracy. Podejmując studia, nie tylko medyczne, wiele osób kieruje się przesłankami materialnymi, w tym głównie możliwością uzyskania w przyszłości wysokich dochodów. Potwierdzają to też cytowane w artykule badania studentów uczelni medycznych. Wiadomo, że relacje wynagrodzeń mogą się zmieniać w miarę wzrostu stażu pracy, kiedy pracownik awansuje na kolejne stanowiska. W niektórych zawodach tzw. ścieżka kariery jest szybka, w innych wolniejsza, zależy to od kwalifikacji pracownika oraz liczby stanowisk w układzie hierarchicznym w danej organizacji. Na ogół większe możliwości awansu istnieją w przedsiębiorstwach niż w sferze budżetowej. W ochronie zdrowia pracownicy mają mniejsze możliwości awansu, gdyż ścieżka kariery jest krótsza i bardziej sformalizowana. Awans stanowiskowy lekarzy, a więc i wyższe wynagrodzenia zależą od uzyskania specjalizacji. Natomiast ścieżka kariery pielęgniarek zależy od stażu pracy i dla większości obejmuje dwa stanowiska – pielęgniarkę i starszą pielęgniarkę. Czy w ochronie zdrowia wzrost stażu pracy korzystnie, czy niekorzystnie wpływa na relacje płac w porównaniu z innymi zawodami? Kwestie te pokazuje **Tabela III**.

Z tabeli wynika, że trudno wskazać jednakową tendencję do zmiany relacji płac w ochronie zdrowia w wyniku wzrostu stażu pracy. W niektórych zawodach mię-

| Zawód/ specjalność | 2001 | | 2010 | |
|--|---------|----------------|-------------|----------------|
| | Do roku | Powyżej 20 lat | Do 1,9 roku | Powyżej 20 lat |
| Specjaliści ogółem w gospodarce (= 100) | 1900 | 3007 | 3019 | 4528 |
| Specjaliści ochrony zdrowia | 86,9 | 106,1 | 95,5 | 88,5 |
| Kierownicy podstawowych komórek w organizacjach | 159,5 | 138,7 | 166,9 | 134,2 |
| Lekarze | – | – | 112,5 | 165,3 |
| Pielęgniarki | 55,9 | 55,6 | 86,4 | 72,3 |
| Technicy medyczni i farmaceutyczni | – | – | 66,7 | 65,3 |
| Nauczyciele akademicy | 93,6 | 112,7 | 109,7 | 132,0 |
| Nauczyciele szkół gimnazjalnych i średnich | 68,7 | 80,0 | 83,6 | 96,5 |
| Specjaliści ds. ekonomicznych i zarządzania (w 2001 r. ds. biznesu) | 133,2 | 112,4 | 108,9 | 101,3 |
| Specjaliści ds. prawa | 133,5 | 169,6 | 124,2 | 188,8 |
| Specjaliści ds. technologii informacyjno-komunikacyjnych (w 2001 r. informatycy) | 159,0 | 137,1 | 146,9 | 136,8 |
| Średni personel ds. zdrowia | 59,4 | 53,9 | 71,1 | 64,8 |
| Średni personel ds. administracji i biznesu | 89,5 | 80,2 | 87,7 | 84,1 |
| Sekretarki, operatorzy maszyn biurowych | 90,7 | 70,6 | 74,6 | 74,6 |
| Robotnicy w przetwórstwie spożywczym | 59,0 | 49,1 | 61,5 | 51,5 |

Tabela III. Wpływ stażu pracy na poziom wynagrodzenia specjalistów do spraw zdrowia na tle zawodów w innych działach gospodarki w roku 2001 i 2010.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.”, GUS, Warszawa 2002; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

dzy rokiem 2001 i 2010 następuje poprawa, a w innych pogorszenie relacji po 20 latach pracy. Wśród specjalistów w gospodarce w 2001 r. staż pracy wpływał bardzo korzystnie, gdyż po 20 latach pracy zwiększała się różnica w poziomie płac specjalistów ochrony zdrowia z 86,9 do 106,1% na korzyść ochrony zdrowia, ale w 2010 r. tendencja się odwróciła, nastąpiło pogorszenie o 7 punktów procentowych. Pogorszenie relacji płac po 20 latach pracy w 2010 r. w stosunku do 2001 r. występuje nie tylko w zawodach medycznych. Tendencja ta nie dotyczy pielęgniarek oraz średniego personelu ochrony zdrowia, u których w 2010 w porównaniu z 2001 r. nastąpiła poprawa tych relacji.

Niekorzystny wpływ stażu na poprawę relacji płac w zawodach ochrony zdrowia jest spowodowany niższym przyrostem wynagrodzeń niż w pozostałych zawodach, w innych dziedzinach gospodarki. O ile w 2001 r. różnica w wynagrodzeniach między specjalistami ochrony zdrowia po 20 latach pracy a specjalistami z rocznym stażem wynosiła 93%, to w 2010 r. w stosunku do specjalistów ze stażem poniżej 1,9 roku wynosiła tylko około 39%. Poza różnicą w podstawie porównań w roku 2001 i 2010 jest to skutek braku środków na coroczny wzrost wynagrodzeń w wielu szpitalach i przychodniach, w przeciwieństwie do większości przedsiębiorstw. W tym okresie wzrost przeciętnego wynagrodzenia wszystkich specjalistów w gospodarce był bardziej równomierny i wynosił odpowiednio 58 i 50%.

Wpływ stażu pracy na relacje wynagrodzeń w porównaniu z innymi zawodami nie jest jednakowy we wszystkich zawodach medycznych. Największe możliwości mają lekarze, natomiast najmniejsze położne, pielęgniarki i średni personel medyczny. W 2010 r. wynagrodzenia lekarzy po 20 latach pracy były o 120% wyższe od lekarzy ze stażem poniżej 1,9 roku. Wśród wszystkich specjalistów w gospodarce jedynie prawnicy mają obecnie większe możliwości wzrostu płac po 20 latach pracy (128%). Natomiast wynagrodzenia położnych w 2010 r. różniły się tylko o 15%, pielęgniarek o około 25%, a średniego personelu medycznego o 36%. Głównym powodem jest krótka ścieżka awansu stanowiskowego w tych zawodach.

Oceny poziomu płac między zawodami można też dokonać na podstawie odsetka osób otrzymujących wynagrodzenie w relacji do średniego wynagrodzenia w gospodarce. Miernik ten pokazuje zróżnicowanie wynagrodzeń w danym zawodzie na tle innych zawodów, a więc także szanse pracowników na uzyskanie wysokich zarobków. Jest bardzo często wykorzystywany przez pracowników w naciskach na pracodawców. Zmiany między 2001 i 2010 r. w zawodach ochrony zdrowia na tle innych zawodów pokazuje **Tabela IV**.

Z tabeli wynika, że w analizowanych latach w rozkładzie wynagrodzeń specjalistów ochrony zdrowia na tle innych zawodów nie nastąpiły istotne zmiany wskazujące na poprawę. W latach 2001 i 2010 odsetek

| Zawód/specjalność | 2001 (2216 zł) | | | | 2010 (3543 zł) | | | |
|--|----------------|---------|----------|-----------|----------------|---------|----------|-----------|
| | do 50% | do 100% | 101–200% | pow. 250% | do 50% | do 100% | 101–200% | pow. 250% |
| Kierownicy podstawow. komórek w organizac. | 2,2 | 19,3 | 49,4 | 19,4 | 3,3 | 20,2 | 49,4 | 19,2 |
| Specjaliści ogółem | 2,9 | 45,0 | 42,4 | 7,1 | 2,6 | 42,7 | 48,6 | 4,6 |
| Specjaliści ds. zdrowia | 2,1 | 40,3 | 47,5 | 4,8 | 2,7 | 59,7 | 32,3 | 4,5 |
| Lekarze | – | – | – | – | 0,5 | 14,9 | 50,6 | 20,6 |
| Pielęgniarki | 8,9 | 94,7 | 5,3 | 0,0 | 2,0 | 74,4 | 25,2 | 0,1 |
| Położne | 8,9 | 94,7 | 5,3 | 0,0 | 1,1 | 71,2 | 28,5 | 0,1 |
| Technicy medyczni i farmaceutyczni | – | – | – | – | 10,7 | 83,0 | 15,8 | 0,4 |
| Nauczyciele akademicy | 0,7 | 45,3 | 44,2 | 5,4 | 2,2 | 28,7 | 56,5 | 7,6 |
| Nauczyciele szkół ponadpodstawowych | 3,6 | 56,8 | 42,7 | 0,1 | 0,8 | 42,6 | 57,1 | 0,0 |
| Specjaliści ds. ekonom. i zarządzania | 3,6 | 32,2 | 45,0 | 13,6 | 5,1 | 41,2 | 45,3 | 7,0 |
| Specjaliści ds. prawa | 0,7 | 11,9 | 34,0 | 30,0 | 3,1 | 16,0 | 35,4 | 29,9 |
| Specjaliści informatycy | 2,8 | 19,7 | 44,5 | 22,9 | 2,2 | 22,5 | 48,8 | 16,0 |
| Średni personel med. | 16,3 | 92,4 | 7,4 | 0,0 | 12,8 | 83,0 | 15,8 | 0,4 |
| Średni personel biurowy | 7,4 | 56,1 | 38,0 | 2,6 | 9,3 | 57,0 | 38,0 | 2,3 |
| Sekretarki i operatorzy maszyn biurowych | 9,6 | 66,8 | 29,2 | 1,7 | 13,1 | 73,9 | 24,8 | 0,5 |

Tabela IV. Odsetek pracowników ochrony zdrowia otrzymujących wynagrodzenie według krotności przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce na tle innych zawodów (2001–2010).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010”, GUS, Warszawa 2012 oraz „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

pobierających wynagrodzenie poniżej połowy średniego wynagrodzenia w gospodarce oraz powyżej 250% tego wynagrodzenia był podobny. Natomiast znaczny wzrost odsetka specjalistów pobierających wynagrodzenie poniżej średniego w gospodarce, z 40,3 do 59,7%, jest spowodowany, jak wyżej wskazano, zaliczeniem w 2010 r. pielęgniarek i położnych do specjalistów. Natomiast poprawę widać przy ocenie płac w każdym zawodzie odrębnie. Po raz pierwszy ponad 25% pielęgniarek i położnych znalazło się w grupie otrzymujących wynagrodzenie powyżej średniej krajowej, a ponad 20% lekarzy otrzymuje wynagrodzenia przekraczające 2,5-krotność tej płacy. Wśród specjalistów tylko większy odsetek prawników niż lekarzy otrzymuje tak wysokie wynagrodzenia. Rozkład pracowników według krotności wynagrodzenia w stosunku do średniego w gospodarce potwierdza także poprawę płac w ochronie zdrowia na tle innych zawodów.

Relacje wynagrodzeń kobiet w porównaniu z mężczyznami

Od wielu lat pojawiają się liczne informacje o dyskryminacji kobiet na rynku pracy, w tym w wynagradzaniu, mimo że istnieją przepisy nakazujące równe traktowanie kobiet i mężczyzn. Nie wszystkie przypadki niższego wynagrodzenia kobiet są dyskryminacją. W dalszym ciągu można jednak spotkać opinie, że na niskie płace w zawodach wpływa ich feminizacja. Problem ten jest bardziej złożony, trudno jest udowodnić, czy niższe płace kobiet są skutkiem preferowania mężczyzn, czy wynikają

z przyczyn obiektywnych [9]. Jak ten problem wygląda w ochronie zdrowia? Z danych GUS wynika, że ochrona zdrowia należy do najbardziej sfeminizowanych sektorów gospodarki, w 2010 r. 82% zatrudnionych stanowiły kobiety, podobnie na studiach medycznych także 82% stanowiły kobiety. Zmiany w relacjach płac według płci w 2010 r. w porównaniu z 2001 r. pokazano w **Tabeli V**.

Z tabeli wynika, że w sektorze publicznym między rokiem 2001 i 2010 w większości zawodów nastąpiła poprawa relacji płac kobiet, z wyjątkiem ochrony zdrowia. Nawet w zawodzie pielęgniarstwie, gdzie odsetek mężczyzn jest minimalny (GUS objął badaniami 129 500 kobiet i 2600 mężczyzn), płace kobiet są o 1,6% niższe od mężczyzn. Trudno to uzasadnić bez szczegółowej analizy zatrudnienia i warunków pracy pielęgniarki. Natomiast wśród lekarzy różnica w płacach na niekorzyść kobiet jest zbyt duża jak na zawód sfeminizowany. Problem wymaga również bardziej szczegółowej analizy, gdyż kobiety i mężczyźni lekarze wykonują prace o podobnym stopniu złożoności. Jednym z powodów może być różnica w specjalności lekarskiej, większość kobiet ma specjalizację pediatrii i internistyczną, w których poziom płac jest nieco niższy np. w porównaniu z chirurgią. Choć w regulaminach wynagradzania nie różnicuje się płac według specjalności. W 2010 r. w zawodach sfeminizowanych poza ochroną zdrowia płace przeciętne kobiet były także niższe o kilka procent od mężczyzn. Natomiast wyższe płace kobiet od mężczyzn w placówkach prywatnych są skutkiem rzadkiego zatrudniania mężczyzn w zawodach pielęgniarki i technika medycznego.

| Zawód/specjalność | Sektor publiczny | | | Sektor prywatny | | |
|---------------------------------------|------------------|-------|---------|-----------------|-------|---------|
| | 2001 | 2010 | Różnica | 2001 | 2010 | Różnica |
| Kierownicy komórek podst. w organiz. | 81,4 | 80,1 | -1,3 | 76,5 | 73,3 | -3,2 |
| Specjaliści ogółem | 77,8 | 85,2 | +7,4 | 81,8 | 74,2 | -7,6 |
| Specjaliści ds. zdrowia | 82,9 | 60,0* | -22,9 | 101,6 | 79,4* | -22,2 |
| Lekarze | - | 86,8 | - | - | 103,3 | - |
| Pielęgniarki | 98,6 | 98,4 | -0,4 | 83,2 | 120,4 | +37,2 |
| Technicy medyczni i farmaceutyczni | - | 93,4 | - | - | 104,3 | - |
| Specjaliści ds. ekonom. i zarządzania | 84,7 | 83,1 | -0,6 | 82,2 | 73,9 | -8,3 |
| Nauczyciele akademicy | 78,7 | 82,2 | +3,5 | 81,3 | 97,9 | +16,6 |
| Nauczyciele szkół ponadpodstawowych | 97,4 | 105,2 | +7,8 | 93,3 | 93,8 | +0,5 |
| Specjaliści ds. prawa | 92,3 | 93,2 | +0,9 | 92,9 | 96,1 | +4,8 |
| Specjaliści informatycy | 93,0 | 102,9 | +9,9 | 93,7 | 87,4 | -6,3 |
| Średni personel medyczny | 98,6 | 85,8 | -12,8 | 101,3 | 86,7 | -14,6 |
| Średni personel biurowy | 87,7 | 82,1 | -5,6 | 81,4 | 85,3 | +3,9 |

Tabela V. Relacje płac kobiet w porównaniu z mężczyznami w zawodach ochrony zdrowia na tle innych zawodów i specjalności (2001–2010).

* Tak duże pogorszenie relacji płac kobiet jest skutkiem włączenia w 2010 r. pielęgniarek i położnych do grupy specjalistów w związku z podwyższeniem wymagań w zakresie wykształcenia ze średniego do wyższego i wynikającym stąd relatywnym obniżeniem płac przeciętnych specjalistów do spraw zdrowia w 2010 r. w stosunku do 2001 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.”, GUS, Warszawa 2002; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

Podsumowanie

Ponieważ w dalszym ciągu wielu lekarzy, a zwłaszcza pielęgniarek ocenia swoje obecne wynagrodzenia jako zbyt niskie w stosunku do wartości pracy, odpowiedzialności i wysiłku włożonego w zdobycie kwalifikacji, w artykule starano się pokazać, na podstawie dostępnych danych statystycznych, że opinie te są subiektywne. Nie można obiektywnie oceniać poziomu wynagrodzenia w danym zawodzie bez uwzględnienia wynagrodzeń w innych zawodach oraz poziomu rozwoju gospodarczego Polski. Przykładem były nierealne oczekiwania lekarzy z pierwszej połowy lat 90.

Z badań GUS, które są najbardziej reprezentatywne, wynika, że relacje wynagrodzenia lekarzy oraz pielęgniarek na tle większości zawodów w gospodarce od początku transformacji nie były tak korzystne, jak obecnie, mimo iż nie osiągnęły poziomów proponowanych przez związki zawodowe, zjazd lekarzy (minimalna płaca lekarzy bez specjalizacji – 5000 zł w 2006 r.) i Naczelną Radę Lekarską w połowie lat 90. XX w.

Przypomnijmy, że według propozycji związków zawodowych z połowy lat 90., przy średniej płacy w sektorze przedsiębiorstw w 2010 r. płaca zasadnicza lekarzy w pierwszym roku pracy powinna wynosić 3423 zł, lekarza bez specjalizacji 5134, lekarza z I stopniem specjalizacji 8557 zł, a lekarza specjalisty 11 980 zł. Natomiast w 2010 r. zróżnicowanie wynagrodzeń przeciętnych ujęte w badaniach GUS, w podstawowym miejscu pracy, wynosiło od 3170 zł (I decyl) do ponad 11 144 zł (IX decyl), ponad 20% lekarzy zarabiałoby powyżej 2,5-krotności przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (8858 zł w październiku 2010 r.) [6]. Z porównań tych wynika, że propozycji z połowy lat 90. XX w. nie zrealizowano i w najbliższym czasie tak się nie stanie. Natomiast propozycje w odniesieniu do płac pielęgniarek zostały zrealizowane, gdyż są one na poziomie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Zróżnicowanie decylove wynagrodzeń pielęgniarek wynosiło w 2010 r. od 2288 do 4200 zł. Należy zakładać, że niezadowoleni, jak w każdym zawodzie, są w grupie pracowników młodych i niżej zarabiających.

Do oceny pozostaje natomiast forma zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na kontraktach, czyli umowach cywilnoprawnych, dzięki którym możliwy był wyższy wzrost płac. Pracownicy, zyskując na wynagrodzeniu, tracą na ubezpieczeniu opłacanym przez pracodawcę.

Przypisy

¹ K. Manys, *Polacy są za wyższymi pensjami dla budżetówki*, „Rzeczpospolita” 2008; 7.

² Obecnie zgodnie z normami UE pielęgniarki i położne powinny mieć wykształcenie wyższe, ale w 2010 r. posiadało je tylko 19% pielęgniarek i 24,3% położnych [1].

³ D. Sikora, *Walczą o wyższe zarobki*, „Gazeta Prawna” 13–15.10.2006.

⁴ W 2010 r. 66,4% lekarzy miało specjalizację, której obecnie nie dzieli się na dwa stopnie. Ponadto 8,4% posiadało jeszcze specjalizację I stopnia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.

⁵ www.mp.pl/kurier/27198 (dostęp: 15.07.2013).

⁶ W 2001 r. nie wyodrębniono przeciętnych płac lekarzy, podano je łącznie z innymi „specjalistami ochrony zdrowia”, w sumie podano także płace pielęgniarek i położnych w grupie „technik i inny średni personel”. W 2010 r. pielęgniarki i położne zaliczono do grupy „specjaliści do spraw zdrowia”, a więc łącznie z lekarzami, co ma wpływ na relatywne obniżenie płac specjalistów ochrony zdrowia w porównaniu z 2001 r.

Piśmiennictwo

1. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.
2. Czajka Z., *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, Wyd. IPISS, Warszawa 2004.
3. Derkacz M., *Obrażani przez własne państwo*, „Służba Zdrowia” 2005; 80–83: 17–18.
4. Czajka Z., *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Wyd. Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2011: 17–24.
5. Sikora D., *Planowane ścieżki zawodowe studentów wydziałów lekarskich polskich uczelni medycznych*. Praca doktorska na Wydziale Lekarskim UJ, Kraków 2011.
6. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.*, GUS, Warszawa 2002.
7. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.
8. *Rocznik Statystyczny GUS 2008*, Warszawa 2008.
9. Czajka Z., *Dyskryminacja kobiet na rynku pracy, czy obiektywne różnice płci?*, „Polityka Społeczna” 2013; 7–8: 16–23.

Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Marcin Kautsch

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Marcin Kautsch, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, mxkautsc@wp.pl

Abstract

Migration of the medical professionals

Migration of the healthcare personnel started long before Poland joined the EU. However, with the accession more and more people, especially doctors, decided to migrate. The main reason for migration was of a financial nature. In recent years the dynamics of this migration slowed down among physicians, but it increased among nurses. Though at the moment migration does not pose a serious problem for the healthcare system in Poland it may be one of the factors which will cause problems in the future. Majority of migrants are relatively young. There is a threat that there will be no replacement for nurses who will retire in the nearest future. State involvement / action is required to sustain the system.

Key words: European Union, healthcare, medical professionals, migration, Poland

Słowa kluczowe: emigracja, ochrona zdrowia, Polska, profesjonaliści medyczni, Unia Europejska

Wstęp

Pisząc z pewną przesadą, można stwierdzić, że historia ludzkości to historia migracji. Ludzie od zawsze poszukiwali nowych miejsc nadających się do życia, pchani ciekawością świata lub zmuszani do tego panującymi warunkami. Zjawisko to można zaobserwować także w Europie i Polsce w ciągu stuleci. Przez długi czas swojej historii Polska przyjmowała imigrantów z całej Europy, a od wieku XIX sami Polacy zaczęli migrować. W czasach PRL poza krótkimi okresami emigracja znacznie osłabła. Obalenie komunizmu, likwidacja barier administracyjnych, transformacja ustrojowa i zwiększona swoboda podróżowania sprawiły, że pojawiły się przed Polakami nowe szanse poszukiwania możliwości rozwoju zawodowego czy po prostu zmiany kraju zamieszkania.

Przekrój zawodowy osób migrujących obejmował także przedstawicieli personelu medycznego. Migrowali oni i wcześniej, choć nasilenie procesu migracyjnego nastąpiło po przyjęciu Polski do Unii Europejskiej w roku 2004 [1, 2]. Sposób gromadzenia danych dotyczących

migracji nie daje pełnych odpowiedzi na temat skali migracji. Dostępne dane pokazują, że nie jest to zjawisko na tyle silne, by obecnie grozić funkcjonowaniu systemu w Polsce, choć jest ono z pewnością widoczne. Może ono stanowić pewne zagrożenie w przypadku krajów mniejszych. Migracja, wraz ze zmianami demograficznymi, jakie zachodzą w populacji profesjonalistów medycznych, może w przyszłości oddziaływać na możliwości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Niektórzy autorzy uważali do niedawna, że polski system edukacyjny „produkuje” więcej profesjonalistów zdrowotnych, niż jest w stanie wchłonąć polski rynek pracy [3]. Tezę tę warto jednak odnieść do liczby tych profesjonalistów i porównać z innymi krajami. Stwierdzimy wówczas, że wskaźnik liczby personelu medycznego *per capita* był i jest w Polsce niższy niż średnia europejska [4].

Niniejszy artykuł odnosi się do kwestii migracji personelu medycznego z/do Polski, jaką zaobserwowano w ostatnich latach. Przedstawia też, jakie są/mogą być skutki migracji dla funkcjonowania systemu ochrony

zdrowia w Polsce. Pokazuje także zarys tego zjawiska w innych krajach europejskich.

1. Uwagi metodologiczne

Zjawisko migracji personelu medycznego w Polsce nie jest szczegółowo rozpoznane, choć jego skala była/ jest widoczna. Wynika to ze sposobu gromadzenia danych oraz prowadzenia sprawozdawczości (dane na temat migracji nie są regularnie gromadzone i przetwarzane), co potwierdzają i inni autorzy zajmujący się tą tematyką [5]. Powodem problemów z danymi jest także coraz większe urynkowanie ochrony zdrowia. Na przykład ci lekarze, którzy są zatrudniani przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie umów kontraktowych, nie podlegają ewidencji statystycznej w taki sposób, jak personel etatowy, a ich zatrudnienie jest klasyfikowane jako „usługi obce” dla zakładu, co ma wpływ na wspomnianą statystykę. To samo, choć w mniejszym stopniu, dotyczy pielęgniarek i innych zawodów. Można więc stwierdzić, że rzeczywisty (dokładny) stan liczby personelu w ochronie zdrowia, a także tych, którzy faktycznie migrują, wymyka się sprawozdawczości. Stąd też dane dotyczące migracji muszą być oparte głównie na tych uzyskanych w samorządach zawodowych, które swoim członkom pragnącym podjąć pracę za granicą wydają certyfikaty potwierdzające kwalifikacje nabyte przez te osoby, uprawniające do pracy za granicą. To też sprawia, że dane dostępne w Polsce dotyczące migracji są w zasadzie ograniczone do dwóch zawodów: lekarzy (medycyny i stomatologii) oraz pielęgniarek i położnych. Natomiast dane uzyskane ze źródeł innych niż samorzady zawodowe wskazują na nieco inną skalę omawianego zjawiska.

Niniejszy artykuł powstał na podstawie badań prowadzonych w trakcie projektu Health PROMeTHEUS (*Health PROFESSIONAL Mobility in THE European Union Study*). Ten trzyletni projekt sfinansowany przez Komisję Europejską w ramach Seventh Framework (Grant agreement number 223383) rozpoczął się w 2009 r. Badania przeprowadzone w czasie trwania ww. projektu zostały uzupełnione nowszymi danymi. Dane zostały pozyskane od izb lekarskiej i pielęgniarskiej, przeprowadzono także przegląd istniejącej literatury oraz materiału znajdującego się w bazach danych wyszukiwarek w Internecie – Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) czy Ministerstwa Zdrowia.

2. Skala i charakter zjawiska

Największy wpływ na migrację personelu medycznego w Polsce w ubiegłych latach miało bez wątpienia wspomniane wejście Polski do Unii Europejskiej. Dało ono bowiem możliwość obywatelom Polski skorzystania z przysługujących im praw wspólnotowych (swobodny przepływ osób/kapitału). W związku z tym, że w UE kwalifikacje zawodowe personelu medycznego są automatycznie uznawane przez kraje członkowskie, zniknęła

podstawowa bariera w podejmowaniu pracy w innym kraju Unii – to jest konieczność zdawania egzaminów potwierdzających te kwalifikacje w języku kraju docelowego (lub minimum – w języku angielskim).

Zachodzące zjawiska o wymiarze politycznym (wejście Polski do UE) sprawiły, że emigracja stała się możliwa. Natomiast zjawiska o charakterze gospodarczym, tj. różnice między zarobkami personelu medycznego w Polsce (i innych krajów „nowej” Unii) a zarobkami w innych krajach „starej” Unii, były na tyle silne, by stać się impulsem do migracji (czynnik motywujący do wyjazdu).

Pewnym wskaźnikiem, za którego pomocą można określić zakres zainteresowania migracją, jest liczba zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych wydanych przez stowarzyszenia profesjonalne (izby lekarskie/pielęgniarskie). W **Tabeli I** przedstawiono, jak kształtowała się liczba tych zaświadczeń wydana lekarzom i denty stomom w latach 2005–2008.

Choć w kolejnych latach wskaźnik ten wzrastał, dynamika jego wzrostu spadła. I tak, do października 2010 r. wydano zaświadczenia dla 6,71% lekarzy [15], natomiast 2,59% lekarzy denty stomów [16] – co stoi w sprzeczności z danymi podanymi przez to samo źródło dla wcześniejszego okresu.

Informacje na temat zaświadczeń w wybranych specjalizacjach lekarskich (lekarzy medycyny) przedstawiono w **Tabeli II** – podano po 10 specjalności o najwyższym i najniższym odsetku wydanych zaświadczeń.

Dane przedstawione w Tabeli II pokazują, jak zróżnicowane są starania o uzyskanie certyfikatu poświadczającego kwalifikacje w zależności od specjalności lekarskiej. Największy odsetek (a także największa wartość nominalna) lekarzy występujących o ww. zaświadczenie zanotowano wśród anestezjologów, a następnie torakochirurgów oraz chirurgów plastycznych.

Uogólniając powyższe dane, można stwierdzić, że w najwyższym stopniu zainteresowanie migracją wyrażają lekarze diagnostyki, następnie lekarze specjalności zabiegowych, natomiast najmniejsze zainteresowanie występuje wśród lekarzy medycyny zachowawczej.

Zaświadczenia te stanowią tylko pewien probiez mówiący o możliwej emigracji i nie są równoznaczne z faktycznym wyjazdem. Co może dziwić, wyjazdy lekarskie następują także bez uzyskania ww. zaświadczenia. Przewodniczący Związku Zawodowego Anestezjologów ocenił, że do roku 2007 około 150 anestezjologów wyjechało z Polski bez takich zaświadczeń [17].

Wyjazd bez zaświadczenia może dotyczyć pielęgniarek, o ile będą chciały podjąć za granicą pracę, w której zaświadczenie takie nie jest wymagane (por. poniżej). Dane dotyczące pobranych certyfikatów przez personel pielęgniarski przedstawiono w **Tabeli III**. Obejmują one krótszy okres niż w przypadku lekarzy, co jest związane z jakością narzędzi informatycznych, za których pomocą są one gromadzone.

Zainteresowanie uzyskaniem omawianego certyfikatu w analizowanym okresie wśród pielęgniarek okazało się znacznie mniejsze niż wśród lekarzy. Dane pokazane w Tabeli III sugerują, że omawiany wskaźnik nie przekroczył 2% w połowie 2006 r. Można przyjąć, że część

| Zakres danych z dnia | 30.06.2005 | 30.06.2006 | 30.06.2007 | 31.12.2007 | 31.12.2008 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Liczba lekarzy medycyny aktywnych zawodowo w kraju | 116 847 | 118 475 | 116 160 | 117 240 | 116 492 |
| Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych | 3579 | 5114 | 6237 | 6724 | 7138 |
| % liczby zaświadczeń do liczby lekarzy | 3% | 4,32% | 5,28% | 6,1% | 6,1% |
| Liczba dentystów aktywnych zawodowo w kraju | 30 283 | 31 089 | 30 405 | 30 605 | 30 873 |
| Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych | 1108 | 1581 | 1853 | 1924 | 2069 |
| % liczby zaświadczeń do liczby lekarzy | 3,6 % | 5,1 % | 6,1% | 6,8% | 6,7% |

Tabela I. Liczba lekarzy medycyny i dentystów aktywnych zawodowo oraz wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych 2005–2008.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006, Warszawa 2006; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007, Warszawa 2007; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007, Warszawa 2007; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2008, Warszawa 2008; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008, Warszawa 2008; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009, Warszawa 2009; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2009, Warszawa 2009; Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.

| Specjalizacja | Liczba lekarzy medycyny aktywnych zawodowo | Liczba wydanych zaświadczeń | % wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy medycyny |
|---|--|-----------------------------|---|
| Farmakologia kliniczna | 74 | 0 | 0 |
| Immunologia kliniczna | 34 | 0 | 0 |
| Medycyna rodzinna | 9150 | 62 | 0,68 |
| Zdrowie publiczne | 1400 | 14 | 1 |
| Chirurgia stomatologiczna | 729 | 8 | 1,1 |
| Medycyna pracy | 1578 | 18 | 1,14 |
| Diagnostyka laboratoryjna | 173 | 3 | 1,73 |
| Reumatologia | 1503 | 36 | 2,4 |
| Nefrologia | 599 | 15 | 2,5 |
| Choroby płuc | 2413 | 64 | 2,65 |
| Hematologia | 254 | 24 | 9,45 |
| Chirurgia szczękowo-twarzowa | 90 | 9 | 10 |
| Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | 2473 | 248 | 10,03 |
| Chirurgia naczyniowa | 282 | 29 | 10,28 |
| Radiologia i diagnostyka obrazowa | 2136 | 233 | 10,91 |
| Patomorfologia | 497 | 59 | 11,87 |
| Medycyna ratunkowa | 538 | 71 | 13,2 |
| Chirurgia plastyczna | 160 | 25 | 15,63 |
| Chirurgia klatki piersiowej | 222 | 36 | 16,22 |
| Anestezjologia i intensywna terapia | 4219 | 797 | 18,89 |

Tabela II. Wydane zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych na koniec roku 2008 według specjalności medycznych.

Źródło: Na podstawie: Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.

pielęgniarek mogła wyemigrować bez certyfikatu, podejmując pracę pokrewną – np. opiekę nad osobą starszą/niepełnosprawną, w której taki dokument nie musiał być wymagany.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podaje, że od 1.05.2004 do 31.12.2009 r. wydano pielęgniarkom 11 590 zaświadczeń (6,33% pielęgniarek zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia), a położnym 1078 za-

| Zakres danych | Za okres od 1.05.2004 do 30.06.2005 | Za okres od 1.05.2004 do 30.06.2006 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Liczba pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu | 299 054 | 308 620 |
| Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych | 3204 | 5912 |
| % liczby zaświadczeń do liczby pielęgniarek i położnych | 1,1 % | 1,9 % |

Tabela III. Liczba pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu oraz wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych 2004–2006.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2006, Warszawa 2006; Ministerstwo Zdrowia, Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006r.), s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

| Kraj | Pielęgniarki | Lekarze | Stomatolodzy | Farmaceuci | ŁĄCZNIE |
|-----------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| Austria | 841 | 245 | 80 | 57 | 1223 |
| Dania | 93 | 105 | 6 | 9 | 213 |
| Finlandia | 5 | 20 | | | 25 |
| Francja | 24 | 134 | 14 | | 172 |
| Grecja | 133 | 19 | | | 152 |
| Hiszpania | 27 | 24 | | | 51 |
| Irlandia | 6 | 3 | | | 9 |
| Luksemburg | 3 | 4 | 1 | | 8 |
| Portugalia | | 3 | | | 3 |
| Szwecja | 475 | 678 | | | 1153 |
| Węgry | 13 | 11 | 13 | 4 | 41 |
| Wielka Brytania | 263 | 282 | 42 | 31 | 618 |
| ŁĄCZNIE | 1883 | 1528 | 70 | 35 | 3516 |

Tabela IV. Liczba pochodzących z Polski pracowników medycznych w krajach UE około roku 2000.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Dumont J.-C., Zurn P., Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, w: International Migration Outlook, Paris 2007: 210–211.

świadczeń (4,94% zatrudnionych położnych) [19]. Późniejsze dane wskazują, że w roku 2010 wydano łącznie 806 nowych certyfikatów [20]; dynamika ich wydawania spadła w porównaniu z latami 2006–2009, ale była wyższa niż w okresie podanym w Tabeli III.

Nie sposób jednoznacznie określić, na ile starania o uzyskanie dokumentu poświadczającego posiadanie kwalifikacji zawodowych przełożyło się na rzeczywistą emigrację, w tym trwałą emigrację. Badania przeprowadzone wśród personelu medycznego wskazują, że wołę wyjazdu deklarowało przed akcesją 35,2% profesjonalistów zdrowotnych, jednak tylko 10,4% twierdziło, że zamiary te są definitywne [21]. W trakcie badań prowadzonych w trakcie projektu PROMeTHEUS stwierdzono, że faktycznie część wyjazdów nie ma trwałego charakteru.

Jednocześnie źródła inne niż krajowe pokazują liczbę dotyczące pracy podjętej przez pracowników z Polski,

które różnią się znacząco od danych dotyczących liczby wydanych zaświadczeń.

Oceniano, że około roku 2000 w krajach Unii pracowało ponad 3,5 tysiąca pracowników ochrony zdrowia pochodzących z Polski [22]. Jest to więc skutek wcześniejszych wyjazdów – z lat 80. i 90. XX wieku. Kraj, w którym pracowali oraz podział na specjalności, pokazano w Tabeli IV.

M.A. García-Pérez et al. oceniali, że około roku 2000 liczba polskich lekarzy zarejestrowanych w innych krajach europejskich wynosiła 3130 osób [23], szacunki te znacznie odbiegają od tych podanych powyżej.

Liczbę polskich lekarzy, którzy zostali po raz pierwszy zarejestrowani w krajach UE15 w latach 2000–2007, pokazano w Tabeli V.

Mimo że dane nie obejmują całej Unii (uwaga pod tabelą), widać wyraźnie, że początkowo w analizowanym

| Rok | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Liczba nowych rejestracji | 23 | 27 | 70 | 214 | 461 | 862 | 1167 | 471 |

Tabela V. Polscy lekarze zarejestrowani po raz pierwszy w krajach UE15 w latach 2000–2007.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Leśniowska J., *Migration patterns of Polish doctors within the EU*, „Eurohealth” 2007; 13 (4): 7–8, bez danych z Austrii, Grecji, częściowo z Niemiec, Szwecji i Hiszpanii.

okresie liczba lekarzy, którzy podjęli pracę w krajach UE15, była stosunkowo niewielka. W roku 2003 nastąpił gwałtowny wręcz wzrost liczby lekarzy rejestrujących się za granicą. Wzrost ten utrzymywał się do roku 2006. Natomiast dane za rok 2007 wskazują na spadek zainteresowania wyjazdami. Fakt, że podane źródło ukazało się właśnie w roku 2007, może także sugerować, że dane za ten rok nie są pełne. Warto powtórzyć, że powyższe dane są fragmentaryczne – nie dotyczą wszystkich wymienionych krajów (regionów tych krajów). Liczba lekarzy w całej Unii powinna być w rzeczywistości wyższa, gdyż brak jest części danych z tak popularnych wśród wyjeżdżających krajów, jak Niemcy i Szwecja (por. poniżej). Przywoływane dane nie obejmują także Norwegii, która podobnie jak Szwecja, Dania czy Wielka Brytania prowadziła aktywną politykę migracyjną dotyczącą profesjonalistów zdrowotnych [5].

Największą popularnością cieszyły się wyjazdy do Wielkiej Brytanii. W dalszej kolejności były to Niemcy oraz kraje skandynawskie (Szwecja, Dania). Te ostatnie przede wszystkim ze względu na wspomnianą prowadzoną przez te kraje politykę migracyjną. Aby zilustrować skalę wyjazdów do tych dwóch krajów, warto zauważyć, że emigracja do tak dużego kraju, jak Francja (kilkakrotnie większa, jeżeli chodzi o liczbę ludności w porównaniu z ww. krajami skandynawskimi), była zbliżona do tej, która miała miejsce w znacznie mniejszej Holandii. (I to mimo że język francuski jest znacznie popularniejszy w Polsce niż holenderski.) Powyższe zjawiska zostały zilustrowane w Tabeli VI. Dane w tej tabeli pokazują również, jak bardzo wejście Polski do Unii Europejskiej wpłynęło na skalę migracji.

P. Kaczmarczyk wskazywał także na to, że nawet po wejściu Polski do UE wyjazdy nie mają masowego charakteru. Dane, którymi dysponował, pochodziły jednak z lat 2004–2006. Jednocześnie przywoływany autor obawiał się, że emigracja profesjonalistów medycznych może przybrać na sile [3].

Odsetek obcokrajowców pracujących w Polsce należy określić jako znikomy. Ocenia się, że około roku 2000 było to (według różnych źródeł) około 3% lekarzy i poniżej 1% pielęgniarek [21, 25]. Zestawienie dotyczące tych wielkości przedstawiono w Tabeli VII.

Doświadczenia autora w pracy z zakładami opieki zdrowotnej wskazują, że podane powyżej wartości są zawyżone, i to znacznie. W izbach nie udało się uzyskać jednoznacznych danych na ten temat. Izba pielęgniarska w ogóle nie dysponowała takimi danymi, izba lekarska podała natomiast różne liczby od 775 do 3044 (dane za rok 2009). Z kolei dane przedstawione przez WHO/

| Kraj/okres | 2000–2003 | 2004–2007 | ŁĄCZNIE |
|-----------------|-----------|-----------|---------|
| Dania | 8 | 139 | 147 |
| Francja | 6 | 91 | 97 |
| Holandia | 28 | 75 | 103 |
| Irlandia | 8 | 185 | 193 |
| Niemcy | 244 | 364 | 608 |
| Szwecja | b.d. | 417 | 417 |
| Wielka Brytania | 53 | 1633 | 1686 |
| Inne kraje | 9 | 57 | 66 |
| ŁĄCZNIE | 356 | 2961 | 3317 |

Tabela VI. Migracje polskich lekarzy do wybranych krajów UE w latach 2000–2007.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Leśniowska J., *Migration patterns of Polish doctors within the EU*, „Eurohealth” 2007; 13 (4): 7–8.

| | ŁĄCZNIE | Urodzeni za granicą | Odsetek |
|--|---------|---------------------|---------|
| Pielęgniarki | 243 225 | 1074 | 0,4 |
| Profesjonaliści medyczni (poza pielęgniarkami) | 163 791 | 4389 | 2,7 |
| Lekarze | 99 687 | 3144 | 3,2 |
| ŁĄCZNIE | 506 703 | 8607 | 1,7 |

Tabela VII. Osoby wykonujące zawody medyczne w podziale na zawody i miejsce urodzenia w Polsce około roku 2000.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dumont J.-C., Zurn P., *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, w: *International Migration Outlook*, Paris 2007: 210–211.

OECD mówią o tym, że w roku 2008 liczba lekarzy urodzonych lub wykształconych za granicą wynosiła w Polsce poniżej 1% [26], co potwierdza tezę autora.

3. Wpływ migracji na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Wspomniana migracja nie pozostaje bez wpływu na stan kadr zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, a przez to możliwość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W Polsce liczba personelu na 1000 mieszkańców jest niższa lub znacznie niższa niż średnia dla europejskich krajów OECD. Zjawisko to ilustruje **Tabela VIII**. Pokazano w niej też, jaką wielkość miały omawiane wskaźniki w Wielkiej Brytanii, która jest najczęstszym kierunkiem migracji.

Dane przedstawione w Tabeli VIII wskazują, że migracja następowała z Polski, mimo że liczba personelu medycznego w Polsce jest niższa, a nawet znacznie niższa niż średnia dla europejskich krajów OECD (z wyjątkiem położnych). W przypadku Polski można więc mówić o braku kadry, a nie o jej nadmiarze. Dane zebrane przez Ministerstwo Zdrowia wskazują na braki praktycznie w każdej z badanych grup zawodowych już w roku 2006. Poniżej w **Tabeli IX** zestawiono liczbę wolnych etatów w ochronie zdrowia oraz rejestrowane bezrobocie w omawianych grupach zawodowych [18].

Interpretując dane przedstawione w Tabeli IX, można przyjąć, że w omawianym okresie bezrobocie wśród lekarzy (medycyny) praktycznie nie istniało. Na jednego bezrobotnego lekarza przypadało bowiem ponad 10 wakatów. Osobom, które zostały zarejestrowane jako bezrobotne, mogło zależeć na posiadaniu takiego statusu (zachowanie uprawnień), bądź znajdowały się one w trakcie zmiany pracy. W przypadku lekarzy dentyistów liczba

| | Średnia | Polska | Różnica | Wielka Brytania |
|--------------|---------|--------|---------|-----------------|
| Pielęgniarki | 9,81 | 5,21 | -47% | 8,41 |
| Położne | 0,37 | 0,59 | 59% | 0,51 |
| Dentyści | 0,68 | 0,34 | -50% | 0,54 |
| Lekarze | 3,32 | 2,19 | -34% | 2,82 |

Tabela VIII. Liczba wybranych profesjonalistów zdrowotnych per capita w Polsce i europejskich krajach OECD i w Wielkiej Brytanii, rok 2012 lub wcześniej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: OECD, OECD. StatExtracts, <http://stats.oecd.org/>, dostęp: 11.11.2013.

wakatów i bezrobotnych jest zbliżona. Podobnie, choć nieco mniej korzystnie, przedstawia się ten wskaźnik dla pielęgniarek, co dziwi przy tak dużym zapotrzebowaniu na ich pracę i niskim wskaźniku pielęgniarek per capita. Relatywnie duża liczba bezrobotnych położnych może wskazywać na to, że zgodnie z szacunkami prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych około 100 000 jej członkiń nie jest czynnych zawodowo [17]. Wpływ na to może mieć także spadająca liczba urodzeń w Polsce. Dodatkowo, jak widać w Tabeli VIII, liczba położnych per capita jest w Polsce wyższa niż średnia dla europejskich krajów OECD.

Należy także odnotować bardzo silne zróżnicowanie liczby wakatów w poszczególnych województwach. Choć dane dotyczą tylko szpitali i pochodzą z roku 2007, widać skalę zapotrzebowania na personel medyczny, co przedstawiono w **Tabeli X**.

Nawet bez dokonywania przeliczenia powyższych wartości na wskaźniki populacyjne widać, że wzmiankowane zjawisko ma charakter zróżnicowany geograficznie. Dotyczy ono także różnych specjalności medycznych. Największe liczby wolnych etatów zgłoszono dla specjalistów w dziedzinach podanych w **Tabeli XI**. Dla lepszego zilustrowania skali zjawiska i jego wpływu na funkcjonowanie systemu w tabeli uwzględniono także zaświadczenia o kwalifikacjach, jakie zostały wydane przez izby lekarskie do końca roku 2008.

Dane te wskazują, że braki dotyczą przede wszystkim tych specjalności, w których odsetek lekarzy występujących o wydanie zaświadczenia o kwalifikacjach był relatywnie wysoki. Wyrywkowość danych sprawia, że niemożliwe są precyzyjne wyliczenia statystyczne, za pomocą których można by starać się określić przypuszczalny wskaźnik migracji lekarzy poszczególnych specjalności. Bez względu na powyższe, widać jednak, że emigracja lekarzy (a w każdym razie liczba lekarzy rozważających migrację) przyczynia się do braków kadry medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia. Choć nie udało się zebrać danych dotyczących takich grup zawodowych, jak rehabilitanci czy fizjoterapeuci, to brak i tych specjalności zaczyna być odczuwalny na rynku [17].

| Grupa zawodowa | Liczba wakujących etatów | Rejestrowane bezrobocie w grupach zawodowych | Liczba wakatów w stosunku do liczby bezrobotnych |
|----------------|--------------------------|--|--|
| Lekarze | 4113 | 389 | 10,57 |
| Dentyści | 86 | 103 | 0,83 |
| Pielęgniarki | 3229 | 4236 | 0,76 |
| Położne | 312 | 690 | 0,45 |
| RAZEM | 7740 | 5148 | 1,43 |

Tabela IX. Liczba wolnych etatów w ochronie zdrowia oraz rejestrowane bezrobocie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006r.), s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

| Województwo | Liczba wakatów | |
|---------------------|----------------|--------------|
| | Lekarze | Pielęgniarki |
| Dolnośląskie | 217 | 186 |
| Kujawsko-Pomorskie | 380 | 488 |
| Lubelskie | 500 | 389 |
| Lubuskie | 47 | 9 |
| Łódzkie | 247 | 211 |
| Małopolskie | 50 | 51 |
| Mazowieckie | 892 | 168 |
| Opolskie | 60 | 126 |
| Podkarpackie | 175 | 132 |
| Podlaskie | 193 | 119 |
| Pomorskie | 162 | 263 |
| Śląskie | 279 | 319 |
| Świętokrzyskie | 177 | 194 |
| Warmińsko-Mazurskie | 273 | 133 |
| Wielkopolskie | 196 | 216 |
| Zachodniopomorskie | 260 | 224 |
| RAZEM | 1374 | 1468 |

Tabela X. Liczba wakatów w szpitalach publicznych (etaty) według województw.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sikora D., Szpitalom brakuje młodych lekarzy i specjalistów, „Gazeta Prawna” 2007; 13(1883).

| Specjalność medyczna | Wolne etaty (2008) | Odsetek lekarzy, którym wydano zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych; stan na 31.12.2008 |
|---|--------------------|--|
| Anestezjologii i intensywnej terapii | 398 | 18,89 |
| Chorób wewnętrznych | 312 | 5,07 |
| Medycyny ratunkowej | 306 | 13,20 |
| Pediiatrii | 230 | 3,47 |
| Chirurgii ogólnej | 206 | 8,62 |
| Psychiatrii | 170 | 5,40 |
| Ortopedii i traumatologii narządu ruchu | 125 | 10,03 |
| Położnictwa i ginekologii | 110 | 6,28 |

Tabela XI. Wolne etaty lekarskie a odsetek wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kaczmarczyk P., *Highly skilled migration from Poland and other CEE countries – myths and reality*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, 2006: 17–18, 24; Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008; Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006 r.)*, s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

Wskazana powyżej skala prawdopodobnej migracji wpływa i wpływać będzie na możliwość świadczenia usług w Polsce. Tym bardziej że według L. Kudlickiego zwykle migrują lekarze w rozkwicie kariery (w wieku 36–49 lat) lub osoby młode, bez specjalizacji [27]. Na braki dotyczące młodszych lekarzy wskazuje także D. Sikora [17]. Może to oznaczać, że w najbliższych latach (wraz z odchodzeniem na emeryturę starszych roczników) brak lekarzy stanie się bardziej odczuwalny. W związku z ograniczeniami budżetu publicznego płatnika (co jest zjawiskiem uniwersalnym) istnieje w Polsce problem kolejek w usługach medycznych. Kolejki te są stałym elementem publicznego systemu, jednak znamienne jest to, że od pewnego czasu zjawisko to zaczyna także dotyczyć sektora prywatnego. Osoby posiadające prywatne ubezpieczenia lub też abonamenty na usługi medyczne (rodzaj bonusu oferowanego przez pracodawców) także zaczynają mieć kłopoty z dostępem do usług [28]. Zjawisko do niedawna nieznanne w polskim systemie ochrony zdrowia – kolejka do lekarza, którego usługi są opłacane z prywatnych środków – zaczyna być coraz bardziej powszechne. Jest to skutek kilku zjawisk: rosnącej zamożności społeczeństwa (coraz więcej osób stać na tego typu usługi), emigracji lekarzy (limitowana siła robocza) i polityki firm medycznych, które nie zatrudniają (nie chcą, nie mogą) dodatkowych lekarzy.

Problemy z pozyskaniem specjalistów zaczynają dotyczyć nawet dużych aglomeracji, mają go jednak przede wszystkim zakłady opieki zdrowotnej w mniejszych miejscowościach, na terenach wiejskich. Wynikiem tego jest konieczność wypłacania wysokich wynagrodzeń lekarzom w tych województwach, które wcale nie są zamożne, lecz występują w nich spore braki kadrowe, na co zwraca uwagę I. Hajnosz, omawiając raport Ministerstwa Zdrowia dotyczący zarobków lekarzy w latach 2011–2012 [29].

W tej chwili i przy braku najnowszych danych trudno jest określić wpływ, jaki migracja ma/będzie mieć na zdrowie populacji. W związku z zahamowaniem tendencji migracyjnej lekarzy można zakładać, że ten wpływ nie będzie rósł, z kolei, jak wspomniano, przekrój demograficzny lekarzy emigrantów może budzić niepokój. O pewnych problemach można mówić już obecnie na terenach wiejskich czy w mniejszych miejscowościach, choć zjawisko to występowało tam także przed akcesją Polski do UE i dotyczy nie tylko naszego kraju. Z pewnością duży wpływ na funkcjonowanie systemu będzie miało zainteresowanie emigracją ze strony pielęgniarek.

4. Przyczyny migracji

M. Wismar et al. wskazują na to, że migranci mogą być motywowani do wyjazdu chęcią zdobycia nowych umiejętności, powodami rodzinnymi lub ciekawością. Ponadto rozszerzenie UE zwiększyło gospodarczą różnorodność krajów członkowskich. Większe zróżnicowanie płac, większe różnice w infrastrukturze i wykorzystaniu oraz dostępności nowoczesnych technologii medycznych wpływają na dalsze motywowanie do zawodowej mobilności [30].

Choć wśród przyczyn wyjazdów polskich profesjonalistów również wymienia się ograniczone możliwości rozwoju zawodowego czy gorsze warunki pracy [17], to jednak zasadniczym powodem wyjazdów były niskie zarobki. Najlepszym tego dowodem jest zatrzymanie (spowolnienie) migracji w momencie, kiedy zarobki zaczęły gwałtownie rosnąć, tj. około roku 2007 (por. poniżej). Zebrane dane wskazują, że w tym okresie znacząco spadła liczba lekarzy rozpoczynających pracę w krajach Unii. Żaden inny czynnik, który mógłby motywować do wyjazdu, nie uległ wówczas zmianie. Na finanse wskazują zresztą sami lekarze – blisko 90% lekarzy podaje kwestie zarobkowe jako główną przyczynę wyjazdów [31].

Do niedawna różnice między zarobkami lekarzy w Polsce i w krajach docelowych migracji były znaczne [32]. Jednak uległy one zmniejszeniu. Na **Wykresie 1** zaprezentowano najniższe i najwyższe średnie miesięczne wynagrodzenie personelu medycznego w szpitalach za pracę na etacie. Zarobki te mogą być relatywnie wysokie – nawet w porównaniu z tymi, jakie są uzyskiwane przez profesjonalistów medycznych w innych krajach. Pokazuje to rzeczywisty powód spadku zainteresowania migracją – szczególnie lekarzy. Wysokie zarobki tej grupy zawodowej potwierdza przywoływany powyżej raport Ministerstwa Zdrowia z lat 2011–2012 [29].

5. Tło międzynarodowe

Unia Europejska wspiera wolny przepływ pracowników między krajami członkowskimi, choćby przez wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych. Mimo to przepływy te napotykają bariery, np. językowe czy kulturowe [34]. Widać to w przypadku Polski. Język polski,

uznawany za jeden z trudniejszych, czy relatywnie niskie wynagrodzenia (jeszcze przed kilkoma laty) sprawiają, że Polska nie staje się krajem docelowym migracji, choć zapewne może budzić zainteresowanie profesjonalistów medycznych ze słowiańskich krajów Europy Wschodniej, dla których bariera językowa nie będzie aż tak duża.

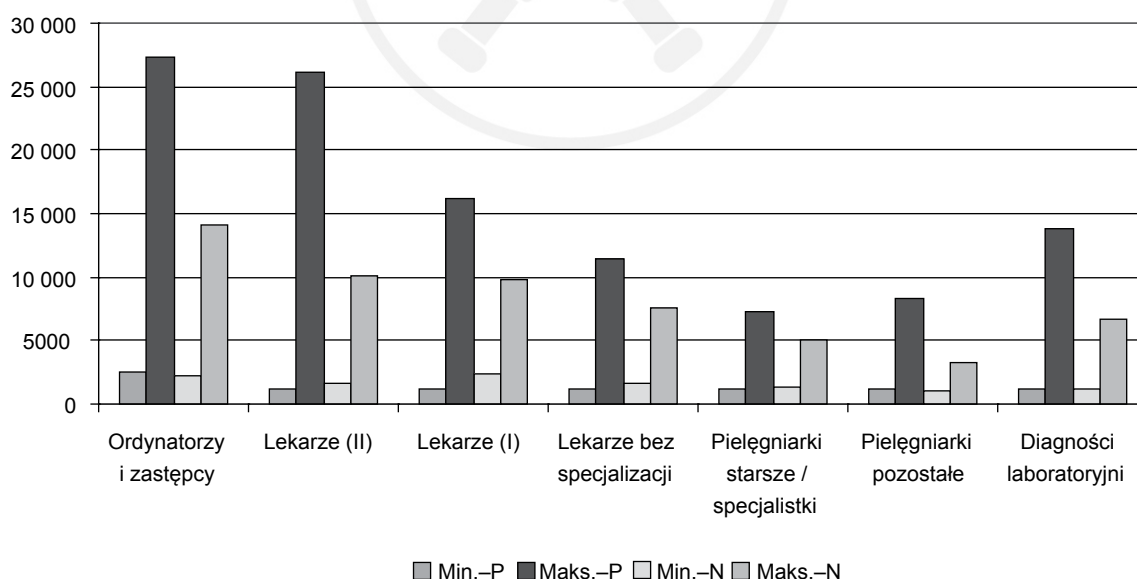
W przypadku Polski nie ma także polityki dotyczącej migracji – ani do, ani z kraju. Czego nie można powiedzieć np. o Wielkiej Brytanii czy krajach skandynawskich [5, 32].

Rozszerzenie Unii, polityka dotycząca swobody przepływu osób oraz różnice w poziomie zamożności sprawiają, że migracja objęła wiele krajów. Są wśród nich takie, które przede wszystkim przyjmują migrantów, oraz takie, które „eksportują” siłę roboczą, co dotyczy także profesjonalistów medycznych.

Z podanych powyżej powodów migracja odbywa się przede wszystkim w kierunkach wschód – zachód, południe – północ. Krajami, które przyjmują najwięcej migrantów, są Wielka Brytania, Niemcy, kraje skandynawskie. Natomiast kraje Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej są tymi, z których najczęściej pochodzą migranci. Im większy rozrzew między zarobkami między krajami, tym większa skłonność do emigracji, czego przykładem może być Rumunia [34].

Bywają też kraje, które są jednocześnie „eksporterami” i „importerami” siły roboczej, czego przykładem mogą być Niemcy. Przez pewien czas w związku z dużą liczbą absolwentów medycznych w tym kraju występowała emigracja do Wielkiej Brytanii, równocześnie kraj ten przyjmował imigrantów z innych krajów [30, 34].

Zjawisko migracji może nieść niekorzystne skutki dla tych krajów, z których pochodzą migranci – uszczuplając



Wykres 1. Najniższe (min.) i najwyższe (maks.) roczne zarobki personelu medycznego w sektorze publicznym (P) i niepublicznym (N) w Polsce (styczeń 2008) [PLN].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kalinowski P., *Wyszarpnięte pensje*, „Medical Tribune” 2008; 3: 4.

zasoby ludzkie systemu ochrony zdrowia. O ile w przypadku Polski emigracja – choć odczuwalna – nie stanowi obecnie istotnego zagrożenia, to w mniejszych krajach (jak np. kraje bałtyckie czy Słowenia) już kilkuset migrujących lekarzy będzie stanowić istotny odsetek ich całkowitej liczby, a przez to silnie wpływać na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia [30].

Poleganie na obcej sile roboczej w danym kraju też nie jest jednoznacznie pozytywnym zjawiskiem. Może bowiem oznaczać uzależnienie się od osób, które mogą chcieć wrócić do kraju pochodzenia, jeżeli sytuacja w kraju osiedlenia (bądź ich własnym) ulegnie istotnej zmianie.

W Europie do krajów o najwyższym wskaźniku profesjonalistów medycznych z zagranicy należą Irlandia, w której medycy wykształceni w tym kraju stanowili zaledwie 64% wszystkich lekarzy [5], czy Wielka Brytania, gdzie ponad jedna czwarta ww. osób została wykształcona za granicą. Poza Europą zbliżone wskaźniki notuje się w krajach „zbudowanych” na emigrantach, czyli Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii [35].

Dyskusja i wnioski

Z Polski już przed przystąpieniem do UE personel medyczny emigrował do innych krajów. Zjawisko to w sposób znaczący nasiliło się, gdy Polska stała się krajem członkowskim. Można to tłumaczyć zniknięciem barier utrudniających podjęcie pracy za granicą oraz atrakcyjnością zarobków w krajach docelowych. Emigracja w największej skali dotyczy(ła) lekarzy. Wśród pielęgniarek jej skala była znacznie ograniczona. Może to być rezultat tego, że w Polsce zawód ten nie ma takiej samodzielności, jak w innych krajach (starej) Unii. Pielęgniarki mogły się więc obawiać, czy poradzą sobie ze zwiększoną odpowiedzialnością w kraju nowego osiedlenia. Nowsze dane wskazują przy tym, że zainteresowanie emigracją wśród pielęgniarek wzrosło. Jednym z powodów, że w publicznej statystyce migracja pielęgniarek nie jest dobrze widoczna, może być to, że pielęgniarki emigrując, podejmują pracę jako opiekunki (np. w domach opieki długoterminowej) i nie wymaga się od nich przedstawienia zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych.

Kierunki migracji z Polski są zgodne z tymi, jakie wybierali przedstawiciele krajów o porównywalnym z Polską stopniu zamożności. Osoby wyjeżdżające kierowały się przede wszystkim do Wielkiej Brytanii i Irlandii, Niemiec i krajów skandynawskich. Warto odnotować, że w dwóch pierwszych krajach liczba personelu medycznego *per capita* jest niższa od średniej dla europejskich krajów OECD, natomiast w pozostałych – wyższa, i to znacząco [4]. Wpływ na migrację mogą mieć różnice w systemach ochrony zdrowia/kulturach poszczególnych krajów. Liczba pielęgniarek oraz personelu pielęgnacyjnego (*caring personnel*) *per capita* jest w Polsce prawie czterokrotnie mniejsza niż w Norwegii [4]. Mimo to właśnie Norwegia, a nie Polska, jest krajem docelowym migracji. W przypadku Polski zapotrzebowanie na pracę pielęgniarstwa może być maskowane przez opiekę, jaką otaczane są osoby starsze przez członków ich rodzin.

W przypadku Norwegii kultura/system „napędza” zapotrzebowanie na tego typu usługi.

Wśród lekarzy specjalistami, którzy najczęściej występowali o zaświadczenie potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe, byli anesteziolodzy. Przedstawiciele innych specjalności lekarskich, którzy występowali o takie zaświadczenie, to przede wszystkim diagnosty oraz lekarze zabiegowcy. Wytłumaczenie jest następujące: są to osoby, które mają ograniczony kontakt z pacjentem, więc np. znajomość języka kraju docelowego nie jest wymagana aż w takim stopniu, jak w przypadku lekarzy specjalności niezabiegowych (nie mówiąc np. o psychiatrach).

Opisywane zjawiska były zapewne jednym z powodów pojawienia się dużej liczby wakatów w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce. Wakaty te dotyczyły przede wszystkim stanowisk anesteziologów i internistów (w tym drugim przypadku należy brać pod uwagę, że jest to liczniejsza grupa zawodowa). Odczuwalny jest brak lekarzy w województwach biedniejszych i na terenach wiejskich.

Migracja lekarzy w istotnym stopniu osłabła w ostatnich latach. Atrakcyjność pracy za granicą zmalała, do czego przyczyniają się zwiększający się poziom zarobków w Polsce oraz różnice kursów walut (np. obniżenie wartości funta/euro do złotych). Wzrost zarobków wynikał z podejmowanych przez środowisko lekarskie akcji protestacyjnych oraz wzrostu środków w systemie ochrony zdrowia. Natomiast, jak wspomniano, w analizowanym okresie wzrosło zainteresowanie migracją wśród pielęgniarek.

Migracja w przypadku Polski oznacza przede wszystkim emigrację. Liczbę osób z zagranicy podejmujących pracę w Polsce należy ocenić jako znikomą (są to przede wszystkim absolwenci polskich uczelni medycznych pochodzący z krajów o PKB znacznie niższym niż Polska).

Powody zarówno emigracji, jak i tego, że Polska nie staje się krajem, do którego migruje personel medyczny, są przede wszystkim natury finansowej (relatywnie niskie zarobki personelu medycznego w Polsce – przynajmniej do niedawna). Prócz względów finansowych powodem braku zainteresowania Polską jako krajem docelowym są bariery językowe.

Niezadowolenie z pracy i płacy wyrażane przez personel medyczny prowadziło w Polsce w ostatnich latach do zmian w wielkości i strukturze tej siły roboczej. Manifestowało się to w latach 90. ubiegłego wieku. Bez wchodzenia w szczegóły można odnotować, że liczba lekarzy oraz pielęgniarek sukcesywnie spadała już w poprzedniej dekadzie. Trend ten utrzymał się w okresie późniejszym, a jego nasilenie jest szczególnie widoczne po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Część zaobserwowanego ubytku kadr należy przypisać odchodzeniu z zawodu i podejmowaniu (szczególnie przez lekarzy) pracy jako menedżerowie ochrony zdrowia, przedstawiciele handlowi firm farmaceutycznych zajmujących się badaniami klinicznymi. Za jedną z głównych przyczyn zmniejszającej się liczby pielęgniarek należy uznać wyjątkowo niskie zarobki i brak możliwości dodatkowego zarobku (co mogą robić lekarze), które przyczyniały się do zmniejszenia zainteresowania kształceniem w tym

kierunku [36], oraz osiąganie wieku emerytalnego przez pielęgniarki, które nie są i nie będą w przyszłości zastępowane przez wystarczającą liczbę absolwentów tego kierunku [19].

Należy podkreślić kilka czynników, które mogą w istotny sposób wpłynąć na możliwości funkcjonowania systemu w przyszłości i rzutować na bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Dane zebrane w trakcie badań wskazują na brak polityki migracyjnej w Polsce, emigrację personelu oraz starzenie się profesjonalistów medycznych (co jest związane ze starzeniem się społeczeństwa), w tym szczególnie problemy z personelem pielęgniarskim (por. powyżej). Bezspornie konieczne są inicjatywy, które zachęciłyby już wykształcone pielęgniarki do powrotu do pracy w swoim zawodzie, zmieniłyby umocowanie pielęgniarek i innych zawodów medycznych, by przedstawiciele tych zawodów byli w stanie przejąć część obowiązków wykonywanych obecnie przez lekarzy. Spełnienie powyższych postulatów wymagałoby wręcz rewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Należy także zastanowić się, czy możliwe jest pozyskanie zasobów ludzkich w odpowiedniej liczbie i jakości przez aktywną politykę imigracyjną, co może być łatwiejsze w przypadku lekarzy (wysokie zarobki) i dużo trudniejsze w przypadku pielęgniarek (wciąż relatywnie niskie zarobki, brak doceniania ich pracy).

Piśmiennictwo

- Hajnosz I., *Odpyły lekarzy*, „Gazeta Wyborcza” 26.02.2004.
- Leśniowska J., *Problem migracji polskiej kadry medycznej*, „Polityka Społeczna” 2005; 4: 18–22.
- Kaczmarczyk P., *Highly skilled migration from Poland and other CEE countries – myths and reality*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, 2006: 17–18, 24.
- OECD, OECD.StatExtracts, <http://stats.oecd.org/>; dostęp: 11.11.2013.
- Makulec A., *Jak, dokąd i dlaczego migrują europejczy medycy?*, „Biuletyn Migracyjny” 2011; 29: 2–3.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2006*, Warszawa 2006.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006*, Warszawa 2006.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007*, Warszawa 2007.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007*, Warszawa 2007.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2008*, Warszawa 2008.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008*, Warszawa 2008.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009*, Warszawa 2009.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2009*, Warszawa 2009.
- Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.
- Naczelna Izba Lekarska, *Liczby zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, 2010.
- Naczelna Izba Lekarska, *Liczby zaświadczeń wydanych lekarzom dentystom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, 2010.
- Sikora D., *Szpitalom brakuje młodych lekarzy i specjalistów*, „Gazeta Prawna” 2007; 13(1883).
- Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006 r.)*, s. 5; <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mi=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>; dostęp: 18.04.2009.
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Warszawa 2010: 17–19, 21–22.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1.01.2010 do 31.12.2010 dla poszczególnych grup*; <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=197&a=150&b=4>; dostęp: 11.09.2011.
- OECD, *International migration outlook: SOPEMI*, Paris 2007: 165, 189, 210–211.
- Dumont J.-C., Zurn P., *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, w: OECD, *International Migration Outlook*, Paris 2007: 210–211.
- García-Pérez M.A., Amaya C., Otero Á., *Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation*, „BMC Health Services Research” 2007; 7, 201: 6.
- Leśniowska J., *Migration patterns of Polish doctors within the EU*, „Eurohealth” 2007; 13(4): 7–8.
- Zurn P., *Health workforce and international migration: can New Zealand compete?*, OECD, 2008: 19.
- WHO/OECD, *Policy Brief: International Migration of Health Workers*, 2010: 1–8.
- Kudlicki L., *Nowa Wielka Emigracja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 2006; 1: 90–110.
- Pochrzest A., *Leczysz się prywatnie? To poczekaj do czwartku*, „Gazeta Stołeczna” 23.09.2008.
- Hajnosz I., *Krezusi polskiej medycyny. Ile zarabiają lekarze*, „Gazeta Wyborcza” 8.04.2013.
- Wisnar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. (red.), *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2011: 4, 11, 44–50.
- Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów, *Informacja ZGZZA o emigracji anestezjologów*; http://www.zgzza.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=26&Itemid=49&limit=8&limitstart=8; dostęp: 11.10.2011.
- Maniak G., Nowak-Lewandowska R., *Wybrane aspekty emigracji zarobkowych i ich konsekwencje dla rynku pracy w Polsce po 1 maja 2004 roku*, w: Kopycińska D. (red.), *Bezrobocie we współczesnych gospodarkach rynkowych*, Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.
- Kalinowski P., *Wyszarpnięte pensje*, „Medical Tribune” 2008; 3: 4.

34. Bach S., *International migration of health workers: Labour and social issues*, International Labour Office, Geneva 2003: 5, 11.
35. Kingma M., *Migration patterns of health professionals*, „Cah. Sociol. Demogr. Med.” 2005; 45(2–3): 287–306; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16285406>; dostęp: 2.10.2013.
36. Whitfield M., Kautsch M., Hind D., *TFR Report: A preliminary analysis of hospital cost and activity data UK/Poland as a feasibility for the development of a database of hospi-*

tal information for hospital managers, School of Health and Related Research, University of Sheffield (ScHARR) 2002, Report Series No: 4, ISBN 1 900752 35 2, ScHARR.

Podziękowania

Chciałbym podziękować pani dr Katarzynie Czabanowskiej za pomoc w zbieraniu i opracowywaniu materiału badawczego.



Pielęgniarki na rynku pracy

Wiesława Kozek

Instytut Socjologii, Uniwersytet Warszawski

Adres do korespondencji: Wiesława Kozek, Instytut Socjologii, Uniwersytet Warszawski
00-927 Warszawa, ul. Karowa 18, w.kozek@is.uw.edu.pl

■ Abstract

Nurse position on the labour market

Purpose of the paper is description of nurse position on the labour market and vis a vis employers in health care system. Shrinking of the personnel supply and low attractiveness of the nurse occupation due to low wages has been indicated. High labour unionisation and capacity for strike organizing were described. A thesis of the article it is that the defensive strategy of nurses is concentrated now more around the collective action than across competing on the labour market. The alterability of this strategy is sketched as one to be more oriented on the market balance in consequence of the lack of sufficient inflow to the occupation of young candidates. The empirical base of analysis constitutes: public statistics presented by Ministry of Health, Central Statistical Office, Chambers of Nurses and Midwives, and research findings coming from project: "Municipal Hospitals under the pressure of changes", done in years 2012–2013 in Warsaw.

Key words: employment, nurses in Poland, occupational strategy on labour market, wages

Słowa kluczowe: pielęgniarki w Polsce, pozycja rynkowa, strategia obronna zawodu, zarobki, zatrudnienie

Obecnie pielęgniarka to – w powszechnym odczuciu – zawód bardzo szanowany. W badaniu CBOS, dotyczącym prestiżu zawodów w Polsce, zrealizowanym w roku 2008, pielęgniarka zajęła pod względem rangi 4. miejsce od góry po profesora uniwersytetu, strażaka i górnik, a przed lekarzem, inżynierem i nauczycielem [1]. W badaniu tym aż 77% respondentów określiło swoje poważanie w odniesieniu do pielęgniarki, określając je jako duże, 20% jako średnie, 2% jako małe, a 1% nie potrafiło udzielić odpowiedzi. Sprawozdający wyniki tego badania napisali: „To, że zawód pielęgniarki lokuje się wyżej niż zawód lekarza, może w pewnym stopniu wynikać z kompensaty za niskie zarobki” [1]. Wyjaśnienie to nawiązuje do koncepcji „dekompozycji cech położenia społecznego”, używanej przez badaczy struktury społecznej w Polsce od lat 60. XX wieku [2]. Koncepcja ta objaśniała, że zawody, które w ówczesnych warunkach nie były dostatecznie finansowo gratyfikowane, społeczeństwo swoiście „dowartościowywało”, obdarzając je większym szacunkiem. Minęło pół wieku od tego czasu, żyjemy od ponad dwóch dekad w warunkach gospodarki rynkowej, a ta koncepcja dalej może być przywołana w przypadku statusu społecznego pielęgniarek. Badania,

o których mowa, pokazują, że tzw. znormalizowana średnia ocen prestiżu zawodu pielęgniarki wzrosła w latach 1999–2008 z 65 do 75%, czyli aż o 10%, natomiast zarobki pielęgniarek są od lat przedmiotem zbiorowego ich kontestowania, szczególnie przez pielęgniarki pracujące w szpitalach [3].

Ten wysoki prestiż zawodu nie doznał uszczerbku, pomimo że pielęgniarki tworzą zbiorowość kontestującą warunki pracy i płacy od początków reformy ochrony zdrowia [4], a przecież zawodom uznawanym za „z powołania” opinia publiczna długo odmawiała praw do protestu w formie strajku (np. lekarzom, nauczycielom). Pielęgniarkom tego prawa się nie odmawia tak bardzo jak lekarzom [5].

W szczególności aktywne w dochodzeniu do lepszych warunków płacowych są pielęgniarki pracujące w lecznictwie szpitalnym, co jest częściowo związane z większą możliwością samoorganizacji w tych relatywnie dużych zbiorowościach pracowniczych. Szacunki pokazują, że ogólnie do związków zawodowych należy co najmniej ponad 50% pracujących pielęgniarek, z tym że większość pracuje właśnie w szpitalach, gdzie przynależność do związków dochodzi do 95%.

Jest oczywiste, że pielęgniarce nie wystarczy szacunek pacjentów, chcą także finansowej gratyfikacji swojego wkładu w ochronę zdrowia. Z pewnością powodzenie tego strategicznego przedsięwzięcia zależy od wielu czynników. To zagadnienie stoi w centrum prezentowanej analizy.

Celem tej analizy jest udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze odnoszące się do istoty procesów zatrudnienia w zawodzie pielęgniarstwa i opisanie zbiorowych starań tego środowiska o poprawę położenia na rynku pracy.

Podstawę teoretyczną stanowi teoria równowagi podaży–popytu na rynku pracy [6] oraz teoria Mancura Olsona, odnosząca się do zbiorowego działania grup zawodowych [7]. Obie teorie uzupełniają się wzajemnie, próbując wyjaśnić istotę strategii grup zawodowych na rynku pracy. Pierwsza z nich mówi o konsekwencji braku równowagi między popytem i podażą na rynku pracy – dobrze charakteryzuje dążenia grup zawodowych do ustanowienia ograniczeń dostępu do zawodu po stronie podaży (licencje, uprawnienia do wykonywania zawodu, przymusowe członkostwo w organizacjach zawodowych) oraz wyjaśnia poprawę położenia grup zawodowych pod wpływem ograniczenia popytu (zmiana liczby dostępnych stanowisk pracy) i podaży (o charakterze demograficznym i edukacyjnym) [6]. Druga teoria tłumaczy, dlaczego grupy zawodowe wybierają strategie ochrony poprzez organizacje zawodowe (typu stowarzyszenia zawodowe, towarzystwa profesjonalne) bądź poprzez związki zawodowe. Strategie te są odzwierciedlone odpowiednio jako lobby związkowe lub lobby zawodowe [7].

Analizując koncepcje braku równowagi między popytem i podażą na rynku pracy, należy koncentrować się na takich kwestiach po stronie podaży, jak: liczba osób uprawnionych do wykonywania danego zawodu, liczba osób pracujących w zawodzie, bezrobocie w zawodzie, dostęp do zawodu osób spoza krajowego rynku pracy, formy i szybkość kształcenia, zjawiska emigracji zarobkowej w zawodzie. Po stronie popytu analizuje się formy zatrudnienia w zawodzie, atrakcyjność zarobków oferowanych przez pracodawców, ostatecznie strategie pracodawców w stosunku do danej grupy zawodowej.

Teoria Olsona nakazuje interesowanie się kwestiami grupowej organizacji interesów: przynależnością do organizacji grupowej reprezentacji interesów w formie obligatoryjnej i fakultatywnej.

Prezentowana analiza będzie oparta na danych dotyczących zatrudnienia pielęgniarzek, przedstawianych w Biuletynach Statystycznych Ministerstwa Zdrowia, danych podobnego rodzaju gromadzonych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, danych pochodzących ze statystyki publicznej GUS, wyników badania socjologicznego „Szpitale samorządowe pod presją zmian” na temat warunków zatrudnienia, realizowanego w latach 2012–2013. Było to badanie statutowe, prowadzone przez Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego przez Wiesławę Kozek w czterech szpitalach samorządowych, metodą *case study*. Metoda ta opierała się na analizie publicznie dostępnych dokumentów dotyczących szpitali, analizie artykułów prasowych na ich temat, przeprowadzaniu 30 wywiadów pogłębionych z: dyrektorami

szpitali lub dyrektorami ds. leczenia, lekarzami zatrudnionymi na umowę o pracę i na kontrakcie, pielęgniarcami zatrudnionymi na umowę o pracę, działaczami największych związków zawodowych oraz pielęgniarcami naczelnymi. Dyspozycje do wywiadu koncentrowały się na problemach związanych z zatrudnieniem i stosunkami pracy w badanych szpitalach. Wielość typów respondentów pozwoliła na triangulację, czyli uzyskanie wielości perspektyw interpretacyjnych, wymaganej od metody *case study*.

Pielęgniarki pracujące w zawodzie i uprawnione do wykonywania zawodu

Jeśli chodzi o liczbę pracujących pielęgniarzek, to w świetle danych Eurostatu Polska miała ich w roku 2010 więcej niż 100 tys. mieszkańców niż takie kraje europejskie, jak Bułgaria, Hiszpania, Łotwa i Rumunia. Nieco wyższy wskaźnik niż Polska osiągają takie kraje, jak Litwa, Węgry, Estonia, Austria. Czechy mają wskaźnik nawet wyższy niż Austria. Zdecydowanie wyższy wskaźnik osiągają kraje znacznie bogatsze od Polski: Szwajcaria, Dania, Islandia, Norwegia, Niemcy i Wielka Brytania (**Tabela I**). Prawie we wszystkich krajach wskaźnik ten wzrósł w latach 2002–2010, z wyjątkiem Estonii, Łotwy i Rumunii.

| Kraj | Wskaźnik roku 2010 |
|-----------------|--------------------|
| Szwajcaria | 1630,8 |
| Dania | 1572,3 |
| Islandia | 1532,8 |
| Norwegia | 1490,5 |
| Niemcy | 1150,7 |
| Luksemburg | 1141,3 |
| Wielka Brytania | 1012,5 |
| Finlandia | 997,0 |
| Holandia | 855,4 |
| Czechy | 848,2 |
| Słowenia | 823,5 |
| Austria | 783,1 |
| Litwa | 721,7 |
| Malta | 682,2 |
| Estonia | 640,7 |
| Węgry | 639,1 |
| Polska | 585,0 |
| Chorwacja | 565,7 |
| Rumunia | 541,8 |
| Łotwa | 487,8 |
| Bułgaria | 465,0 |

Tabela I. Liczba pielęgniarzek praktykujących na 100 000 obywateli w wybranych krajach europejskich w roku 2010 (w Danii i Finlandii w roku 2009, w Holandii w roku 2008).

Źródło: Eurostat 2013.

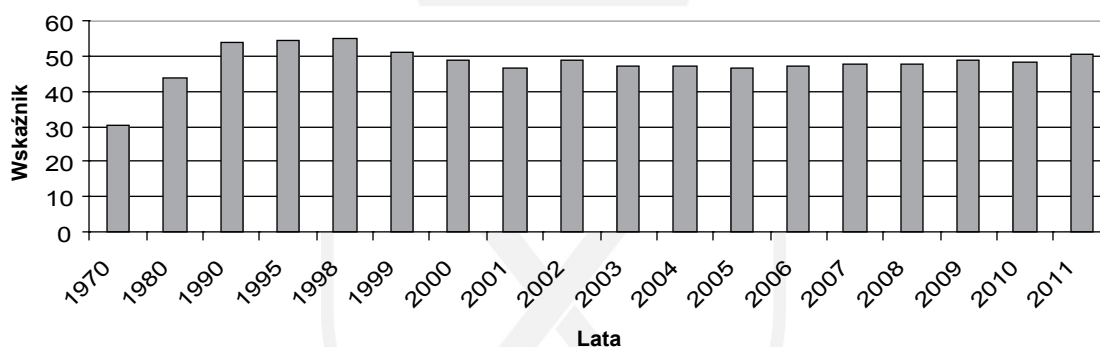
Jest kwestią dyskusyjną, co powinno być punktem odniesienia do oceny wielkości tego wskaźnika w Polsce: czy poziom dochodu narodowego na głowę mieszkańca – co oddaje w jakimś stopniu możliwości, czy wielkość tego wskaźnika w krajach od nas bogatszych, co może określać nasze aspiracje. Niewątpliwie jednak ogólny trend wskazuje, że w Europie wskaźnik ten rośnie, a jego regres charakteryzuje kraje przeżywające problemy gospodarcze. Problemy gospodarcze, związana z tym polityka ograniczeń budżetowych oraz ograniczeń w wydatkach publicznych wyjaśniają ograniczenia po stronie popytu na miejsca pracy pielęgniarek. Ogólnie jednak wydaje się, że pewnym ważnym trendem cywilizacyjnym w Europie jest wzrost zatrudnienia pielęgniarek w miarę wzrostu dochodu narodowego w danym kraju, co się wiąże ze wzrostem wydatków na ochronę zdrowia w miarę bogacenia się społeczeństw europejskich.

Wskaźnik liczby pracujących pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w Polsce od początku obecnego wieku był względnie stabilny. Jego wzrost następował od lat 70. ubiegłego wieku, by osiągnąć apogeum w roku 1999. Można zaryzykować stwierdzenie, że od czasu, gdy w Polsce wprowadzono zmiany w finansowaniu pub-

licznym ochrony zdrowia, spadł wyraźnie w roku 2000 i od tego czasu bardzo powoli rósł i dopiero w roku 2009 osiągnął poziom z roku 1999 (**Wykres 1**).

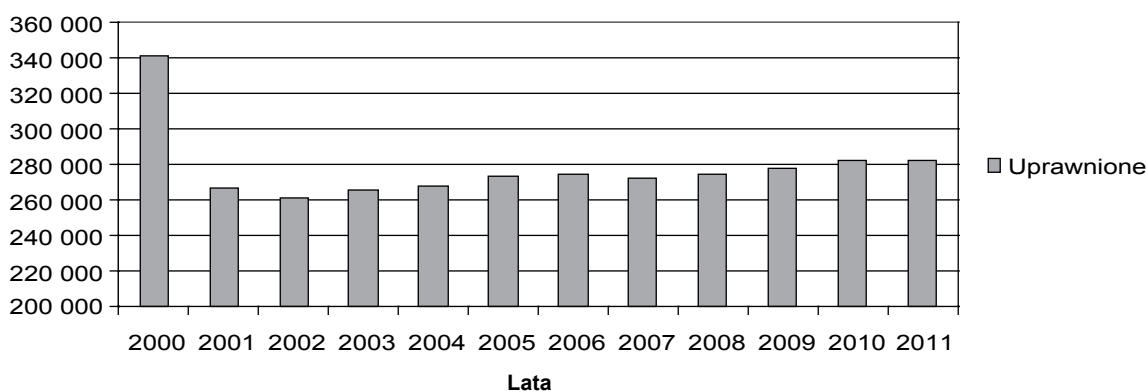
W roku 2000 prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki posiadało w Polsce 340 906 osób, a już rok później tylko 267 208 (**Wykres 2**). Ten olbrzymi regres dokonał się w pierwszym etapie wprowadzania nowego systemu finansowania ochrony zdrowia. Tak duży spadek liczby pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu między rokiem 2000 i 2001 był spowodowany utratą uprawnień związaną z porzucaniem zawodu oraz likwidacją placówek leczniczych. Jeśli chodzi o odpływ z zatrudnienia, to w latach 1999–2001 w wyniku restrukturyzacji zwolniono według informacji Ministerstwa Zdrowia 87 tys. osób [8]. Raport końcowy z analizy ankiet, dotyczących restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia, przygotowany przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, przewidywał, że redukcją zatrudnienia zostanie objętych 7,1% pielęgniarek i położnych [8].

Prawdopodobnie wiele pielęgniarek odeszło też wtedy do innych zawodów i prac, nie widząc perspektyw finansowych w dotychczas wykonywanym zawodzie.



Wykres 1. Pielęgniarki zatrudnione na 10 tys. mieszkańców w Polsce.

Źródło: Eurostat 2013.



Wykres 2. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu w Polsce.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

Warto przypomnieć, że były to lata masowych protestów przeciwko pogarszaniu się sytuacji ekonomicznej pracowników ochrony zdrowia, a wynik tych protestów w odniesieniu do pielęgniarek, czyli podniesienie miesięcznego wynagrodzenia tej kategorii pracowników decyzją parlamentarną o około 200 zł, nie zmienił istotnie jego poziomu. Być może w ramach systemu ochrony zdrowia już wcześniej różne jego podmioty ograniczały zatrudnienie, również zatrudnienie pielęgniarek, które nie mogły znaleźć zatrudnienia w zawodzie, a tym samym traciły kwalifikacje.

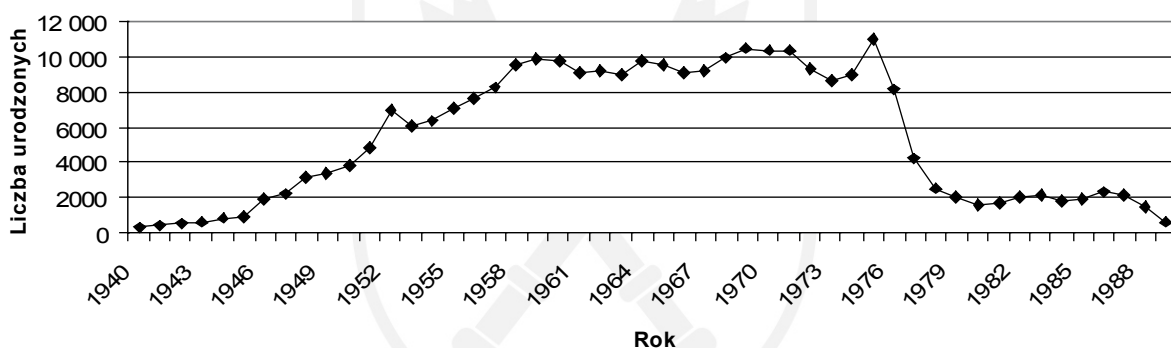
W tym też okresie zmniejszył się dramatycznie dopływ nowych kadr do zawodu pielęgniarstwa: o ile pielęgniarki urodzone w latach 1970–1979 stanowią obecnie ich większość, to te urodzone w latach 80. nie stanowią nawet 10% ich populacji (**Wykres 3**). Prawdziwy problem braku pielęgniarek powstanie więc w perspektywie najbliższych 5–10 lat, pomimo przedłużonego ustawowo wieku przechodzenia na emeryturę. Pielęgniarek będzie za mało, nawet w porównaniu z obecnymi rzeczywistymi standardami ich zatrudniania.

Istnieje dosyć duża różnica między liczbą pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu a w nim pracujących. Różnica ta sięgała prawie ponad 30% śred-

niorocznie w latach 2005–2011 (**Wykres 4**). Cóż takiego dzieje się w tym zawodzie, że tak dużo pielęgniarek od niego odchodzi? Oczywiście pewna liczba porzuceń jest naturalna, może wynikać z błędów wyboru zawodu, z niedopasowania osoby do wymagań roli zawodowej. Skala odejść od zawodu w bezpośredniej pracy z pacjentami jest jednak dramatycznie wysoka!

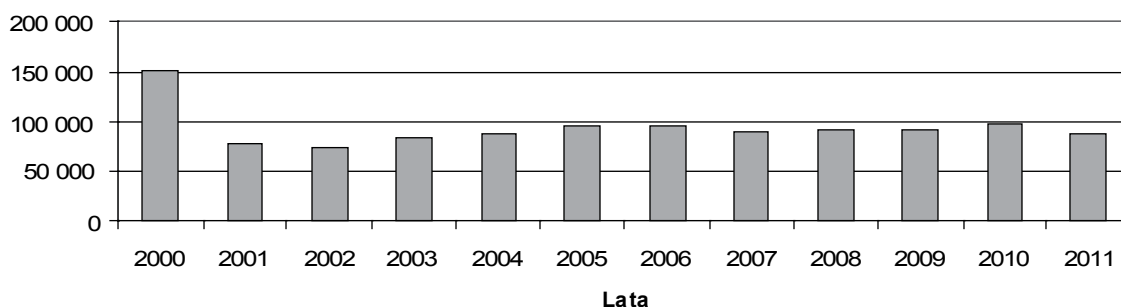
By to wyjaśnić, podjęto próbę oszacowania liczby pielęgniarek pracujących w administracji i szkolnictwie wyższym, co byłoby pewnym oczywistym powodem odchodzenia od zawodu w sensie ścisłym. W roku 2004 było to jedynie 1690 osób, więc stosunkowo niewiele [9].

Często podnoszono w tym kontekście – jako wyjaśnienie – kwestię migracji zarobkowych pielęgniarek z Polski po 1 maja 2004 r. do krajów Unii Europejskiej i Norwegii, ale okazało się, że skala zjawiska nie jest tak duża, jak się powszechnie sądzi [10]. W latach 2004–2011 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wydała nie więcej niż 7 tys. zaświadczeń dla procedury uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach Unii Europejskiej, co przy około 180 tys. zatrudnionych pielęgniarek w kraju w tym czasie nie jest bardzo dużą liczbą. Jednak niepokoi fakt, że wyjeżdżały najliczniej pielęgniarki o najwyższych kwalifikacjach: absolwentki



Wykres 3. Rok urodzenia pielęgniarek w Polsce.

Źródło: Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.



Wykres 4. Różnica między liczbą pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu a pracujących w nim w Polsce.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych pochodzących z Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

studiów magisterskich i licencjackich. W rezultacie liczba pielęgniarek legitymujących się dyplomem wyższej szkoły po studiach w latach 2004–2011 równa się liczbie wydanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych zaświadczeń dla procedury uznawania za granicę kwalifikacji zawodowych. Nie można założyć, że to te same osoby, niemniej wyjazdy pielęgniarek za pracą wydają się w całości „konsumować” rezultaty edukacji na poziomie wyższym.

Pielęgniarki wyjeżdżają za granicę nie tylko dlatego, że znalazły tam miejsce zatrudnienia w swoim zawodzie. Mogą decydować się na wyjazd, by znaleźć dużo lepiej płatną pracę jako opiekunki osób starszych i niepełnosprawnych w ramach placówek opiekuńczych i leczniczych, a także w celu świadczenia opieki w indywidualnych gospodarstwach domowych. Liczba ta nie jest znana. Szacuje się, że najwięcej takich wyjazdów następuje do Włoch i Niemiec. Polskie pielęgniarki mogą też pracować za granicą jako opiekunki medyczne czy asystentki pielęgniarek, wówczas także nie muszą zabiegać o zaświadczenia z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Prawdopodobnie niechęć do podejmowania nauki tego zawodu, odejścia z niego pomimo zdobycia uprawnień i migracja za pracą za granicę jest związana z niskimi zarobkami i zwiększającą się intensywnością pracy pielęgniarek w Polsce.

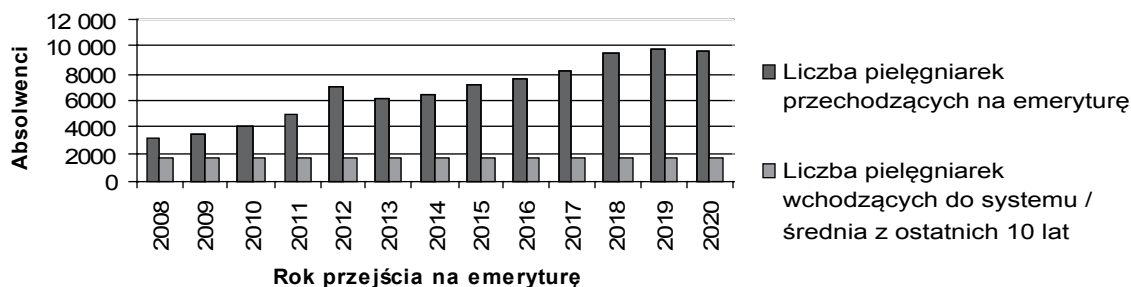
W rezultacie bilans strumienia odejścia od zawodu (również z powodu przejścia na emeryturę) i dopływu nowych kadr do zawodu w najbliższych latach będzie ujemny. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opublikowała dane o liczbie pielęgniarek, które przejdą na emeryturę do roku 2020 w porównaniu z liczbą osób wchodzących do systemu (absolwentów studiów pielęgniarstwa) (**Wykres 5**). Ujemny bilans jest szacowany w latach 2008–2020 na liczbę 66 281 osób! Jest interesujące, czy projekty edukacyjne w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020 będą zmierzać do zmniejszenia tego deficytu. Wydaje się to konieczne, szczególnie w warunkach nowego zadania, jakim jest konieczność objęcia odpowiednią opieką pielęgniarstwem starzejącego się systematycznie społeczeństwa polskiego.

Mamy więc do czynienia z klasycznym demograficznym ograniczeniem podaży na rynku pracy. Tylko bardzo świadomy wysiłek władz państwowych (np. może poprzez program pielęgniarstwa jako kierunku zamawianego na wzór niektórych studiów inżynierskich) może tę tendencję osłabić.

Zatrudnienie pielęgniarek jako kontrola popytu

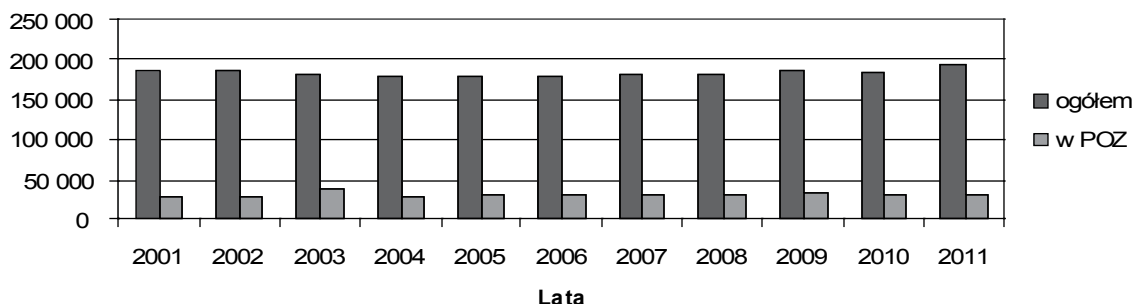
Z dostępnych danych wynika, że w latach 2001–2011 można mówić o pewnej stabilizacji w zakresie poziomu zatrudnienia pielęgniarek, choć w ostatnich dwóch latach zauważa się pewną tendencję wzrostową. Pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej tworzą wyraźną mniejszość (**Wykres 6**). Podstawowa opieka zdrowotna to obecnie raczej niewielkie zakłady pracy, działające jako niepubliczne jednostki opieki zdrowotnej. Okazuje się też, że przeważająca forma zatrudnienia w podstawowej opiece zdrowotnej to nadal umowy o pracę. Umowy cywilno-prawne stanowią mniejszość, bez wyraźnej wzrostowej dynamiki (**Wykres 7**).

Nie jest to pełny obraz zatrudnienia pielęgniarek; bez wiedzy o praktykach pielęgniarstwa. Placówki lecznicze zaczęły bowiem zatrudniać także na podstawie innej formy zatrudnienia niż umowa o pracę, umowa o dzieło czy umowa zlecenie. Zatrudnienia kontraktowe umożliwia forma świadczenia pracy, jaką są praktyki pielęgniarstwa. Okazuje się, że tendencja sięgania do tych form zatrudnienia jest w Polsce stosunkowo duża, z pewnością obejmuje co najmniej 10% stanu zatrudnienia, co jest prawdopodobnie szacunkiem wyraźnie zaniżonym. Te 10% wynika z liczby indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, których jest prawie 17 tys. w całej Polsce. Rozkładają się one bardzo nierównomiernie w układzie województw (**Tabela II**). Przeważają pod tym względem województwa zachodniopomorskie, wielkopolskie, mazowieckie i kujawsko-pomorskie. Oznacza to, że w tych województwach rozpowszechniły się zdecydowanie bardziej te formy zatrudnienia niż w takich województwach, jak: małopolskie, opolskie lub świętokrzyskie. Praktyki grupowe pielęgniarstwa i położnych w roku 2011 to około 400 firm, najwięcej w województwach wielkopolskim



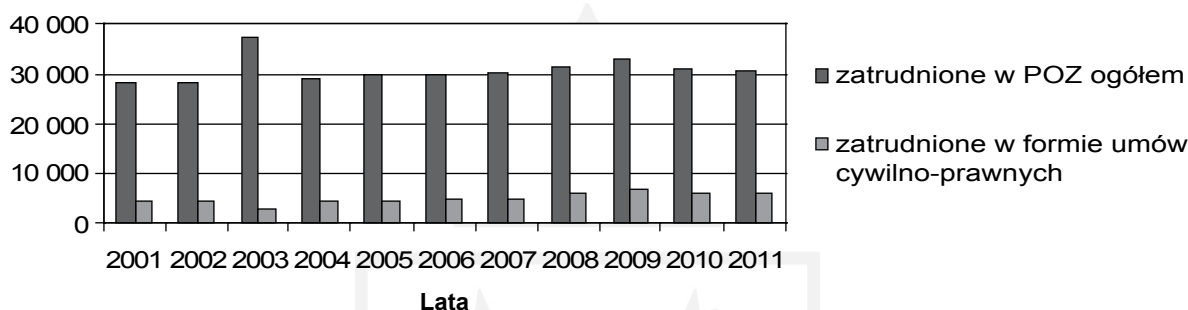
Wykres 5. Liczba pielęgniarek, które przejdą na emeryturę do roku 2020 w porównaniu z liczbą osób wchodzących do systemu.

Źródło: „Analiza liczby pielęgniarek i położnych przechodzących na emeryturę oraz pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu”, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, <http://nipip.pl/index.php/aktualnosci/stat/266-struktura-wieku/1767-struktura-01-2010>; dostęp: 4.03.2013.



Wykres 6. Pielęgniarki zatrudnione ogółem, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.



Wykres 7. Zatrudnienie pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej ogółem i w formie umów cywilno-prawnych.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia.

i małopolskim (Tabela III), ale być może ta liczba niewiele mówi, bo nie znamy liczby osób wchodzących w skład praktyk grupowych.

Kwestia kontraktowego zatrudniania pielęgniarek wywołała przed paru laty duże spory, włącznie z protestami z ławek sejmowych dla publiczności, które okupowały działaczki Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Protest ten okazał się nieskuteczny, zapewniono je jedynie o dobrowolności decyzji przejścia z umowy o pracę na kontrakt. W praktyce nowe oferty pracy dla pielęgniarek, pracujących dotychczas na umowy o pracę na czas określony, są ofertami umów kontraktowych z praktyką indywidualną. W szpitalach samorządowych w stolicy kontraktowanie zaczyna być poważnie rozważanym rozwiązaniem w sytuacji, gdy szpitale muszą drastycznie obniżyć koszty. W takim przypadku nawet 1/4 obsady pochodzi z kontraktowania (najczęściej obsadza się w ten sposób dyżury całodobowe i 12-godzinne, korzysta się też z kontraktów w przypadku zadań awaryjnych). Obsadę taką zapewniają firmy zewnętrzne. W szpitalach niedoświadczających w momencie naszego badania znacznych problemów finansowych zatrudnienie kontraktowe dotyczy od 1 do 14% obsady. Z danych zgromadzonych przez „Gazetę Wyborczą” wynika, że

„W szpitalach w Warszawie i okolicznych gminach na kontraktach pracuje zaledwie 166 pielęgniarek spośród ponad 27 tys. i tylko 27 położnych” [11]. Te informacje prasowe w odniesieniu do szpitali nie potwierdzają się z tego źródła co do Warszawy i okolic oraz nie potwierdzają w odniesieniu do całego województwa mazowieckiego, w którym istnieje 2297 praktyk pielęgniarstwa i położnych razem (Tabela II).

Z analizy tej wynika, że po stronie pracodawców, kształtujących popyt na miejsca pracy, wychodzą oferty zatrudnienia, które je ograniczają. Pielęgniarki zatrudnione w innych formach niż umowy o pracę czasem podejmują się pracy w dwóch–trzech jednostkach opieki zdrowotnej (np. jednocześnie w szpitalu, domu opieki i jako pielęgniarki środowiskowe), co może mieć wpływ na popyt wyrażany w liczbie pielęgniarek poszukiwanych na rynku.

Bezrobocie w zawodzie pielęgniarki

Zawód pielęgniarki nie należy w skali kraju do zawodów wysoce deficytowych lub wysoce nadmiarowych. W pierwszym półroczu 2012 r. według danych Ministerstwa Pracy 34,4% bezrobotnych pielęgniarek poszuki-

| Stan na: 31.12.2011 | Praktyki indywidualne | | | | Razem praktyki – stan na 31.12.2011 |
|---------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| | Województwo | specjalistyczne pielęgniarek | specjalistyczne położnych | indywidualne pielęgniarek | |
| Zachodniopomorskie | 105 | 23 | 2401 | 228 | 2757 |
| Wielkopolskie | 36 | 5 | 2306 | 326 | 2673 |
| Mazowieckie | 28 | 4 | 2033 | 232 | 2297 |
| Kujawsko-pomorskie | 56 | 13 | 1784 | 174 | 2027 |
| Warmińsko-mazurskie | 26 | 8 | 1322 | 173 | 1529 |
| Pomorskie | 12 | –* | 1 241 | 141 | 1394 |
| Lubelskie | 32 | 5 | 1121 | 134 | 1292 |
| Dolnośląskie | 8 | 2 | 1074 | 81 | 1165 |
| Śląskie | 17 | 4 | 740 | 80 | 841 |
| Podkarpackie | 1 | 1 | 695 | 79 | 776 |
| Podlaskie | 45 | 3 | 548 | 22 | 618 |
| Łódzkie | 8 | 2 | 464 | 43 | 517 |
| Małopolskie | 21 | 6 | 296 | 75 | 398 |
| Opolskie | – | – | 117 | 6 | 123 |
| Świętokrzyskie | 1 | 0 | 99 | 15 | 115 |
| Ogółem: | 396 | 74 | 16 241 | 1809 | 18 520 |

Tabela II. Praktyki indywidualne pielęgniarskie i położnych w roku 2011 w układzie województw.

* nie występuje

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

| Stan na 31.12.2011 | Praktyki grupowe | | |
|---------------------|------------------|--------------|-----------|
| | Województwo | pielęgniarek | położnych |
| Wielkopolskie | 98 | 10 | 14 |
| Małopolskie | 68 | 9 | 10 |
| Śląskie | 38 | 1 | – |
| Warmińsko-mazurskie | 33 | 6 | 13 |
| Zachodniopomorskie | 25 | –* | – |
| Podkarpackie | 15 | 2 | 3 |
| Mazowieckie | 14 | 1 | 1 |
| Łódzkie | 14 | – | – |
| Dolnośląskie | 13 | – | – |
| Lubelskie | 12 | – | 1 |
| Pomorskie | 8 | – | – |
| Podlaskie | 7 | 1 | 1 |
| Kujawsko-pomorskie | 5 | 2 | 1 |
| Świętokrzyskie | 2 | – | – |
| Opolskie | 0 | – | – |
| Ogółem | 352 | 32 | 44 |

Tabela III. Praktyki grupowe pielęgniarskie i położnych w roku 2011 w Polsce według województw.

* nie występuje

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

wało pracy dłużej niż 12 miesięcy. W końcu pierwszego półroczu 2013 r. w urzędach pracy było zarejestrowanych około 4 tys. pielęgniarek ogółem, co w odniesieniu do

pracujących (około 200 tys.) jest niewielką liczbą. Wśród ogółu pielęgniarek zarejestrowanych w urzędach pracy jako bezrobotne największy udział mają pielęgniarki

zamieszkujące najludniejsze województwa, tj. śląskie i mazowieckie. Większa ich liczba występuje też w województwie dolnośląskim, a więc tam, gdzie na szerszą skalę likwidowano szpitale publiczne (Tabela IV).

Wyraźnie więc widać w świetle tych danych o bezrobociu pielęgniarzek, że w Polsce nie istnieją łatwe do uruchomienia w zawodzie rezerwy kadrowe. Stopę bezrobocia można bowiem szacować w tym zawodzie na mniej niż 2% i postrzegać jako naturalną. By pozyskać zaś nowe osoby pracujące w tym zawodzie, należałoby zapewnić ich dopływ z systemu edukacji, co trwa kilka lat lub – co równie powolne – uzyskać ich dopływ z zagranicy. Obie te strategie nie są realistyczne, ponieważ nie jest to obecnie zawód atrakcyjny w Polsce. Co prawda, daje on względną stabilność zatrudnienia (niskie bezrobocie w zawodzie), jednak inne warunki pracy są postrzegane jako niekorzystne. Utrzymujące się protesty pielęgniarzek przeciwko niskim wynagrodzeniom informują opinię publiczną o trudnych warunkach pracy, a ciągłość tego protestu, brak instytucjonalnych mechanizmów zabezpieczających konieczny wzrost wynagrodzeń w tym zawodzie oznaczają, że ta ścieżka kariery zawodowej jest opatrzona sygnałami negatywnymi dla potencjalnych kandydatów.

| | Pielęgniarki bezrobotne w liczbach bezwzględnych | Procent |
|--------------------|---|---------|
| Polska | 4090 | 100 |
| Województwo | | |
| Śląskie | 542 | 13,3 |
| Mazowieckie | 399 | 9,8 |
| Dolnośląskie | 395 | 9,7 |
| Małopolskie | 383 | 9,4 |
| Podkarpackie | 332 | 8,1 |
| Lubelskie | 274 | 6,7 |
| Łódzkie | 252 | 6,2 |
| Wielkopolskie | 237 | 5,8 |
| Kujawsko-pomorskie | 235 | 5,7 |
| Zachodniopomorskie | 211 | 5,2 |
| Pomorskie | 183 | 4,5 |
| Świętokrzyskie | 182 | 4,4 |
| Mazurskie | 144 | 3,5 |
| Podlaskie | 121 | 3,0 |
| Opolskie | 117 | 2,9 |
| Lubuskie | 83 | 2,0 |

Tabela IV. Liczba pielęgniarzek zarejestrowanych jako bezrobotne w końcu I półrocza 2013 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych zawartych w Raporcie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Departamentu Rynku Pracy „Zarejestrowani bezrobotni oraz wolne miejsca pracy i miejsca aktywizacji zawodowej według zawodów i specjalności w I półroczu 2013 roku”; www.mpips.gov.pl; dostęp: 10.11.2013.

Normy obsady jako narzędzie kontroli popytu

Narodowy Fundusz Zdrowia oczekuje obsady lekarskiej i narzuca ją, choć – jak informują media przy okazji tragicznych zdarzeń (np. śmierć dziecka) – w wielu zakładach prywatnych nie potrafi ich wyegzekwować. O normach obsady pielęgniarstwa fundusz zasadniczo milczy. Ministerstwo Zdrowia było zobligowane do uregulowania sposobu ustalenia tych norm, ale dosyć długo tego nie robiło. W 2010 r. wystąpiło z propozycją powszechnie krytykowaną przez środowiska pielęgniarstwa, że: „sprawowanie opieki na oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany”. Ostatecznie sposób ustalania norm reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z dnia 31 grudnia 2012 r.). Rozporządzenie to miało dosyć długie *vacatio legis*, jako że głosiło: „minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.”.

Skutki tego zaniechania są dramatycznie negatywne. Nawet w publicznych szpitalach zdarza się, że na dyżurze nocnym przebywa jedna pielęgniarka. Wyobraźmy sobie jej stres, że sama zachoruje lub zdarzy się coś, z czym indywidualnie sobie nie poradzi. Także w godzinach pracy dziennej na oddziałach jest często po prostu za mało pielęgniarzek. Rośnie więc obciążenie pracą. Zdaniem pielęgniarzek badanych w szpitalach samorządowych stolicy, wzrasta wśród nich odczucie bardzo dużego stresu zadaniowego, dochodzą nowe biurokratyczne obowiązki, związane z systemami zapewniania jakości opieki i leczenia. Pielęgniarki oceniają, że mają coraz mniej czasu na czynności ściśle medyczne i na czynności pielęgnacyjne, tak ważne dla dobrostanu człowieka chorego.

Jest oczywiste, że te zjawiska oszczędzania na wydatkach na pracę pielęgniarzek wynikają z tego, jak finansowana jest opieka zdrowotna w naszym kraju oraz ze sposobu wydatkowania zasobów finansowych przez kierowników zakładów leczniczych.

Z pewnością cięcie budżetów płacowych na płace pielęgniarzek wyraża się w kilku działaniach podejmowanych przez menedżerów i właścicieli zakładów opieki zdrowotnej. Najbardziej popularną strategią jest utrzymywanie płac pielęgniarzek na najniższym z możliwych w danej sytuacji poziomie. Warto w tym punkcie wskazać na protesty, strajki ostrzegawcze, głodówki i strajki standardowe pielęgniarzek szpitalnych o podwyżki płac oraz liczne sprawy sądowe o niewywiązywanie się dyrekcji szpitali publicznych z obowiązku udzielenia podwyżki wynagrodzeń z tzw. ustawy 203 (uchwalona przez Sejm w roku 2000).

Drugi sposób to wprowadzanie w miejsce umów o pracę tzw. kontraktów, o czym wspomniano wcześniej, w kontekście podaży stanowisk pracy. Pielęgniarki są zachęcane lub przymuszane do założenia tzw. praktyki pielęgniarstwa, indywidualnej lub grupowej, i świadczenia usług w ramach umowy z zakładem leczniczym. W roku

2011 w zakładach leczniczych (publicznych i niepublicznych) zatrudniano 193 847 pielęgniarek, natomiast tzw. praktyk pielęgniarstwa w tym roku funkcjonowało w kraju: grupowych – 352, indywidualnych specjalistycznych – 369, a indywidualnych – 16 241. Można więc założyć, że kontrakty obejmują co najmniej 10% pielęgniarek czynnych zawodowo, jeśli nie dużo więcej, jako że nie ma dokładnych danych o wielkości zatrudnienia w podmiotach zwanych grupowymi praktykami pielęgniarstwa. Również umowy cywilno-prawne są relatywnie często wykorzystywane, dochodząc do 20% wolumenu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej [12].

Oszczędzanie na obsadzie pielęgniarstwa w warunkach, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia *de facto* „umywa ręce”, jest najbardziej skuteczną metodą pozwalającą na największe oszczędności, nader często kosztem jakości opieki zdrowotnej.

Istnieje też obawa, w pewnej części uzasadniona, że pielęgniarek jest zbyt mało w Polsce, by można było pozwolić sobie na jednoznaczne normy obsady. Być może już teraz, gdyby nie praca pielęgniarek w formie umów cywilno-prawnych i praca na kontraktach, niektóre placówki zdrowotne nie miałyby w ogóle wystarczającej obsady pielęgniarstwa. Nic więc dziwnego, że minister zdrowia dysponując bardziej precyzyjnymi danymi, pozostawił w rzeczywistości decyzje o obsadzie pielęgniarstwa w szpitalach w rękach ich dyrektorów, cedując tym samym także odpowiedzialność na te osoby.

Gratyfikacja zarobkowa

Zasadniczym problemem środowiska są stosunkowo niskie płace. Z badania GUS (Tabela V), charakteryzującego wynagrodzenia w działach gospodarki i zawodach, wynika, że najczęściej występujące wynagrodzenie (ponad 49%), jakie otrzymywały pielęgniarki w 2010 r., mieściło się w przedziale od 2657,64 zł do 3543,50 zł. Ponad 23% pielęgniarek otrzymywało wynagrodzenie w przedziale od minimalnego wynagrodzenia do 2657,63 zł. Nieco ponad 19% zarabiało więcej niż 3543,51 zł [13]. Stosunkowo niskie zarobki pielęgniarek znajdują potwierdzenie w naszych badaniach szpitali samorządowych w Warszawie. Pielęgniarki szpitalne w dobrze funkcjonującym szpitalu samorządowym zarabiają 3500 zł brutto, z tym że podstawą jest zazwyczaj suma

2400 zł i dodatkowo stażowe za wysługę lat [14]¹. Zdaniem badanych pielęgniarek w tych szpitalach zarobki są bardzo niskie, co przyjmują z rozgoryczeniem.

Duże różnice zarobków lekarzy i pielęgniarek są ważną w tym kontekście kwestią, tym bardziej że lekarze i pielęgniarki pracują często razem, w zespołach roboczych, wiele o sobie wiedzą i oceniają wzajemnie swoje zaangażowanie, fachowość oraz wkład pracy. Z badań GUS wynika, że w roku 2010 ponad 70% lekarzy zarabiała miesięcznie w pracy na etacie ponad 4429,30 zł, podczas gdy taką płacę osiągało 7% pielęgniarek [14]. Oczywiście, zróżnicowanie wynagrodzeń w powiązaniu z kwalifikacjami i zadaniami jest konieczne. W każdym systemie ochrony zdrowia musi istnieć zróżnicowanie płacowe, będące odpowiedzią na kwalifikacje, umiejętności, morale pracy. Nie istnieją jednak w praktyce w Polsce żadne standardy tego zróżnicowania w relacji lekarz–pielęgniarka. Czy powinno to być jak jeden do dziesięciu (standard amerykański), czy jak jeden do pięciu (standard brytyjski)? Pomimo że źródłem funduszy płac są zasoby publiczne (składki zdrowotne pobierane od pracodawców i pracowników), kwestia ta jest pozostawiona wolnej grze rynkowej.

Wiele strajków szpitalnych wybuchło na tle niskich zarobków, ich stagnacji w warunkach, gdy rosły koszty utrzymania.

Teoria równowagi między popytem na pracę pielęgniarek a podażą

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, dotychczas udawało się zachować względną równowagę między popytem na pracę pielęgniarek i podażą. Zawód ten jest wysoce regulowany, uprawnienia do jego wykonywania wymagają cenzusu edukacyjnego i przynależności do izby. Izby pielęgniarek są dosyć aktywne w funkcji kontroli wejścia na rynek pracy zawodu, a działanie izb jest typową strategią, charakteryzującą organizacje chroniące zawód w typologii Olsona. Wyraźnie jednak widać, że ta równowaga jest bardzo krucha, z trudem osiągnięta na skutek działań pracodawców w ochronie zdrowia. Nowe formy zatrudnienia w zawodzie, brak jednoznacznych regulacji w kwestii obsady pielęgniarstwa, polityka niskich zarobków – wszystko to powodowało, że popyt na pracę

| Przedział w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia | Ogółem pracownicy pełnozatrudnieni i niepełnozatrudnieni | Pielęgniarki | Lekarze |
|--|--|--------------|---------|
| do 50% (czyli do 1771,75 zł) | 17,9 | 2,0 | 0,5 |
| 50–75% (czyli od 1771,76 do 2657,63 zł) | 25,4 | 23,2 | 4,9 |
| 75–100% (czyli od 2657,64 do 3543,50 zł) | 21,4 | 49,2 | 9,5 |
| 100–125% (czyli od 3543,51 do 4429,38 zł) | 14,4 | 18,6 | 13,8 |
| ponad 125% (czyli od 4429,30 zł) | 20,9 | 7 | 71,3 |

Tabela V. Pracownicy otrzymujący wynagrodzenie miesięczne ogółem w wysokości procenta przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej (3543,50zł), w październiku 2010 r. w zakładach pracy zatrudniających 10 lub więcej pracowników.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

pielęgniarek pozostawał pod kontrolą i utrzymywał się na stabilnym poziomie. Niestety, brak dopływu do zawodu młodego pokolenia z pewnością może doprowadzić do naruszenia równowagi popyt–podaż. Dotychczas pielęgniarki nie mogły czerpać korzyści – jak lekarze – z nierównowagi między popytem a podażą.

Grupy zawodowe w obronie realnej wartości wynagrodzeń i warunków pracy muszą polegać na wynikach wolnej gry rynkowej lub na obronnych działaniach zbiorowych. Grupa zawodowa polegająca na wyznaczaniu położenia w wyniku wolnej gry rynkowej odwołuje się do swojej pozycji w zakresie popytu i podaży na swoją pracę. Taka pozycja opiera się na docenianiu i wynagradzaniu przez rynek rzadkich kwalifikacji i umiejętności. Grupa zawodowa polegająca na obronnych działaniach zbiorowych w trudnej sytuacji względnej równowagi rynkowej jest zmuszona stale mobilizować się do protestu. Wydaje się, że pielęgniarki są właśnie grupą zawodową tego drugiego rodzaju. Przejdźmy więc do koncepcji Mancura Olsona, która wyjaśnia przede wszystkim strategię grupową tego zawodu na rynku pracy.

Związki zawodowe i ich zdolność do zorganizowanego protestu w środowisku pielęgniarstwa

Teoria Olsona nakazuje interesowanie się kwestiami grupowej organizacji interesów w warunkach, gdy są one zagrożone jakimś monopolem po stronie pracodawcy. Z taką sytuacją mamy w istocie do czynienia w Polsce, ponieważ warunki zatrudnienia pielęgniarstwa zależą od publicznego płatnika.

Jak zauważono wcześniej, stopa uzwiązkowienia pielęgniarstwa jest dosyć wysoka, jak na kontekst polski, i z pewnością wynosi ponad 50%. Wyliczenia te biorą pod uwagę następujące związki zawodowe i ich bazę członkowską: aż 79 000 członków jest skupionych w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP), afiliowanym w Forum Związków Zawodowych, 1680 członków w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OZZPBOAiIT), afiliowanym w Forum Związków Zawodowych, 9000–13 500 członków – pielęgniarstwa jest skupionych w Sekretariacie Ochrony Zdrowia Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, 5000 członków – pielęgniarstwa przynależy do Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej (FZZPOZiPS), afiliowanej w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych [15]. Działają także wiele au-

tonomicznych związków zawodowych nieafiliowanych w trzech głównych centralach, których liczbę i członkostwo trudno oszacować. Istnieje też autonomiczna konfederacja tych związków o nazwie Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia „Jarosławiec”, grupująca ponad 70 niezależnych organizacji związkowych, działających w szpitalach i domach opieki, oraz związki zawodowe pracowników w szpitalach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także Ministerstwa Obrony Narodowej [15]. Ostrożnie szacując, jest to razem co najmniej 100 000 członków – pielęgniarstwa, płacących składki. Biorąc pod uwagę, że skoro pod koniec 2012 r. w ochronie zdrowia pracowały 184 944 pielęgniarki, stopa uzwiązkowienia wyniosła 51%. Tak duże uzwiązkowienie jest dowodem na determinację środowiska, by móc zbiorowo działać, gdy będzie to potrzebne.

Związki zawodowe są w stanie zmobilizować pielęgniarki do strajkowania. Strajki, do których dochodzi, mają miejsce najczęściej w szpitalach, gdzie ze względu na duże skupiska pracowników dobrze się znających łatwiej jest je zorganizować. Są to zazwyczaj strajki w pojedynczych szpitalach, rzadziej obejmują kilka szpitali lub jakiś teren. Są one też relatywnie częste (Tabela VI).

Siła presji strajkowej daje się ocenić jako średnia, ponieważ strajki są prowadzone jednak z zabezpieczeniem, co najmniej najpilniejszych, potrzeb pacjentów. Strajki tzw. głodowe, które są połączeniem ciągłego przebywania na terenie szpitala, niewielkiego ograniczenia wykonywania pracy i jednoczesnego prowadzenia głodówki, zdają się coraz mniej popularne, ponieważ ich skuteczność okazała się ograniczona. Niewątpliwie jednak żadna grupa zawodowa w Polsce obecnie nie jest tak skuteczna w organizacji strajku jak pielęgniarki.

Sama skuteczność strajków też jest dosyć wysoka. Ich wynikiem są zawsze podwyżki wynagrodzeń, nieco rzadziej porozumienia zbiorowe, które obejmują nie więcej niż 20% szpitali. Porozumienia zbiorowe podpisano w jednostkach Ministra Obrony Narodowej (dla 10 tys. pracowników) oraz w jednostkach leczniczych Ministra Spraw Wewnętrznych (dla 6 tys. pracowników) [15], co nastąpiło bez presji strajkowej.

Pielęgniarki są także zdolne do organizacji protestu w innej formie niż strajk. Warto podać przykład tzw. Białego Miasteczka, protestu w formie okupacji ulicy przed budynkiem rządowym w roku 2006, i towarzyszącego mu oddziaływania na opinię publiczną i polityków, co skutkowało tzw. ustawą wedłowską (z czerwca 2006 r.). Dała ona szansę na wzrost płac pielęgniarstwa, ponieważ

| Wskaźniki protestu strajkowego | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2011 |
|--------------------------------|------|--------|---------|------|------|------|
| Liczba strajków | 8 | 24 | 113 | 80 | 10 | 5 |
| Liczba strajkujących | 12 | 3459 | 8040 | 3048 | 803 | 286 |
| Liczb utraconych dni pracy | 8 | 12 284 | 137 643 | 2769 | 3833 | 72 |

Tabela VI. Strajki w ochronie zdrowia w Polsce w latach 2005–2012.

Źródło: Rocznik Statystyczny 2007, 2010, 2012.

nakazywała, że 30% z tzw. dodatkowych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia może być przeznaczona na podwyżki.

Związki zawodowe pielęgniarek i położnych organizują bardzo często inne akcje protestacyjne (np. na terenie Sejmu, demonstracje przed budynkami publicznymi). Jesienią 2012 r. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych włączył się w europejską akcję protestacyjną skierowaną przeciwko pogarszaniu warunków pracy i jakości opieki zdrowotnej pod wpływem procesów prywatyzacji i ekonomizacji.

Związki zawodowe pielęgniarek wykazują się na tle europejskim dość dużą zdolnością do artikulacji postulatów pracowniczych i mobilizacji do działań zbiorowych. Julia Kubisa w pracy *Bunt białych czepków* pokazała, że są to związki wojownicze, choć przecież prowadzone przez kobiety, potrafiące jednocześnie w stosunku do pacjentów wykazać opiekuńczość i łagodność [16].

Ogólnie związki zawodowe pielęgniarek zdają się pozyskiwać opinię publiczną do swoich postulatów. Bardzo umiejętnie potrafią pokazać, że ich postulaty, dotyczące większych płac i większej obsady, łączą się z postulatami lepszej jakości opieki zdrowotnej. Z łatwością zyskują też pomoc bardziej zmaskulizowanych organizacji związkowych, np. górników.

Podsumowanie

Decydenci polityczni powinni zacząć na serio interesować się warunkami pracy w zawodzie pielęgniarstwa: wynagrodzeniami, szkoleniami i normami obsady. To, czy pielęgniarka pracuje na etacie czy kontrakcie, jest w nocy na dyżurze sama czy ma wsparcie koleżanki, przestaje być problemem tylko tej grupy zawodowej. Wkrótce stanie się to poważnym problemem społecznym. Pielęgniarki jako grupa zawodowa przestają się odnawiać. Jest jeden tylko sposób, by zapobiec temu procesowi: poprawić położenie pielęgniarek w Polsce. By zachęcić młodych ludzi obu płci do rozpoczynania edukacji w zawodzie pielęgniarstwa i podejmowania tej ważnej roli zawodowej, konieczne jest tworzenie znacznie lepszych niż obecnie warunków pracy w tym zawodzie.

Obecnie środowisko pielęgniarek jest reprezentowane w kwestii warunków pracy i płacy przez wiele związków zawodowych, a członkostwo należy do najwyższych w Polsce. Jest także zdolne do organizacji protestów w formie strajków i innych kolektywnych akcji. Protesty te doprowadziły w latach 2006–2008 do relatywnej poprawy położenia pielęgniarek, lecz ostatnie pięć lat przyniosło zastój, jeśli nie regres. Zarobki pielęgniarek są niskie w porównaniu z zarobkami lekarzy, co jest niekorzystne ze względu na konieczne w ich relacjach poczucie wspólnoty pracy. W przyszłości pielęgniarki mogą, tak jak lekarze, zwrócić się ku strategii obrony przez rynek, ze względu na prawdopodobne dalsze utrzymywanie się małego zainteresowania tym zawodem ze strony młodych ludzi. Będzie to oznaczało wzrost zarobków i dłuższą możliwość pracy w zawodzie, nawet po przejściu na emeryturę. Zawód pielęgniarstwa powinien być bardziej atrakcyjny w Polsce dla młodych ludzi obojga płci. Osta-

ecznie uderza brak dialogu społecznego pracodawców i władz publicznych ze środowiskiem pielęgniarek.

Przypis

¹ Jest to dodatek w wysokości 3% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego po 3 latach pracy, wzrastający o 1% za każdy następny rok pracy do 20% po 20 latach pracy.

Piśmiennictwo

1. *Prestiż zawodów 2009*, Komunikat z badań CBOS nr BS/8/2009, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF; dostęp: 4.03.2013.
2. Słomczyński K.M., Wesołowski W., *Zmniejszanie nierówności społecznych a rozbieżność czynników statusu*, „Studia Socjologiczne” 1975; 56(1): 35–46.
3. Kubisa J., *Związki zawodowe pielęgniarek i położnych w obronie jakości usług zdrowotnych*, w: W. Kozek (red.), *Gra o jutro usług publicznych w Polsce*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.
4. Ostrowski P., *Deregulacja rynkowa w procesie reformy ochrony zdrowia a protesty pielęgniarek i położnych*, w: W. Kozek (red.), *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
5. *Polacy o protestach pracowników służby zdrowia*. Komunikat z badań CBOS nr BS/114/2007 Warszawa, lipiec 2007; http://www.cbos.pl/spiskom.pol/2007/k_114_07.pdf; dostęp: 4.03.2013.
6. Farnham D., Pimlott J., *Understanding Industrial Relations*. Fourth Edition, Villers House, London 1992.
7. Olson M., *Logika działania zbiorowego. Dobra publiczne i teoria grup*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012.
8. Domagała A., *Restrukturyzacja zatrudnienia kadr medycznych w Polsce w latach 1999–2001*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003; 1(1): 52–63.
9. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, 2005.
10. Domagała A., *Problemy płacowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarek*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006; 2: 55–65.
11. http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,86775,9324992,Ile_zarabia_pielegniarka_w_stolicy_nawet_6_tys_zl.html; dostęp: 4.03.2013.
12. Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2001–2011; dostęp: 4.03.2013.
13. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012; www.gus.stat.gov.pl; dostęp: 4.03.2013.
14. Wiadomość za: <http://solidarnosc-coi.waw.pl/79/dodatek-funkcyjny-i-dodatek-za-wysluge-lat.html>; dostęp: 4.03.2013.
15. Mrozowicki A. (Institute of Public Affairs and University of Wrocław), *Industrial Relations in the Health Care Sector, Poland*; <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/t11008022s/pl11008029q.htm>; dostęp: 4.03.2013.
16. Kubisa J., *Bunt białych czepków: analiza aktywizacji związkowej sfeminizowanych grup zawodowych*, praca doktorska, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2011.

Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia

Małgorzata Ostrowicka¹, Bożena Walewska-Zielecka², Dominik Olejniczak²

¹ Szpital Medicover, Warszawa

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

Adres do korespondencji: Dominik Olejniczak, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a, Blok F, dominikolejniczak@op.pl

■ Abstract

Motivation in nurse's work and job satisfaction

With the gradual expansion of the nurse scope of duties there is a necessity for a new definition of a nurse role in the therapeutic team. New skills must go hand in hand with the predisposition and extensive knowledge not only in medicine, but also in the management skills. The aim of research is to analyze the impact of different factors, which determine motivation and job satisfaction within their new role. The research comprised 200 nurses: 100 employees of public health care facilities and 100 nurses hired in private medical sector. The method used in the study was a questionnaire survey. The χ^2 test was used to check hypotheses. The majority of nurses (total 80%) made a conscious choice of profession. 80.5% of respondents indicated satisfaction with their work, most of them are employed in private medical facilities. Nurses employed in private medical sector are more satisfied and more motivated for job than nurses employed in public health care facilities. The reason to this conclusion may well be better work organization in private health care institutions. Job satisfaction affects work incentives and quality of services. Except money motivating factor can be for example training.

Key words: health cares system, motivators, nurse, satisfaction

Słowa kluczowe: motywowanie, pielęgniarka, satysfakcja, system ochrony zdrowia

■ Wprowadzenie

Wiek XXI stawia przed pielęgniarkami nowe zadania i na nowo określa ich rolę w zespole terapeutycznym. Zadania te mogą być zrealizowane przez osoby, które posiadają odpowiednie wykształcenie, kwalifikacje i kompetencje, a także wyznają wartości wywodzące się z filozofii zawodu, etyki i odpowiedzialności zawodowej [1].

Światowa Organizacja Zdrowia określiła model profilu zawodowego pielęgniarki XXI wieku. Zgodnie z przedstawionym modelem pielęgniarka powinna się charakteryzować profesjonalizmem zawodowym, dążeniem do ustawicznego kształcenia oraz elastycznością

wobec zmian otoczenia, dostosowując się do zaistniałych potrzeb. Pielęgniarka powinna także wykazywać decyzyjność w podejmowanych działaniach, wyrażać własną opinię oraz posiadać zdolności analityczne, aby móc formułować wnioski. Proponowany model określa także zdolności interpersonalne pielęgniarki, wyrażane poprzez zdolności w komunikowaniu się z otoczeniem oraz umiejętność pracy w złożonym zespole interdyscyplinarnym [2].

Określony model pielęgniarki wynika z misji i definicji współczesnego pielęgniarstwa. Misją pielęgniarstwa w społeczeństwie według Światowej Organizacji Zdrowia jest udzielanie pomocy jednostkom, rodzinom

i grupom w ocenianiu dobrostanu oraz osiąganiu ich fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału, a także realizacja tego zadania w pełnym wyzwaniu środowisku, w którym ludzie żyją i pracują [3]. Profesjonalne pielęgnowanie najczęściej jest określone jako pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności, przy zapewnieniu jednocześnie prawa do decydowania i odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie najbliższych poprzez kształtowanie umiejętności samoopieki i samopielęgnowania [4].

Wymagania wobec osób wykonujących zawód pielęgniarstwa znacznie wzrosły. Z personelu pomocniczego pielęgnowania awansowały do roli partnera w zespole terapeutycznym. Do pełnienia tej roli niezbędna jest motywacja i satysfakcja z wykonywanej pracy jako koła napędowe aktywności zawodowej i pozazawodowej. Celem pracy było poznanie i zbadanie mechanizmów oraz czynników determinujących procesy motywacji i satysfakcji z pracy.

■ Materiał i metody

Badaniem objęto pielęgniarki i pielęgniarzy pracujących w placówkach leczniczych prywatnych i publicznych na terenie Warszawy i okolic. W badaniu uczestniczyło 200 osób. Grupę podzielono na dwie równoliczne grupy. Kryterium podziału stanowiło miejsce zatrudnienia. Pierwszą grupę liczącą 100 osób stanowił personel pielęgniarski podmiotu prywatnego, a drugą grupę – również liczącą 100 osób – personel pielęgniarski publicznych placówek leczniczych.

W analizie statystycznej uwzględniono 200 kwestionariuszy ankiet uzupełnionych kompletnie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród losowo wybranych osób przy użyciu kwestionariusza ankiety audytoryjnej własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z 24 zamkniętych pytań jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Dane demograficzno-społeczne badanych określało 8 pytań, 16 pytań zaś dotyczyło zagadnień oceny satysfakcji i motywacji do pracy. Pytania oceniające satysfakcję oraz motywację do pracy badały obecne miejsce zatrudnienia respondentów.

Czynniki wpływające na satysfakcję i motywację do pracy ustalono na podstawie analizy dostępnej literatury.

W kwestionariuszu ankiety, za którego pomocą przeprowadzono badania, czynniki motywujące i demotywuujące wymieniono, uwzględniając następujący podział: czynniki określające uzgodnienia podstawowe (cele, kompetencje, warunki pracy, świadczenia finansowe), relacje w zespole, relacje z bezpośrednim przełożonym (docenianie, komunikacja) oraz motywy indywidualne (rozwój, osiągnięcia, wpływ).

Badanie przeprowadzono w okresie od marca do kwietnia 2013 r.

Analizy statystycznej zgromadzonych danych dokonano, wykorzystując komputerowy pakiet statystyczny PASW Statistics 17.0. Zestawienie uzupełniono wynikami testu χ^2 , który służy do analizy zależności między dwiema zmiennymi, spośród których każda dzieli osoby badane na grupy, oraz wynikami testu U Manna-Whitneya, służącego do porównywania dwóch grup osób badanych pod względem wyników określonych na skalach porządkowych.

■ Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Analizowano wyniki ankiet uzyskanych od 200 osób. Pracę w prywatnej placówce medycznej zadeklarowało 100 osób (99 kobiet i jeden mężczyzna), 100 osób (94 kobiety i 6 mężczyzn) zaś zadeklarowało zatrudnienie w publicznych placówkach leczniczych.

Badano różnice w odpowiedziach na pytania ankiety między osobami zatrudnionymi w placówkach leczniczych prywatnych i publicznych.

W Tabeli I przedstawiono rozkład wieku osób ankietowanych.

Większość osób pracujących w placówkach prywatnych to osoby w wieku od 33 do 48 lat. Najwięcej osób pracujących w publicznych placówkach leczniczych to osoby w wieku 33 lata lub młodsze. W obu grupach osoby w wieku 48 lat i starsze stanowiły mniejszość.

W Tabeli II pokazano staż pracy osób badanych. W placówkach prywatnych najwięcej osób miało ogólny staż pracy w przedziale 11–20 lat. W placówkach publicznych większość to osoby z ogólnym stażem pracy z przedziału do 5 lat.

| Rok ur. osób badanych/wiek | Placówka | | | | | |
|----------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| >1980/poniżej 33 lat | 32 | 32,0 | 45 | 45,5 | 77 | 38,5 |
| 1965–1980/od 33 do 48 lat | 56 | 56,0 | 38 | 38,0 | 94 | 47,0 |
| <1965/powyżej 48 lat | 12 | 12,0 | 16 | 16,0 | 28 | 14,0 |
| Brak danych | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 1 | 0,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela I. Rozkład wieku osób badanych.

Źródło: Opracowanie własne.

Staż pracy w obecnym miejscu pracy w grupie osób pracujących w prywatnych placówkach leczniczych zawierał się w przedziale od pół miesiąca do 18 lat ($M = 6,24$; $SD = 4,27$). Staż pracy w obecnym miejscu pracy w grupie osób pracujących w publicznych placówkach leczniczych zawierał się w przedziale od pół miesiąca do 33 lat ($M = 9,42$; $SD = 8,87$).

W **Tabeli III** analizowano miejsca pracy osób badanych. Większość osób z placówek prywatnych pracowała w opiece ambulatoryjnej, natomiast większość personelu pielęgnarskiego placówek publicznych była zatrudniona w szpitalach.

Tabela IV przedstawia formy zatrudnienia osób badanych. Większość osób ankietowanych deklaruje umowę o pracę jako formę zatrudnienia.

Tabela V ukazuje wykształcenie osób badanych. Większość osób pracujących w placówkach publicznych miała wykształcenie wyższe licencjackie. Najwięcej osób pracujących w placówkach prywatnych miało wykształcenie wyższe magisterskie.

Satysfakcja zawodowa

W **Tabeli VI** i na **Rysunku 1** przedstawiono motyw wyboru zawodu pielęgniarka/pielęgniarki w porównywanych grupach. Zestawienie uzupełniono wynikami

testu χ^2 , który służy do analizy zależności między dwiema zmiennymi, spośród których każda dzieli osoby na badane grupy. W tym przypadku na dwie grupy dzieli miejsce pracy (placówka prywatna lub publiczna) oraz każdy z motywów (grupa osób, które wybrały dany motyw i grupa osób, które danego motywu nie wybrały). Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności między przynależnością do jednej z porównywanych grup a wskazywanymi motywami. Większość osób badanych wskazywała na świadomy wybór.

W **Tabeli VII** uwidoczniono deklarację osób badanych dotyczącą chęci rezygnacji z pracy. Nie zanotowano istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a chęcią rezygnowania z pracy, $\chi^2(3) = 0,73$; $p > 0,05$. Najwięcej osób (44%) wskazało odpowiedź „raczej nie” i dotyczyło to obu grup badanych.

Tabela VIII i **Wykres 1** przedstawiają ocenę satysfakcji z pracy badanych osób. Otrzymano zbliżoną do istotności statystycznej zależność pomiędzy przynależnością do jednej z porównywanych grup a oceną pracy jako satysfakcjonującej, $\chi^2(3) = 6,83$; $p = 0,078$.

W grupie osób pracujących w prywatnych ośrodkach było najwięcej odpowiedzi „raczej tak”. W grupie osób pracujących w publicznych placówkach leczniczych więcej osób udzieliło odpowiedzi „raczej nie”.

| | Placówka | | | | | |
|-------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| Ogólny staż pracy | n | % | n | % | n | % |
| Do 5 lat | 24 | 24,0 | 37 | 37,0 | 61 | 30,5 |
| 5–10 lat | 13 | 13,0 | 10 | 10,0 | 23 | 11,5 |
| 11–20 lat | 35 | 35,0 | 26 | 26,0 | 61 | 30,5 |
| 21–30 lat | 21 | 21,0 | 23 | 23,0 | 44 | 22,0 |
| Pow. 30 lat | 7 | 7,0 | 4 | 4,0 | 11 | 5,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela II. Ogólny staż pracy osób badanych.

Źródło: Opracowanie własne.

| | Placówka | | | | | |
|-----------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| Miejsce pracy | n | % | n | % | n | % |
| Szpital | 10 | 10,0 | 92 | 92,0 | 102 | 51,0 |
| Przychodnia | 87 | 87,0 | 7 | 7,0 | 94 | 47,0 |
| Indywidualna praktyka | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Inne | 3 | 3,0 | 1 | 1,0 | 4 | 2,0 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela III. Analiza miejsca pracy osób badanych.

Źródło: Opracowanie własne.

| | Placówka | | | | | |
|------------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| Formy zatrudnienia | n | % | n | % | n | % |
| Umowa o pracę | 92 | 92,0 | 94 | 94,0 | 186 | 93,0 |
| Umowa cywilno-prawna | 7 | 7,0 | 4 | 4,0 | 11 | 5,5 |
| W ramach stosunku służbowego | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 1 | 0,5 |
| W ramach praktyk zawodowych | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | 2 | 1,0 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela IV. Formy zatrudnienia osób badanych.

Źródło: Opracowanie własne.

| | Placówka | | | | | |
|---------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| Wykształcenie | n | % | n | % | n | % |
| Średnie | 19 | 19,0 | 13 | 13,0 | 32 | 16,0 |
| Wyższe licencjackie | 38 | 38,0 | 78 | 78,0 | 116 | 58,0 |
| Wyższe magisterskie | 43 | 43,0 | 9 | 9,0 | 52 | 26,0 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela V. Wykształcenie osób badanych.

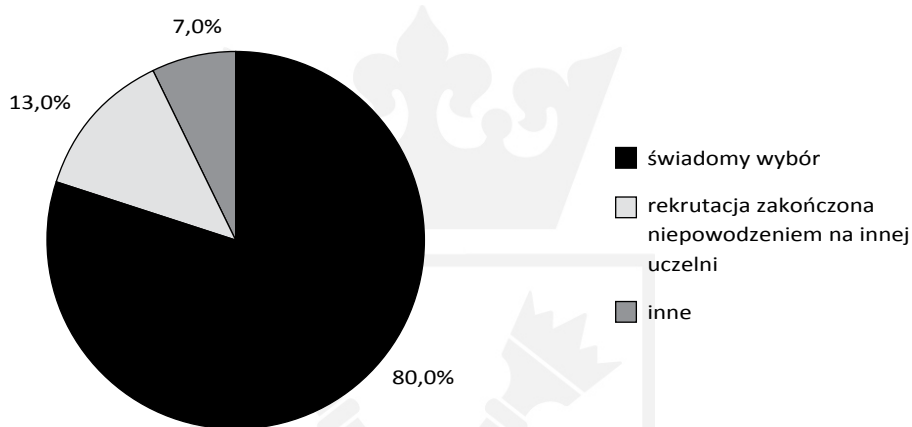
Źródło: Opracowanie własne.

| Motywy wyboru zawodu | Placówka | | | | | | χ^2 | df | p |
|---|----------|------|-----------|------|--------|------|----------|----|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Świadomy wybór | 83 | 83,0 | 78 | 78,0 | 161 | 80,0 | 0,80 | 1 | 0,372 |
| Rekrutacja zakończona niepowodzeniem na innej uczelni | 13 | 13,0 | 13 | 13,0 | 26 | 13,0 | 0,01 | 1 | 0,999 |
| Inne | 4 | 4,0 | 10 | 10,0 | 14 | 7,0 | 3,12 | 1 | 0,210 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela VI. Motywy wyboru zawodu pielęgniarza/pielęgniarki.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 1. Motywy wyboru zawodu.

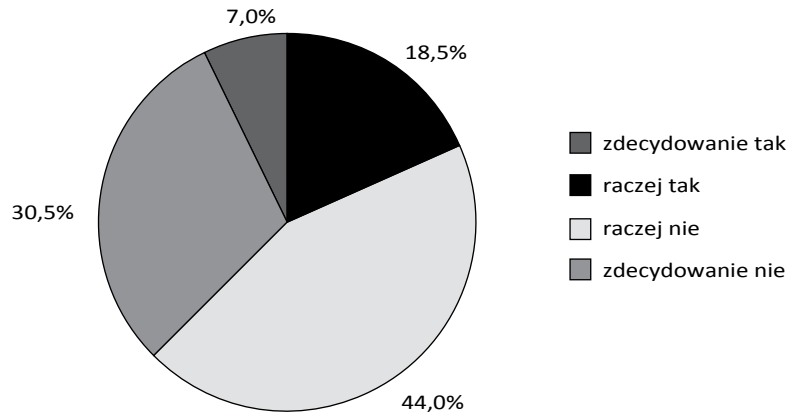
Źródło: Opracowanie własne.

| Rezygnacja z pracy | Placówka | | | | | |
|--------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 6 | 6,0 | 8 | 8,0 | 14 | 7,0 |
| Raczej tak | 17 | 17,0 | 20 | 20,0 | 37 | 18,5 |
| Raczej nie | 46 | 46,0 | 42 | 42,0 | 88 | 44,0 |
| Zdecydowanie nie | 31 | 31,0 | 30 | 30,0 | 61 | 30,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela VII. Deklarowana chęć rezygnacji z pracy.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Deklarowana chęć rezygnacji z pracy.

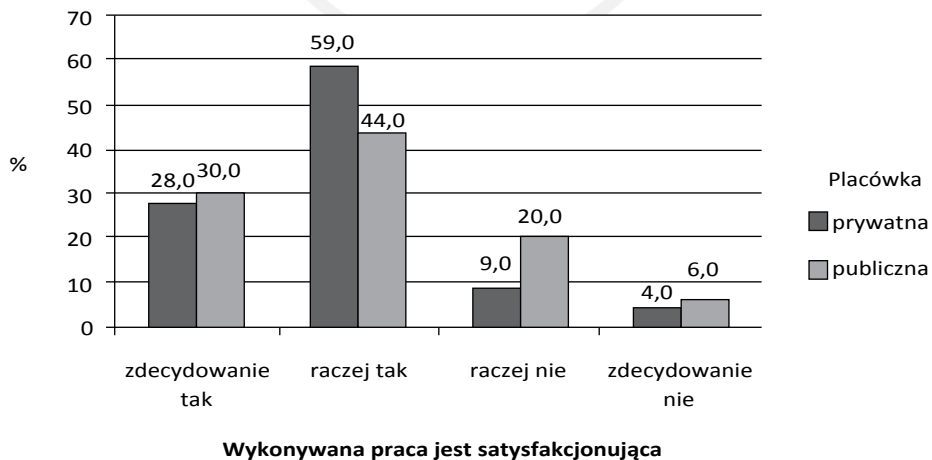
Źródło: Opracowanie własne.

| Satysfakcjonująca praca | Placówka | | | | | |
|-------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 28 | 28,0 | 30 | 30,0 | 58 | 29,0 |
| Raczej tak | 59 | 59,0 | 44 | 44,0 | 103 | 51,5 |
| Raczej nie | 9 | 9,0 | 20 | 20,0 | 29 | 14,5 |
| Zdecydowanie nie | 4 | 4,0 | 6 | 6,0 | 10 | 5,0 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela VIII. Ocena satysfakcji z pracy.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 1. Ocena satysfakcji z pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

W Tabeli IX przedstawiono średnie wartości wskaźników dotyczących satysfakcji z różnych aspektów pracy w grupach osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w placówkach publicznych. Zestawienie uzupełniono wynikami testu U Manna-Whitneya, który służy do porównywania dwóch grup osób badanych pod względem wyników określonych na skalach porządkowych. Oznaczono różnice istotne statystycznie.

Zanotowano istotne statystycznie różnice między osobami pracującymi w placówkach prywatnych i publicznych w zakresie: satysfakcji z relacji między współpracownikami, relacji z bezpośrednim przełożonym, ze stylu zarządzania, liczby typowych zadań w trakcie dyżuru, z warunków fizycznych i wyposażenia. Różnice statystycznie znamienne obejmowały także ocenę satysfakcji z możliwości osobistego rozwoju, z możliwości podejmowania samodzielnych decyzji, z możliwości awansu, z wysokości wynagrodzenia, ze sposobu oceny pracy i nagradzania, z dodatkowych świadczeń socjalnych i z firmy lub instytucji jako całości (Wykres 2).

Otrzymano również zbliżone do istotności statystycznej różnice między grupami w zakresie satysfakcji z rodzaju i zróżnicowania zadań w pracy oraz w zakresie

satysfakcji z możliwości wykorzystania w pracy wiedzy i posiadanych umiejętności. Średnie wartości wszystkich tych wskaźników były wyższe w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych.

Nie otrzymano natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie poczucia ważności wykonywanej pracy, poczucia prestiżu, pozycji społecznej, zadowolenia z systemu zmianowego, stabilności zatrudnienia ani w zakresie satysfakcji z relacji z pacjentami.

Tabela X przedstawia ocenę zadowolenia z życia wśród osób pracujących w placówkach prywatnych i w ośrodkach publicznych. Nie zanotowano istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a zadowoleniem z życia, $\chi^2(4) = 3,25$; $p > 0,05$. Większość osób określała siebie jako zadowolonych ze swojego życia. Łącznie zaś zadowolonych i bardzo zadowolonych z życia było aż 91% respondentów.

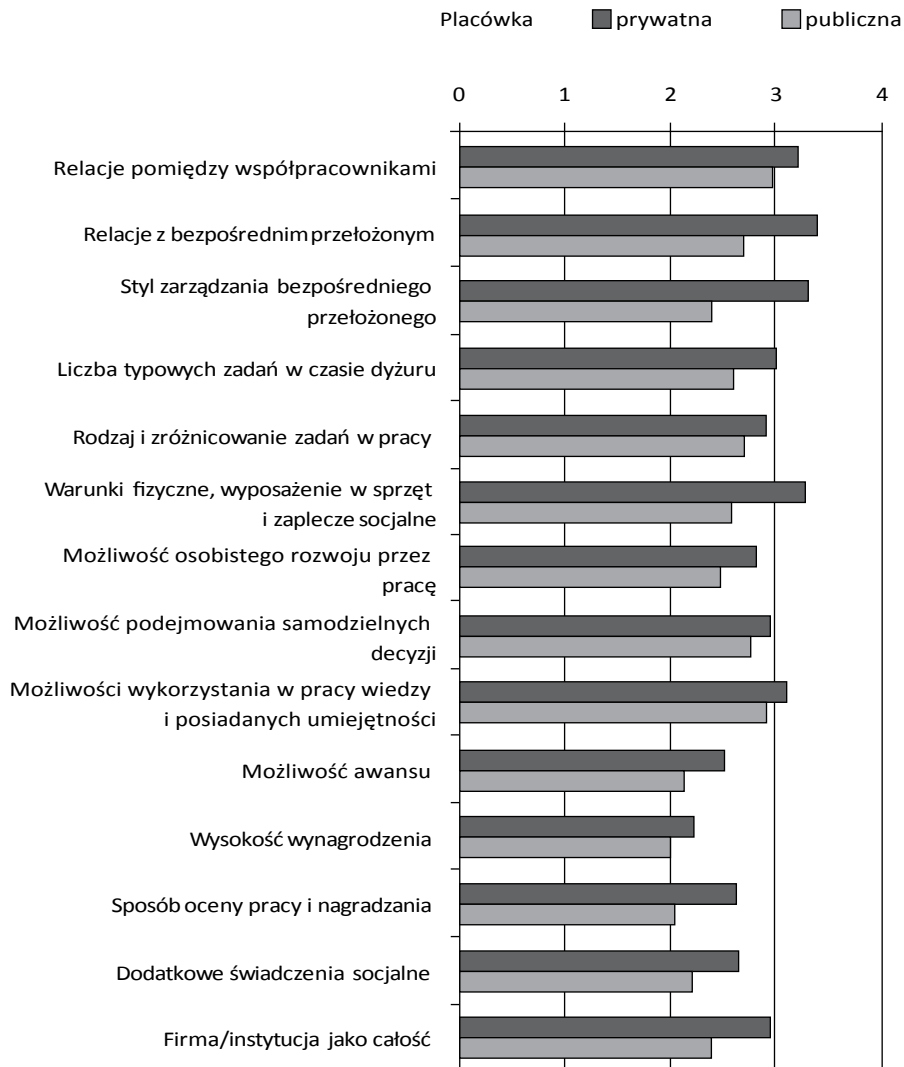
W Tabeli XI pokazano średnie wartości wskaźników sytuacji w pracy w grupach osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w placówkach publicznych. Zestawienie uzupełniono wynikami testu U Manna-Whitneya. Oznaczono różnice istotne statystycznie.

| Satysfakcja z pracy | Placówka | | | | U | p |
|---|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Relacje pomiędzy współpracownikami | 3,20 | 0,68 | 2,95 | 0,77 | 4129,5* | 0,020 |
| Relacje z bezpośrednim przełożonym | 3,38 | 0,62 | 2,69 | 0,91 | 2862,5*** | 0,001 |
| Styl zarządzania bezpośredniego przełożonego | 3,30 | 0,63 | 2,37 | 0,95 | 2326,5*** | 0,001 |
| Liczba typowych zadań w czasie dyżuru | 2,98 | 0,55 | 2,60 | 0,80 | 3654,0*** | 0,001 |
| Rodzaj i zróżnicowanie zadań w pracy | 2,89 | 0,67 | 2,69 | 0,78 | 4328,0# | 0,066 |
| Warunki fizyczne, wyposażenie w sprzęt i zaplecze socjalne | 3,28 | 0,70 | 2,57 | 0,96 | 2902,0*** | 0,001 |
| Możliwość osobistego rozwoju przez pracę | 2,80 | 0,83 | 2,47 | 0,86 | 3883,0** | 0,004 |
| Poczucie ważności wykonywanej pracy dla dobra innych | 3,06 | 0,78 | 3,02 | 0,88 | 4903,0 | 0,798 |
| Prestiż stanowiska pracy | 2,75 | 0,78 | 2,74 | 0,97 | 4966,5 | 0,930 |
| Pozycja społeczna dzięki pracy | 2,58 | 0,77 | 2,43 | 0,91 | 4497,5 | 0,190 |
| Możliwość podejmowania samodzielnych decyzji | 2,94 | 0,65 | 2,73 | 0,78 | 4263,0* | 0,046 |
| Możliwość wykorzystania w pracy wiedzy i posiadanych umiejętności | 3,10 | 0,64 | 2,89 | 0,83 | 4337,0# | 0,075 |
| Możliwość awansu | 2,50 | 0,75 | 2,13 | 0,84 | 3651,5*** | 0,001 |
| Wysokość wynagrodzenia | 2,21 | 0,74 | 1,98 | 0,83 | 4127,5* | 0,023 |
| Sposób oceny pracy i nagradzania | 2,61 | 0,76 | 2,02 | 0,78 | 2974,5*** | 0,001 |
| Dodatkowe świadczenia socjalne | 2,62 | 0,78 | 2,20 | 0,78 | 3618,0*** | 0,001 |
| Czas pracy/system zmianowy | 2,96 | 0,75 | 2,91 | 0,67 | 4743,0 | 0,470 |
| Stabilność zatrudnienia | 3,01 | 0,66 | 2,87 | 0,61 | 4431,5 | 0,101 |
| Relacje z pacjentami i ich rodzinami | 2,93 | 0,59 | 3,05 | 0,73 | 4449,5 | 0,120 |
| Firma/instytucja jako całość | 2,93 | 0,64 | 2,38 | 0,74 | 3052,5*** | 0,001 |
| Inne | 0,12 | 0,59 | 0,16 | 0,68 | 4902,0 | 0,526 |

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # $p < 0,1$

Tabela IX. Średnie wartości wskaźników dotyczących satysfakcji z różnych aspektów pracy w porównywanych grupach osób, w skali 1–4, gdzie 1 oznacza bardzo niezadowolony, a 4 – bardzo zadowolony.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 2. Istotne statystycznie różnice w satysfakcji z pracy między badanymi grupami.

Źródło: Opracowanie własne.

| | Placówka | | | | | |
|------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| Zadowolenie z życia | n | % | n | % | n | % |
| Brak danych | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Bardzo zadowolona/y | 20 | 20,0 | 17 | 17,0 | 37 | 18,5 |
| Zadowolona/y | 72 | 72,0 | 73 | 73,0 | 145 | 72,5 |
| Niezadowolona/y | 6 | 6,0 | 10 | 10,0 | 16 | 8,0 |
| Bardzo niezadowolona/y | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela X. Ocena zadowolenia z życia.

Źródło: Opracowanie własne.

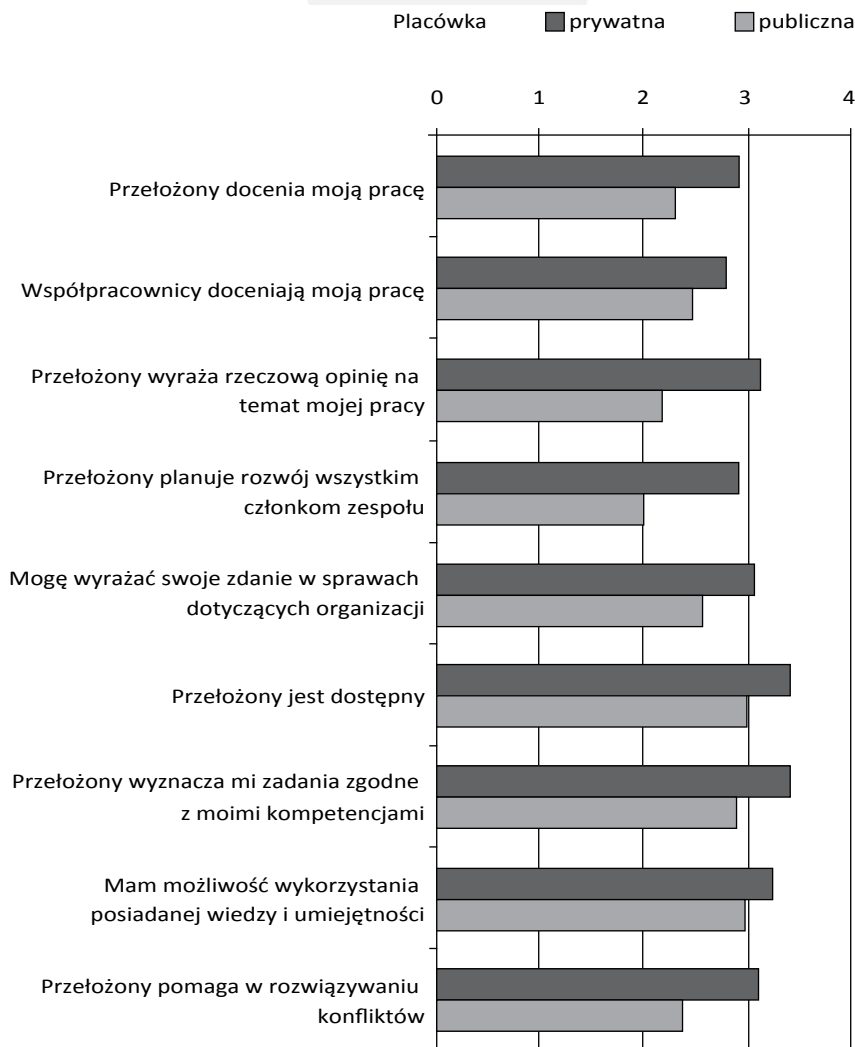
Zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich wskaźników sytuacji w pracy z wyjątkiem otrzymywania pomocy od koleżanek. Na Wykresie 3 przedstawiono średnie wartości analizowanych wskaźni-

ków w porównywanych grupach. Średnie wartości otrzymane w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych były wyższe od średnich wartości otrzymanych w grupie osób pracujących w placówkach publicznych.

| | Placówka | | | | U | p |
|--|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Przełożony docenia moją pracę | 2,93 | 0,81 | 2,30 | 0,81 | 3054,0*** | 0,001 |
| Współpracownicy doceniają moją pracę | 2,78 | 0,72 | 2,45 | 0,70 | 3845,5** | 0,002 |
| Przełożony wyraża rzeczową opinię na temat mojej pracy | 3,12 | 0,84 | 2,18 | 0,82 | 2250,0*** | 0,001 |
| Przełożony planuje rozwój wszystkim członkom zespołu | 2,92 | 0,93 | 1,99 | 0,88 | 2460,5*** | 0,001 |
| Mogę wyrażać swoje zdanie w sprawach dotyczących organizacji | 3,06 | 0,86 | 2,56 | 0,97 | 3558,0*** | 0,001 |
| Otrzymuję pomoc od koleżanek, gdy mam trudności | 3,13 | 0,73 | 3,03 | 0,86 | 4728,0 | 0,479 |
| Przełożony jest dostępny | 3,41 | 0,71 | 2,99 | 0,79 | 3538,0*** | 0,001 |
| Przełożony wyznacza mi zadania zgodne z moimi kompetencjami | 3,40 | 0,70 | 2,90 | 0,86 | 3372,0*** | 0,001 |
| Mam możliwość wykorzystania posiadanej wiedzy i umiejętności | 3,24 | 0,79 | 2,96 | 0,75 | 3980,0** | 0,008 |
| Przełożony pomaga w rozwiązywaniu konfliktów | 3,10 | 0,89 | 2,36 | 0,95 | 2922,0*** | 0,001 |

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; # p < 0,1

Tabela XI. Średnie wartości wskaźników dotyczących sytuacji w pracy w grupie osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w grupie osób, które pracowały w placówkach publicznych, ocenione w skali 1–4, gdzie 1 oznacza nigdy, 2 – czasami, 3 – często, 4 – zawsze. Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 3. Istotne statystycznie różnice między grupami w zakresie wskaźników sytuacji w pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

Motywacja do pracy

W Tabeli XII przedstawiono motywację do pracy wśród osób pracujących w prywatnych i publicznych placówkach leczniczych. Nie zanotowano istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a poziomem motywacji do pracy, $\chi^2(3) = 6,32$; $p > 0,05$. Wyniki badania pokazu-

ją, że większość badanych osób deklaruje, iż jest raczej zmotywowana do pracy.

Tabela XIII pokazuje średnie wartości wskaźników czynników motywujących do pracy w grupie osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w placówkach publicznych. Zestawienie uzupełniono wynikami testu U Manna-Whitneya. Oznaczono różnice istotne statystycznie.

| Motywacja do pracy | Placówka | | | | | |
|--------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 21 | 21,0 | 15 | 15,0 | 36 | 18,0 |
| Raczej tak | 59 | 59,0 | 50 | 50,0 | 109 | 54,5 |
| Raczej nie | 18 | 18,0 | 29 | 29,0 | 47 | 23,5 |
| Zdecydowanie nie | 2 | 2,0 | 6 | 6,0 | 8 | 4,0 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XII. Motywacja do pracy.

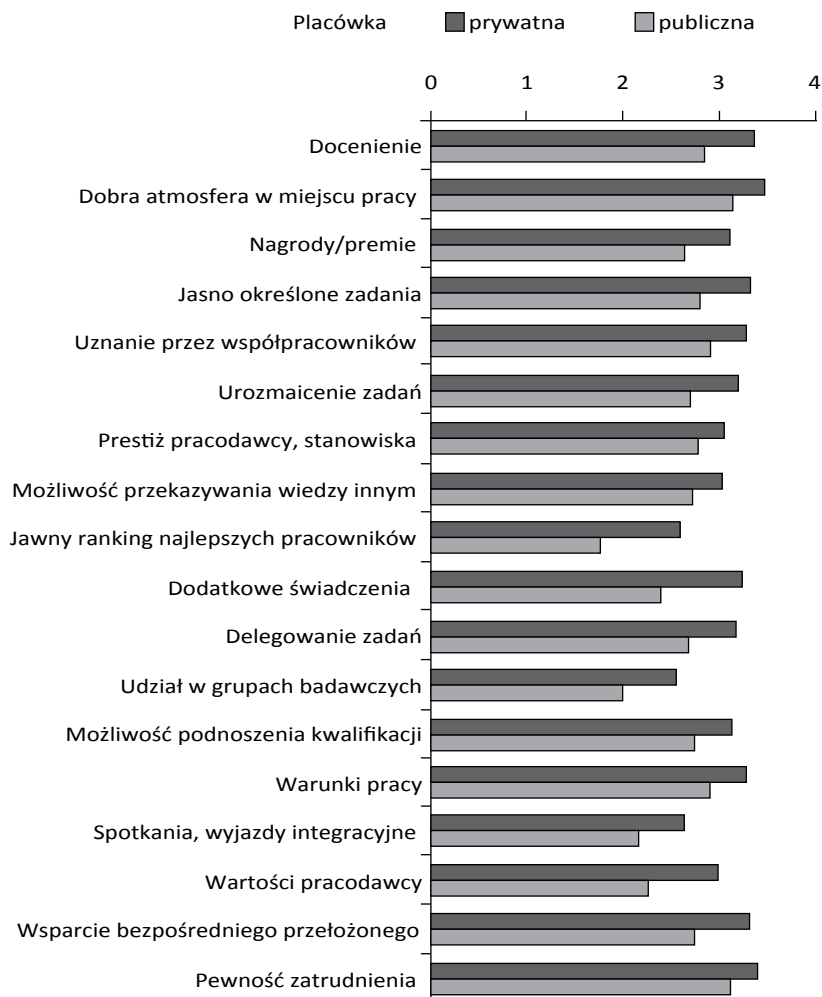
Źródło: Opracowanie własne.

| Czynniki motywujące | Placówka | | | | U | p |
|--|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Docenienie przez przełożonego i współpracowników | 3,34 | 0,76 | 2,84 | 0,92 | 3464,0*** | 0,001 |
| Dobra atmosfera w miejscu pracy | 3,46 | 0,70 | 3,13 | 0,86 | 3947,0** | 0,005 |
| Nagrody/premie | 3,10 | 1,07 | 2,61 | 1,17 | 3805,0** | 0,002 |
| Jasno określone zadania, rozliczenie z wyników zadań | 3,30 | 0,81 | 2,80 | 0,96 | 3544,0*** | 0,001 |
| Uznanie przez współpracowników | 3,27 | 0,75 | 2,90 | 0,84 | 3765,0** | 0,001 |
| Urozmaicenie zadań, zróżnicowanie obowiązków | 3,18 | 0,76 | 2,70 | 0,85 | 3448,0** | 0,001 |
| Zadowolenie pacjentów | 3,31 | 0,73 | 3,31 | 0,81 | 4901,0 | 0,792 |
| Prestiż pracodawcy, stanowiska | 3,06 | 0,85 | 2,78 | 0,93 | 4150,0* | 0,028 |
| Możliwość przekazywania wiedzy innym | 3,04 | 0,84 | 2,71 | 0,94 | 3967,5** | 0,008 |
| Jawny ranking najlepszych pracowników | 2,57 | 0,95 | 1,76 | 0,88 | 2709,5*** | 0,001 |
| Dodatkowe świadczenia | 3,22 | 0,91 | 2,38 | 1,19 | 3032,0*** | 0,001 |
| Delegowanie zadań | 3,16 | 0,83 | 2,68 | 0,95 | 3596,0*** | 0,001 |
| Udział w grupach badawczych | 2,53 | 0,97 | 1,98 | 0,95 | 3439,0*** | 0,001 |
| Możliwość podnoszenia kwalifikacji | 3,13 | 0,92 | 2,73 | 1,11 | 4017,0* | 0,012 |
| Warunki pracy | 3,27 | 0,82 | 2,90 | 0,96 | 3917,5** | 0,005 |
| Samodzielność, decyzyjność w pracy | 3,13 | 0,75 | 2,95 | 0,83 | 4437,5 | 0,141 |
| Spotkania, wyjazdy integracyjne | 2,62 | 1,00 | 2,15 | 1,05 | 3729,0** | 0,001 |
| Wartości uznawane i realizowane przez pracodawcę | 2,98 | 0,84 | 2,24 | 0,91 | 2836,0*** | 0,001 |
| Wsparcie ze strony bezpośredniego przełożonego | 3,30 | 0,87 | 2,74 | 1,10 | 3551,0*** | 0,001 |
| Pewność zatrudnienia | 3,41 | 0,85 | 3,10 | 1,01 | 4153,0* | 0,023 |
| Inne | 0,09 | 0,53 | 0,01 | 0,10 | 4898,5 | 0,306 |

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu U Manna-Whitneya; *p* – istotność statystyczna; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # $p < 0,1$

Tabela XIII. Średnie wartości wskaźników czynników motywujących do pracy w grupach personelu prywatnych i publicznych placówek leczniczych, ocenione w skali 1–4, gdzie 1 oznacza najmniej istotny czynnik, a 4 najistotniejszy.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 4. Istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w zakresie nasilenia czynników motywujących.
 Źródło: Opracowanie własne.

Zanotowano istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w zakresie nasilenia większości czynników motywujących z wyjątkiem zadowolenia pacjentów, samodzielności i decyzyjności w pracy oraz innych czynników motywujących. Średnie wartości otrzymane w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych były wyższe od średnich wartości otrzymanych w grupie osób pracujących w placówkach publicznych (Wykres 4).

W Tabeli XIV przedstawiono średnie wartości czynników demotywujących do pracy w grupach osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w placówkach publicznych. Zestawienie uzupełniono wynikami testu U Manna-Whitneya. Oznaczono różnice istotne statystycznie.

Zanotowano istotną statystycznie różnicę w zakresie braku dodatkowych świadczeń oraz zbliżone do istotności statystycznej różnice międzygrupowe w zakresie niezadowolenia pacjentów, złej organizacji pracy i złych warunków pracy. Średnie wartości tych wskaźników przedstawiono na Wykresie 5. W grupie osób pracujących w placówkach prywatnych bardziej nasilonym czynnikiem było niezadowolenie pacjentów, natomiast w grupie osób pracujących w placówkach publicznych

bardziej nasilonymi czynnikami były: brak dodatkowych świadczeń, zła organizacja pracy, monotonia i złe warunki pracy, brak zaplecza socjalnego. Nie otrzymano natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie większości pozostałych czynników demotywujących.

Tabela XV przedstawia ocenę znajomości systemu motywacyjnego w porównywanych grupach. Na podstawie testu χ^2 zanotowano istotną statystycznie zależność między rodzajem placówki a znajomością systemu motywacyjnego, $\chi^2(3) = 9,26$; $p < 0,05$. W placówkach prywatnych znajomość systemu motywacyjnego była wyższa.

Tabela XVI zawiera opinie respondentów na temat zmiany systemu motywacyjnego w obecnym miejscu zatrudnienia. Opierając się na teście χ^2 , zanotowano istotną statystycznie zależność między rodzajem placówki a opinią w sprawie zmiany systemu motywacyjnego, $\chi^2(3) = 11,11$; $p < 0,05$. W placówkach państwowych jest więcej osób przekonanych o potrzebie zmiany systemu motywacyjnego niż w placówkach prywatnych (Wykres 6).

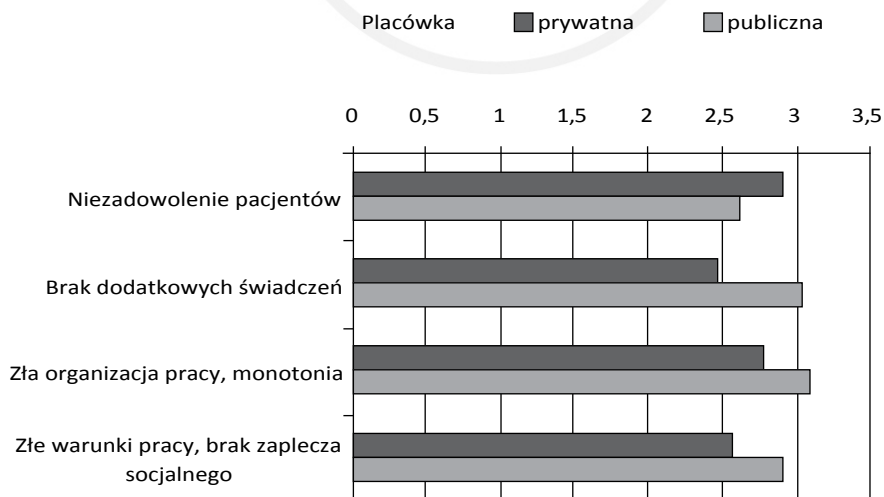
W Tabeli XVII przedstawiono rozkład częstości dla form motywowania wskazywanych w porównywanych grupach jako najbardziej oczekiwane. Zestawienie uzu-

| Czynniki demotywujące | Placówka | | | | U | p |
|---|----------|------|-----------|------|----------|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Niesprawiedliwa ocena przełożonego lub brak informacji zwrotnej | 2,75 | 1,27 | 2,94 | 1,14 | 4614,5 | 0,320 |
| Niedoceniaenie przez przełożonego | 2,85 | 1,21 | 2,99 | 1,11 | 4743,0 | 0,507 |
| Brak dobrej atmosfery w miejscu pracy | 2,85 | 1,22 | 3,00 | 1,08 | 4722,0 | 0,472 |
| Brak wyznaczonego celu, zadania niekonkretnie określone | 2,58 | 1,19 | 2,65 | 1,00 | 4869,0 | 0,741 |
| Niezadowolenie pacjentów | 2,88 | 1,00 | 2,60 | 1,04 | 4240,0# | 0,053 |
| Nieadekwatny do potrzeb styl zarządzania | 2,70 | 1,17 | 2,82 | 1,02 | 4782,0 | 0,580 |
| Brak możliwości przekazywania wiedzy | 2,35 | 1,16 | 2,36 | 1,04 | 4939,0 | 0,877 |
| Brak dodatkowych świadczeń | 2,47 | 1,23 | 3,02 | 1,05 | 3754,0** | 0,002 |
| Brak możliwości doksztalcenia | 2,58 | 1,12 | 2,79 | 0,97 | 4511,0 | 0,215 |
| Niski prestiż pracodawcy, stanowiska | 2,62 | 1,17 | 2,80 | 1,03 | 4610,0 | 0,323 |
| Brak nagród finansowych, premii | 3,23 | 0,97 | 3,31 | 0,99 | 4702,0 | 0,419 |
| Zadania poniżej kompetencji | 2,73 | 1,12 | 2,89 | 1,08 | 4596,5 | 0,304 |
| Zła organizacja pracy, monotonia | 2,77 | 1,21 | 3,08 | 1,03 | 4338,5# | 0,088 |
| Złe warunki pracy, brak zaplecza socjalnego | 2,56 | 1,22 | 2,88 | 1,05 | 4285,0# | 0,070 |
| Brak samodzielności, decyzyjności w pracy | 2,59 | 1,07 | 2,60 | 0,99 | 4965,0 | 0,929 |
| Brak delegowania zadań rozszerzających kompetencje | 2,54 | 1,10 | 2,67 | 0,99 | 4673,5 | 0,406 |
| Brak spotkań, wyjazdów integracyjnych | 2,41 | 1,10 | 2,33 | 1,05 | 4823,5 | 0,655 |
| Niepełność zatrudnienia | 2,88 | 1,25 | 2,89 | 1,06 | 4877,0 | 0,751 |
| Brak wyznaczonych wartości realizowanych przez pracodawcę | 2,41 | 1,11 | 2,52 | 1,00 | 4699,5 | 0,447 |
| Niskie wynagrodzenie | 3,32 | 1,00 | 3,32 | 0,96 | 4883,0 | 0,744 |
| Nadmierna kontrola przełożonego | 2,59 | 1,19 | 2,76 | 1,10 | 4608,5 | 0,322 |
| Niedoceniaenie przez współpracowników | 2,62 | 1,13 | 2,68 | 1,04 | 4872,0 | 0,746 |
| Inne | 0,08 | 0,56 | 0,00 | 0,00 | 4900,0 | 0,156 |

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna; *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; # p < 0,1

Tabela XIV. Średnie wartości czynników demotywujących do pracy w grupie osób, które pracowały w placówkach prywatnych i w grupie osób, które pracowały w placówkach publicznych, ocenione w skali 1–4, gdzie 1 oznacza najmniej demotywujący czynnik, a 4 najbardziej demotywujący.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 5. Średnie wartości nasilenia czynników demotywujących wśród osób, które pracowały w placówce publicznej i wśród osób, które pracowały w placówce prywatnej.

Źródło: Opracowanie własne.

| Znajomość systemu motywacyjnego | Placówka | | | | | |
|---------------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 16 | 16,0 | 12 | 12,0 | 28 | 14,0 |
| Raczej tak | 55 | 55,0 | 38 | 38,0 | 93 | 46,5 |
| Raczej nie | 18 | 18,0 | 31 | 31,0 | 49 | 24,5 |
| Zdecydowanie nie | 11 | 11,0 | 19 | 19,0 | 30 | 15,0 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XV. Znajomość systemu motywacyjnego.

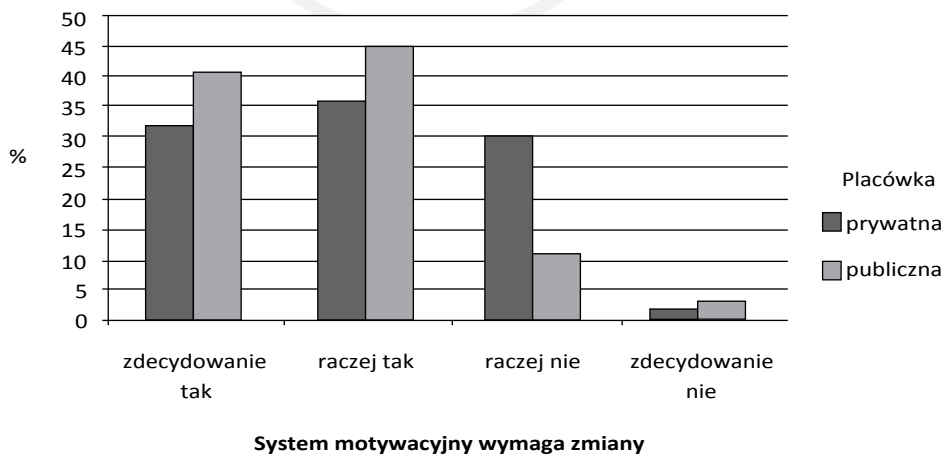
Źródło: Opracowanie własne.

| Zmiana systemu motywacyjnego | Placówka | | | | | |
|------------------------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 32 | 32,0 | 41 | 41,0 | 73 | 36,5 |
| Raczej tak | 36 | 36,0 | 45 | 45,0 | 81 | 40,5 |
| Raczej nie | 30 | 30,0 | 11 | 11,0 | 41 | 20,5 |
| Zdecydowanie nie | 2 | 2,0 | 3 | 3,0 | 5 | 2,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XVI. Opinie na temat zmiany systemu motywacyjnego.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 6. Opinie o systemie motywacyjnym wśród osób pracujących w placówkach prywatnych i wśród osób pracujących w placówkach publicznych.

Źródło: Opracowanie własne.

| Formy motywowania | Placówka | | | | | | χ^2 | df | p |
|---|----------|------|-----------|------|--------|------|----------|----|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Motywowanie finansowe placowe | 59 | 59,0 | 49 | 49,0 | 108 | 54,0 | 2,01 | 1 | 0,156 |
| Motywowanie finansowe pozaplacowe | 37 | 37,0 | 39 | 39,0 | 76 | 38,0 | 0,08 | 1 | 0,771 |
| Motywowanie pozafinansowe materialne | 21 | 21,0 | 14 | 14,0 | 35 | 17,5 | 1,70 | 1 | 0,193 |
| Motywowanie pozafinansowe niematerialne | 25 | 25,0 | 15 | 15,0 | 40 | 20,0 | 3,12 | 1 | 0,077 |
| Nie mam zdania | 4 | 4,0 | 2 | 2,0 | 6 | 3,0 | 0,69 | 1 | 0,407 |

n – liczba osób; % – procent grupy; # p < 0,1

Tabela XVII. Formy motywowania wskazywane w porównywanych grupach jako najbardziej oczekiwane.

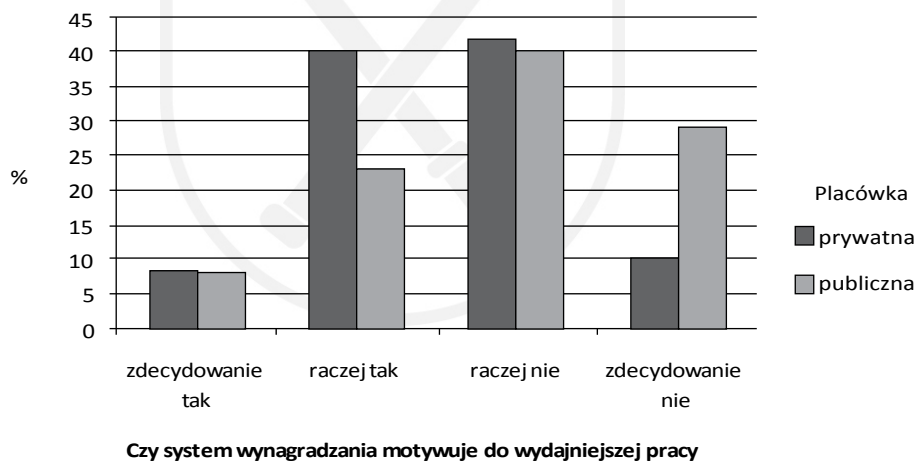
Źródło: Opracowanie własne.

| Czy system wynagradzania motywuje do wydajniejszej pracy | Placówka | | | | | |
|--|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 8 | 8,0 | 8 | 8,0 | 16 | 8,0 |
| Raczej tak | 40 | 40,0 | 23 | 23,0 | 63 | 31,5 |
| Raczej nie | 42 | 42,0 | 40 | 40,0 | 82 | 41,0 |
| Zdecydowanie nie | 10 | 10,0 | 29 | 29,0 | 39 | 19,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XVIII. Opinie o systemie wynagradzania.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 7. Opinie o systemie wynagradzania wśród osób pracujących w placówkach prywatnych i wśród osób pracujących w placówkach publicznych.

Źródło: Opracowanie własne.

pełniono wynikami testu χ^2 . Zanotowano zbliżoną do istotności statystycznej zależność między przynależnością do jednej z porównywanych grup a wskazywaniem motywowania pozafinansowego niematerialnego. Ta forma motywowania była wskazywana jako najbardziej pożądana częściej w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych niż w grupie osób pracujących w placówkach publicznych.

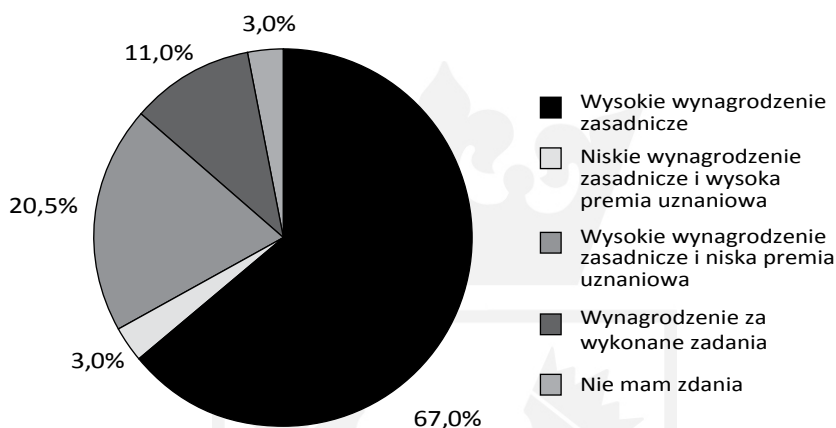
Tabela XVIII ukazuje rozkład opinii w sprawie motywującego działania systemu wynagradzania w porównywanych grupach. Wykorzystując test χ^2 , zanotowano istotną statystycznie zależność między rodzajem placówki a opinią w tej sprawie, $\chi^2(3) = 13,89$; $p < 0,01$. Opinie o systemie wynagradzania były korzystniejsze w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych niż w grupie osób pracujących w placówkach publicznych (por. **Wykres 7**).

| Formy motywowania | Placówka | | | | | | χ^2 | df | p |
|---|----------|------|-----------|------|--------|------|----------|----|-------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Wysokie wynagrodzenie zasadnicze | 67 | 67,0 | 67 | 67,0 | 134 | 67,0 | 0,01 | 1 | 0,999 |
| Niskie wynagrodzenie zasadnicze i wysoka premia uznaniowa | 3 | 3,0 | 3 | 3,0 | 6 | 3,0 | 0,01 | 1 | 0,999 |
| Wysokie wynagrodzenie zasadnicze i niska premia uznaniowa | 19 | 19,0 | 22 | 22,0 | 41 | 20,5 | 0,28 | 1 | 0,599 |
| Wynagrodzenie za wykonane zadania | 14 | 14,0 | 8 | 8,0 | 22 | 11,0 | 1,84 | 1 | 0,175 |
| Nie mam zdania | 4 | 4,0 | 2 | 2,0 | 6 | 3,0 | 0,69 | 1 | 0,407 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XIX. Preferowana w porównywanych grupach struktura wynagrodzenia.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 3. Preferowana struktura wynagrodzenia.

Źródło: Opracowanie własne.

W Tabeli XIX przedstawiono opinie dla preferowanej struktury w porównywanych grupach wynagrodzenia. Zestawienie uzupełniono wynikami testu χ^2 . Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności między przynależnością do jednej z porównywanych grup a opiniami w sprawie struktury wynagrodzenia. Większość osób badanych jako preferowane wskazywała wysokie wynagrodzenie zasadnicze (Rysunek 3).

W Tabeli XX analizowano deklarację chęci zmiany obecnego miejsca pracy w porównywanych grupach. W teście χ^2 zanotowano zbliżoną do istotności statystycznej zależność między rodzajem placówki a opinią w tej sprawie, $\chi^2(3) = 7,62$; $p = 0,055$. W grupie pracujących w placówkach publicznych było więcej osób, które zdecydowanie myślały o zmianie miejsca pracy. W grupie osób pracujących w placówkach prywatnych było więcej osób, które zdecydowanie zaprzeczyły, że myślą o zmianie miejsca pracy (por. Wykres 8).

Dyskusja

Aktywność zawodowa w życiu dorosłego człowieka ma bardzo istotne znaczenie, nie tylko ze względu na jej

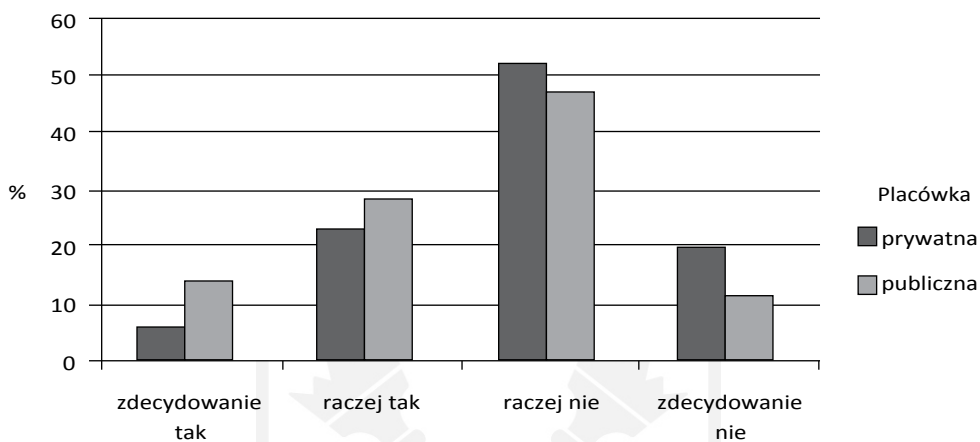
materialny wymiar i czas, jaki pochłania, lecz również ze względu na możliwość kształtowania się więzi społecznych [5]. Ponieważ praca staje się częścią naszego życia, może wpływać również na inne jego sfery. Jej wpływ może być pozytywny, ale także może być źródłem frustracji i dyskomfortu psychicznego. Uczucia te mogą bardzo istotnie rzutować na sferę życia prywatnego [6]. Ten aspekt jest szczególnie ważny w zawodach, które są narażone na stres z racji swojej specyfiki, a takim zawodem jest niewątpliwie zawód pielęgniarki. Z tego względu w pracy pielęgniarki tak istotne jest poczucie satysfakcji z wyników pracy i możliwości rozwoju [5]. Zadowolenie z pracy pielęgniarek i pozostałych pracowników ochrony zdrowia jest również ważne z innego powodu, determinuje ono bowiem jakość świadczonych przez nich usług, czyli jakość opieki, która jest nadrzędną cechą funkcjonowania placówek leczniczych. Usługi medyczne świadczone przez personel placówek leczniczych cechuje nierozdzielność i jednoczesność procesu ich świadczenia i konsumpcji, dlatego też kwalifikacje, umiejętności, predyspozycje i zyczliwy stosunek do pacjenta, który jest nabywcą tych usług, mają zasadnicze znaczenie w pozyskaniu i utrzymaniu z nim trwałych

| Rozważanie zmiany obecnego miejsca pracy | Placówka | | | | | |
|--|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | Prywatna | | Publiczna | | Ogółem | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Zdecydowanie tak | 5 | 5,0 | 14 | 14,0 | 19 | 9,5 |
| Raczej tak | 23 | 23,0 | 28 | 28,0 | 51 | 25,5 |
| Raczej nie | 52 | 52,0 | 47 | 47,0 | 99 | 49,5 |
| Zdecydowanie nie | 20 | 20,0 | 11 | 11,0 | 31 | 15,5 |
| Ogółem | 100 | 100 | 100 | 100 | 200 | 100 |

n – liczba osób; % – procent grupy

Tabela XX. Rozważanie zmiany miejsca pracy.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 8. Rozważanie zmiany miejsca pracy wśród osób pracujących w placówkach prywatnych i wśród osób pracujących w placówkach publicznych.

Źródło: Opracowanie własne.

relacji [7]. Trwałość relacji z pacjentem jest ważna dla wszystkich placówek leczniczych, a już szczególnie dla placówek prywatnych, które muszą konkurować na rynku usług medycznych i dostosowywać się do bieżących potrzeb klienta. Podmioty zorientowane na klienta powinny się zatem charakteryzować właściwie skonstruowaną polityką motywacji oraz satysfakcji pracowników, aby rozwijać w nich świadomość, że przyszłość podmiotu zależy głównie od nich. W ten proces powinni być włączeni wszyscy pracownicy, ponieważ to od nich zależy jakość świadczonych usług, która z kolei przekłada się na lojalność klientów i przyszłość tego podmiotu [7].

Praca pielęgniarek jest zwykle bardzo wysoko oceniana przez pacjentów. Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wynika, że wszystkie aspekty oceny pielęgniarek kształtują się na poziomie 90% ocen pozytywnych. Pacjenci doceniają odpowiednie życzliwe podejście, zawodowe umiejętności, dostępność oraz umiejętności nawiązywania bezpośrednich relacji interpersonalnych [7]. W przeprowadzonym co roku badaniu, w którym European

Trusted Brands sprawdza zaufanie społeczne do marek, instytucji i zawodów, zaufanie do zawodu pielęgniarki deklaruje 74% badanych, natomiast do zawodu lekarza 64% [8]. Praktyka oceny jakości usług przez ich nabywcę, czyli pacjenta, jest w większości placówek leczniczych często stosowana i stanowi bardzo cenny materiał dla kadry kierowniczej, ponieważ pozwala na bieżąco monitorować satysfakcję klienta, a także wcześniej reagować, wprowadzając usprawnienia. Równie ważnym aspektem dla kadry kierowniczej powinno być także bieżące monitorowanie satysfakcji pracowniczej, ponieważ – tak jak wspomniano wcześniej – to pracownicy w głównej mierze wpływają na lojalność klientów i są najważniejszym zasobem firmy.

W przeprowadzonych badaniach podjęto próbę oceny satysfakcji z pracy oraz analizę motywacji pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w wybranych placówkach leczniczych, uwzględniając podział na ośrodki publiczne i prywatne, aby móc sprawdzić, czy istnieją różnice między tymi grupami. Wiadomo, że przyjęte kryterium ze względu na miejsce zatrudnienia jest tylko jednym z lic-

nych czynników determinujących tak złożone procesy, jak odczucie satysfakcji i motywacji w pracy.

W obecnej sytuacji, gdy ustawodawcy dążą do prywatyzacji usług zdrowotnych, przeprowadzone badania znajdują uzasadnienie i mogą być pomocne dla kadry kierowniczej.

Wyniki badania własnego wykazują, że personel pielęgnarski w zdecydowanej większości określa swoją pracę jako satysfakcjonującą, aż 87% respondentów z placówek prywatnych oceniło pozytywnie własną satysfakcję z wykonywanej pracy, a w grupie pracowników publicznych placówek leczniczych taką opinię wyraziło 74% badanych. Podobne wyniki zostały opublikowane w komunikacie z badań BS/10/2013 przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na temat zadowolenia z pracy i jej oceny. W przeprowadzonym sondażu zdecydowana większość aktywnych zawodowo Polaków (78%) wyraża ogólne zadowolenie ze swojej obecnej pracy [9]. Pojedyncze pytanie o całkowitą satysfakcję z pracy nie wyczerpuje jednak oceny, różni się ono bowiem od średniego zadowolenia z poszczególnych czynników pracy. Kompleksowe uwzględnienie wszystkich czynników determinujących satysfakcję z pracy jest bardzo trudne i wymaga wysoce indywidualnego podejścia. Pozwala ono jednak pracodawcy mieć realny wpływ na zadowolenie pracowników, ponieważ może sprawować kontrolę nad tymi elementami. Wśród tych elementów możemy wyróżnić niektóre aspekty dotyczące pracy, takie jak: finansowy system motywacyjny, wyposażenie stanowiska pracy itp., oraz niektóre cechy pracownika wyselekcjonowane dzięki rekrutacji i wdrażane poprzez opracowany system wartości, a także kulturę organizacyjną zależną od pracodawcy [10].

W badaniach własnych dotyczących aspektów pracy personelu pielęgnarskiego prywatnych i publicznych placówek leczniczych zanotowano znamienne statystycznie różnice między badanymi grupami. Stwierdzono różnice w zakresie satysfakcji z relacji pomiędzy współpracownikami, relacji z bezpośrednim przełożonym, ze stylu zarządzania, liczby typowych zadań w trakcie dyżuru, z warunków fizycznych, z możliwości osobistego rozwoju i podejmowania samodzielnych decyzji, z możliwości awansu, wysokości wynagrodzenia, sposobu oceny pracy, nagradzania i dodatkowych świadczeń socjalnych. Otrzymano również zbliżone do istotności statystycznej różnice między grupami w zakresie: satysfakcji z możliwości wykorzystania w pracy wiedzy i umiejętności. Średnie wartości wszystkich wskaźników były wyższe w grupie pracowników sektora prywatnego.

Na uwagę zasługuje fakt różnej gradacji czynników wpływających na satysfakcję w poszczególnych grupach. Pracownicy prywatnych placówek wyrażają największe zadowolenie z relacji z bezpośrednim przełożonym, z warunków fizycznych i wyposażenia w sprzęt i zaplecze socjalne, stylu zarządzania bezpośredniego przełożonego, relacji między współpracownikami oraz możliwości wykorzystania w pracy wiedzy i posiadanych umiejętności. Pracownicy sektora publicznego przede wszystkim wymieniają relację między współpracownikami, następnie możliwość wykorzystania w pracy wiedzy i umiejętności,

możliwości podejmowania samodzielnych decyzji, relacje z bezpośrednim przełożonym oraz rodzaj i zróżnicowanie zadań w pracy. Natomiast obie grupy wspólnie wymieniają czynniki, które powodują ich niezadowolenie z pracy, a do nich należy na pierwszym miejscu wysokość wynagrodzenia, następnie możliwość awansu, sposób oceny i nagradzania oraz możliwość uzyskania dodatkowych świadczeń socjalnych. Prezentowane wyniki pokrywają się z wnioskami badań przedstawionych w analizowanej literaturze. Zdaniem wielu autorów niezadowolenie z wysokości wynagrodzenia deklaruje większość badanych – nawet 98% [5, 11–18]. Jest to zbliżone z potocznie obserwowanym brakiem satysfakcji finansowej z wykonywanej pracy, któremu towarzyszy uczucie frustracji środowiska pielęgniarek, co potwierdziła w swoich badaniach A. Andruszkiewicz [15]. Niezadowolenie z materialnego aspektu pracy deklarują również inne środowiska zawodowe, tylko 45% osób pracujących uważa, że praca przynosi dobre zarobki oraz łączy się z zadowalającymi świadczeniami socjalnymi [9].

Należy zauważyć, że brak satysfakcji finansowej nie wpływa jednak na ogólną satysfakcję z pracy, której wysoki wskaźnik zaprezentowano wcześniej. Taką postawę pielęgniarek tłumaczy przede wszystkim specyfika tego zawodu i wpisany weń system wartości. W zawodzie pielęgniarki bardzo ważne są wartości pozamaterialne, takie jak współpraca z pacjentem, pomaganie innym w cierpieniu, możliwość zdobycia nowej wiedzy i umiejętności oraz dobra współpraca w zespole [12]. W badaniach własnych także wykazano, że poczucie ważności wykonywanej pracy dla dobra innych jest bardzo wysoko oceniane przez obie grupy badanych. Na tej podstawie można by stwierdzić, że specyfika zawodu pielęgniarki działa jak pewnego rodzaju filtr selekcjonujący czynniki determinujące satysfakcję z pracy. Wcześniej przedstawione aspekty pracy, które wpływały na największe zadowolenie respondentów pomimo zaobserwowanej różnicy pomiędzy grupami, także głównie dotyczyły relacji interpersonalnych w zespole i możliwości rozwoju poprzez nabywanie doświadczenia oraz wykorzystanie nabytej wiedzy i umiejętności. Podobne wnioski przedstawiali też inni autorzy, którzy wymieniali możliwość samorealizacji i dobrą atmosferę w pracy, której źródłem są dobre relacje w zespole zarówno z przełożonym, jak i współpracownikami, jako główne aspekty wpływające na zadowolenie z pracy [9, 11–16, 19].

Badając wskaźniki dotyczące sytuacji w obecnym miejscu pracy, zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich wymienionych czynników. Wyniki ocenianych parametrów satysfakcji były wyższe w grupie personelu prywatnych podmiotów leczniczych, co przemawia za korzystniejszą oceną tych placówek.

Analizując piśmiennictwo, zapoznano się również z wynikami badań z 2009 r. określającymi satysfakcję z pracy pielęgniarek polskich na poziomie 62%, pomiar średniej wartości satysfakcji z życia dla tych pielęgniarek wynosił 19,6 punktu, co stanowiło niższy rezultat od wyniku dla populacji dorosłych Polaków [20]. W badaniach własnych pielęgniarki deklarują zadowolenie z życia na poziomie 91% i nie zanotowano istotnej sta-

tystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a zadowoleniem z życia, $\chi^2(4) = 3,25$; $p > 0,05$. W mojej ocenie ma to również związek z wyższą oceną satysfakcji z wykonywanej pracy badanych grup (placówki lecznicze prywatne 87%, publiczne 74%). Wniosek ten znajduje także potwierdzenie w wynikach badań własnych, ponieważ ponad 70% respondentów nie rozważa rezygnacji z zawodu, a w zdecydowanej większości przypadków wybór zawodu był w pełni świadomy (około 80%). Nie zanotowano też istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a motywem wyboru zawodu i możliwością rezygnacji z pracy $\chi^2(3) = 0,73$; $p > 0,05$. Podobne zdanie wyrażają autorki A. Lipińska-Grobelny i K. Głowacka [21]. Według ich opinii stopień zadowolenia z pracy zależy od tzw. dopasowania do danego zawodu. Odpowiednie dopasowanie do zawodu wyznacza wyższe zadowolenie zarówno na płaszczyźnie emocjonalnej, jak i poznawczej. Zdaniem tych autorek osoby dopasowane do zawodu w wysokim stopniu charakteryzują się dużym zadowoleniem z takich czynników środowiska pracy, jak: kadra kierownicza, współpracownicy, treść i warunki pracy, organizacja, możliwość rozwoju i wynagrodzenie w porównaniu z pracownikami dopasowanymi w niskim lub średnim stopniu do zawodu, który wykonują [21].

Reasumując przedstawione wyniki badań satysfakcji z pracy, należy zwrócić uwagę, jak wielkie znaczenie w tym zakresie ma pracodawca, który może zapewnić odpowiednie środowisko pracy, a przede wszystkim zadba o rekrutację do organizacji odpowiednio dopasowanych do zawodu pracowników i zapewni im rozwój. Jak obrazują przeprowadzone badania, taka inwestycja w satysfakcję pracowników jest opłacalna głównie dla samego pracodawcy, ponieważ – jak już wspomniano we wstępie – poziom satysfakcji wyraźnie poprawia jakość pracy. Zadowoleni pracownicy, jak wynika z obserwacji, są bardziej kreatywni i budują bardziej pozytywne relacje ze współpracownikami oraz pacjentami, jak również wykazują większe zaangażowanie, lojalność, trwałość zatrudnienia i niską absencję [22–24].

Założenia tej teorii zostały skrytykowane za zbyt uproszczenie rzeczywistości, badania własne także nie potwierdzają pewnych założeń tej teorii. Jak wskazywano wcześniej, respondenci wyrażali niezadowolenie z powodu wynagrodzenia, natomiast motywację własną ocenili bardzo wysoko (pracownicy placówek prywatnych 80%, a publicznych 65%). Nie zanotowano też istotnej statystycznie zależności między przynależnością do jednej z dwóch porównywanych grup a poziomem motywacji do pracy. Większość respondentów uważała, że raczej są zmotywowani do pracy $\chi^2(3) = 6,32$; $p > 0,05$. Pomimo niezaspokojenia czynnika higieny na respondentów miały wpływ czynniki motywujące. Jeszcze inne wyniki badań przedstawili G. Beczkiewicz i P. Pagórski, w których stwierdzili, że pomimo oceny wynagrodzenia jako dobre badani respondenci nie deklarowali motywacji do pracy [25].

Zarówno wyniki badań własnych, jak i przegląd dostępnej literatury oraz liczba przedstawionych teorii do-

wodzą, jak bardzo złożonym procesem jest motywacja do pracy. U konkretnej osoby jest ona zmienna w czasie i przestrzeni i, jak dotąd, nikt nie stworzył gotowej recepty na skuteczne motywowanie [26]. Motywowanie pracowników, aby mogło być skuteczne, powinno zatem opierać się na założeniach różnych teorii motywowania oraz być dostosowane do indywidualnych potrzeb pracownika i organizacji [27]. W toku przeprowadzonej analizy zanotowano istotne statystycznie różnice między grupami dotyczące większości czynników motywujących z wyjątkiem zadowolenia pacjentów, samodzielności i decyzyjności w pracy. Średnie wartości ocen kadry pielęgniarskiej placówek prywatnych były znacznie wyższe. Takie czynniki, jak dobra atmosfera w pracy, pewność zatrudnienia, docenienie przez przełożonego i współpracowników, warunki pracy i możliwość podnoszenia kwalifikacji, zostały wybrane jako najbardziej motywujące przez obie grupy badanych. Podobne wyniki badań zaprezentowali także inni autorzy zajmujący się tematyką motywacji [12, 25, 28, 29].

Analizując czynniki demotywujące do pracy, zanotowano istotną statystycznie różnicę w zakresie braku dodatkowych świadczeń oraz zbliżone do istotności statystycznej różnice w zakresie niezadowolenia pacjentów, złej organizacji pracy i złych warunków pracy. W grupie osób pracujących w placówkach prywatnych najbardziej nasilonym czynnikiem demotywującym było niezadowolenie pacjentów, natomiast w grupie osób pracujących w placówkach publicznych najczęściej wymieniano brak dodatkowych świadczeń, złą organizację pracy, monotonię i złe warunki pracy oraz brak zaplecza socjalnego.

Otrzymane wyniki w ocenie autorów są bardzo istotne dla kadry zarządzającej, ponieważ podlegają one jej kontroli i mogą być przez nią zmodyfikowane. Wyjątek może tu stanowić pewność zatrudnienia w kontekście wpływu na ten czynnik kierownictwa niższego szczebla. Jak wykazały badania własne, dla pielęgniarek prywatnych placówek leczniczych niezadowolenie pacjentów jest czynnikiem najbardziej demotywującym w pracy. Mając na uwadze duże zaangażowanie emocjonalne pielęgniarek i alarmujące badania na temat wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej, należy dołożyć wszelkich starań, aby udzielić wsparcia pielęgniarkom w zakresie radzenia sobie ze stresem [30].

Na większość wymienionych czynników, które wpływają demotywująco na pielęgniarki, pracodawca lub przełożony ma wpływ. Zastrzec należy jednak sytuację dotyczącą ciągłości zatrudnienia, o której mowa powyżej, oraz brać pod uwagę szczebel kadry kierowniczej, który ma na ten czynnik realny wpływ, bezpośrednio odpowiada za zapewnienie odpowiednich warunków pracy i płacy. Pośrednio zaś poprzez odpowiednią politykę firmy, jak i stałą dbałość o jakość świadczonych usług oraz odpowiednio skonstruowany system motywacyjny wpływa na zadowolenie pacjentów.

Jak wykazały dalsze badania, w ocenie pracowników obu sektorów placówek leczniczych stosowany obecnie system motywacyjny wymaga zmiany. W placówkach prywatnych za zmianą opowiedziało się 68% badanych, w publicznych zaś 86%. W ocenie respondentów poza

motywowaniem finansowym płacowym, które wskazywały najczęściej obie grupy pielęgniarek (około 50%), najbardziej oczekiwaną formą motywowania jest motywowanie pozafinansowe niematerialne. Ta forma motywowania była wskazywana jako najbardziej pożądana, częściej w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych niż w grupie osób pracujących w placówkach publicznych. Do metod tej formy motywowania możemy zaliczyć: awans, pochwały, wyróżnienia, pracę w „dobrym zespole”, samorealizację, komfort i bezpieczeństwo pracy, warunki, standardy pracy itp. Ten rodzaj motywowania daje przełożonym naprawdę duży wybór narzędzi, które powinni często świadomie stosować w swojej pracy. Wyniki badań własnych dotyczące potrzeby zmian systemu motywacyjnego oraz wyboru innej formy motywowania były zgodne z opracowaniem E. Jakubek et al. [28], w którym potrzebę zmiany deklarowało 66% badanych pielęgniarek. Najczęściej zgłaszane propozycje dotyczące usprawnienia systemu motywacyjnego obejmowały: szkolenia dla wybranych pracowników finansowane przez pracodawcę, wyższą płacę, wprowadzenie systemów premiowych adekwatnych do wykonanych czynności, przeprowadzanie okresowych kontroli wyników pracy [28].

Również w badaniach własnych większość osób badanych wskazywała wysokie wynagrodzenie zasadnicze jako podstawę wynagrodzenia i nie zanotowano istotnych statystycznie zależności między przynależnością do jednej z porównywanych grup a opiniami w sprawie struktury wynagrodzenia.

W ocenie obecnego wynagrodzenia i jego wpływu na motywację do pracy zanotowano jednak istotną statystycznie zależność między rodzajem placówki a opinią w tej sprawie, $\chi^2(3) = 13,89$; $p < 0,01$. Opinie o systemie wynagradzania były korzystniejsze w grupie osób pracujących w placówkach prywatnych niż w grupie osób pracujących w placówkach publicznych.

W prezentowanych wynikach badań własnych personel pielęgniarstwa w aspekcie motywacji i satysfakcji z pracy opowiedział się na korzyść placówek prywatnych w porównaniu z publicznymi placówkami leczniczymi. Potwierdzeniem tego wniosku jest również końcowy wynik badania własnego, w którym chęć zmiany obecnego miejsca pracy deklaruje 42% pracowników publicznych placówek leczniczych, a w prywatnych chęć rezygnacji z obecnego pracodawcy wyraża jedynie 28% badanych pielęgniarek.

Autorzy uważają, że omawiana tematyka wymaga jeszcze dalszych badań na grupach reprezentatywnych oraz przeprowadzania analizy zgromadzonych danych uwzględniającej zależności od pozostałych czynników determinujących proces motywacji i satysfakcji pracowniczej, a na pewno powinna być poznana przez kadry zarządzające placówkami leczniczymi.

Interpretując wyniki i wyciągając wnioski, należy jednak brać pod uwagę różnice między badanymi grupami, takie jak wiek, płeć, charakter zakładów, w których są zatrudnieni respondenci (np. opieka ambulatoryjna, szpitale), czy też staż pracy, i te zmienne brać pod uwagę, budując konkluzje.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych analiz literatury oraz badań własnych sformułowano następujące wnioski:

1. Personel pielęgniarstwa prywatnych placówek leczniczych jest bardziej zadowolony i zmotywowany do wykonywanej pracy niż personel pielęgniarstwa publicznych placówek leczniczych.
2. Specyfika zawodu pielęgniarstwa działa jak pewnego rodzaju filtr selekcyjny, wpływający na satysfakcję z pracy – odpowiednie dopasowanie do zawodu.
3. Większość czynników determinujących satysfakcję i motywację do pracy może i powinna być modyfikowana przez pracodawcę i bezpośredniego przełożonego. Konieczna jest edukacja kadry kierowniczej w tym zakresie.
4. Poza motywowaniem finansowym najbardziej oczekiwaną formą jest motywowanie pozafinansowe niematerialne.
5. Satysfakcja z pracy wpływa na motywację do pracy i jakość świadczonych usług.

Piśmiennictwo

1. Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa. Historyczne i społeczne uwarunkowania rozwoju pielęgniarstwa*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
2. Wrońska I., Krajewska-Kułak E. (red.), *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
3. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), *Pielęgniarstwo w działaniu*, Seria EUR nr 48, Kopenhaga 2001.
4. Piątek A., *Misja, funkcje i cele podsystemu pielęgniarstwa*, w: Ksykiewicz-Dorota A. (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005: 28–33.
5. Lubrańska A., *Psychologia w pracy. Podstawowe pojęcia i zagadnienia*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
6. Andruszkiewicz A., *Typy zachowań w pracy i wpływ na zdrowie psychiczne pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010; 18(2): 91–96.
7. Bukowska-Piastczyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku do zadowolenia klientów*, Wydawca CeDeWu Sp. z o.o., Warszawa 2007: 49–72.
8. www.praca.wp.pl; data aktualizacji strony 18.04.2012; dostęp: 1.05.2013.
9. CBOS komunikat BS/10/2013.
10. Parsons S.K., Simmons W.P., Penn K., Furlough M., *Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants. The results of a statewide survey*, „J. Gerontol. Nurs.” 2003; 29(3): 51.
11. Kunecka D., *Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych*, „Probl. Hig. Epidemiol.” 2010; 91(3): 451–457.
12. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B., *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 2–3(15): 192–196.

13. Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2010; 3–4(32–33): 5–8.
14. Kaniewska E., Stawny P., *Satysfakcja zawodowa pracowników sektora ochrony zdrowia*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2012; 2(44): 81–84.
15. Andruszkiewicz A., *Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 2–3(15): 159–160.
16. Kosińska M., Pilarz Z., *Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin 2007; LX, Suppl. XVI, 236: 47–48.
17. Wiederszal-Bazyl M., *Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika?* Materiały konferencyjne „Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT”, Warszawa 2005: 5–17.
18. Kęcka K., Jasińska M., Brzeźniak H., *Tożsamość zawodowa pielęgniarek i położnych*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2011; 13, 4: 719–723.
19. Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A., *Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Psychologiczne uwarunkowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp. z o.o., Gdańsk 2011: 13–36.
20. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L., Sienkiewicz Z., *Satysfakcja z pracy polskich pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009; 17, 3: 167–173.
21. Lipińska-Grobelny A., Głowacka K., *Zadowolenie z pracy a stopień dopasowania do zawodu*, „Przegląd Psychologiczny” 2009; 52(2): 181–194.
22. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wyd. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2007.
23. Argyle M., *Psychologia szczęścia*, przekł. N. Oparska, Astrum, Wrocław 2004.
24. Jachnis A., *Psychologia organizacji: kluczowe zagadnienia*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
25. Beczkiewicz G., Pagórski P., *Motywowanie pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2008; 3(29): 207–211.
26. Sidor-Rządkowska M., *Kompetencje – pożyteczna moda, Personel i zarządzanie*, PWN, Warszawa 2006: 25.
27. Berny J., Leśniewski M., Górski P., *Motywacja w systemie zarządzania zasobami ludzkimi. Analiza teoretyczna problemu*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, seria Administracja i Zarządzanie 2012; 92(19): 77–89.
28. Jakubek E., Koligat D., Michalczyk J., *Wpływ motywatorów placowych oraz pozapłacowych na proces motywacji pracowników jednego z wielkopolskich ZOZ*, „Pielęg. Pol.” 2008; 3: 180–183.
29. Niemczyk A., Niemczyk A., Mądry J., *Motywacja pod lupą*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2009: 19–20, 250–266.
30. Dłużewska M., *Eksploracja uwarunkowań w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2012; 2(44): 63–72.

Obciążenie pracą podczas ostatniego dyżuru w opiniach pielęgniarek pracujących w szpitalach objętych projektem RN4CAST

Maria Cisek¹, Lucyna Przewoźniak³, Maria Kózka¹,
Tomasz Brzostek¹, Piotr Brzyski², Maria Ogarek¹,
Teresa Gabryś¹, Krzysztof Gajda³, Anna Ksykiewicz-Dorota⁴

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

³ Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

⁴ Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji: Lucyna Przewoźniak, 31-419 Kraków, ul. Rozrywka 24/41, lucyp1951@tlen.pl

RN4CAST

HEALTH-2007-3.2-4: Health care human resource planning in nursing
Grant agreement no.: 223468



Acknowledgement

The Authors would like to thank the Coordinators: Prof. Linda H. Aiken and Prof. Walter Sermeus for their invaluable contribution to the overall design and implantation of the RN4CAST project. This study was funded under the Seventh Framework Program of the European Union.

Abstract

Workload during the last shift in the opinion of hospital nurses involved in RN4CAST project

Background

The issue of workload is one of the most important ones as far as the nurses' profession is concerned.

Numerous analyses prove the relationship between excessive workload and job dissatisfaction, which may lead to low morale, absenteeism, high rotation and low work efficiency and, consequently, result in deterioration of the care provided to the patient and even put the patient's safety at risk.

RN4CAST project is aimed at the evaluation of the workload which the nurses are exposed to during their shifts. Such a survey focuses on all structural determinants of hospital workload depending on: type of the ward, professional role, number of patients and their health condition as well as work conditions and organization: the number of working hours and shift staffing.

Aim of the survey

The survey is aimed at determining the factors responsible for the workload which the nurses are exposed to during their shifts in hospitals involved in RN4CAST project.

Material and Methods

The study included 2605 nurses working in 30 acute hospitals in Poland. The respondents were mainly women. Men made up only 0.4% of the population examined. The average age was 40.3 (SD = 7.8 years old). 23.5% of the respondents had the Bachelor's degree in nursing. The average seniority was 18.6 years (SD = 8.6), and the seniority in the hospital involved in the survey – 15.6 years (SD = 9.2).

The material was collected by means of a survey and a structured questionnaire completed by the nurses on their own. A correlational model was used to evaluate the workload determinants.

Results

During their last shift 84% of the nurses worked, on average, 11.3 hours (SD = 2.4). The number of patients on the ward was 31.1, on average (SD = 12.6) it varied significantly ($p = 0.000$) depending on the ward type. The nursing care was provided by 3.4 qualified nurses on average (SD = 2.2). One nurse was responsible for 20.4 patients on average (SD = 11.1), [median = 18, first quartile (Q1) = 12, third quartile (Q3) = 29].

It was proved that the increase in the total number of the patients on the ward was accompanied by the increase in the number of patients *who required assistance with everyday routines* ($\tau\text{-}b = 0.17$; $p = 0.000$) and in the number of patients *who required monitoring or hourly (or even more frequent) treatment* ($\tau\text{-}b = 0.37$; $p = 0.000$).

Close examination of the variables responsible for individual workload showed that there is a little but noticeable correlation between the increase of the total number of patients on the ward ($\tau\text{-}b = 0.28$; $p = 0.000$) and the increase in the number of patients each nurse was directly responsible for on her shift.

There was a positive correlation ($\tau\text{-}b = 0.40$; $p = 0.000$) between the total number of patients and the total number of qualified nurses providing direct care to these patients during their shifts.

Also a slight negative correlation was observed ($\tau\text{-}b = -0.061$; $p = 0.000$) between the total number of nurses and the number of patients each nurse was directly responsible for.

There was also a slight positive correlation ($\tau\text{-}b = 0.18$; $p = 0.000$) between *the number of nurses* and the number of *helping staff* who provided direct care to the patients during their shifts. And also a slight correlation was observed ($\tau\text{-}b = 0.061$; $p = 0.000$) between the number of patients and the number of helping staff during the shifts.

The analysis of the findings from both wards leads to the conclusion that the seven most frequent and common routines, which did not require nursing qualifications constituted a significant workload for nurses on **all shifts** ($p = 0.000$) and that the nurses who solely provided care to the patients were significantly more often responsible for routines which did not require any professional skills.

The nurses examined, evaluated their hospital working conditions as *poor* – 28.9%; *satisfactory* – 46.8%; *good* – 23.2%; *excellent* – 1.1%.

Majority of nurses (59.3%) claim that the number of hospital staff is **definitely** too low to work efficiently; 64.5% pointed out the lack of qualified nurses and 31.7% the lack of technical and helping staff. Vast majority of nurses (64%) claim that they can rely on the hospital management support only in some situations. Most nurses (77%) complained that their relations with the doctors were not always good, whereas 13.6% complained about lack of good professional relations between nurses and doctors.

Conclusions

1. The analysis of the findings shows that structural factors (such as type of the ward, professional role, **number and condition of patients**) as well as organisational factors (such as number of shift hours, shift staffing and work environment) determined the nurses' workload.
2. The shift survey as a device for evaluating nurses' workload should be recommended to ward nurses and hospital management because of the simplicity with which particular elements can be observed. The observation can be carried out during a relatively short period of time (8–12-hour shift), which allows for a better and faster explanation of the reasons of excessive workload and consequently may lead to implementing solutions, which would eliminate this negative phenomenon.

Key words: hospital, nursing, Registered Nurse Forecasting, shiftwork, work condition, workload

Słowa kluczowe: obciążenie pracą, pielęgniarki, szpital, praca zmianowa

Wprowadzenie

Prezentowane wyniki charakteryzujące *obciążenie pracą* pielęgniarki podczas dyżuru są rezultatem sondażu ankietowego zrealizowanego w populacji 2605 pielęgniarek pracujących w 30 szpitalach w Polsce. Badanie o charakterze przekrojowym wykonano w roku 2009 przez Zespół Badaczy z Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w ramach międzynarodowego Projektu **RN4CAST** (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing)¹. W projekcie uczestniczyło jedenaście zespołów z obszaru Unii Europejskiej, dwa zespoły z Afryki i po jednym z Azji i Ameryki Północnej².

Zamierzeniem projektu RN4CAST było wykazanie uniwersalnych konsekwencji niedoborów kadrowych i tradycyjnego zarządzania kadrą pielęgniarską w szpitalu dla zdrowia pielęgniarek i pacjentów. Założono, że uzyskane wyniki będą płaszczyzną dyskusji między wszystkimi interesariuszami zdrowia publicznego na temat strategii kształcenia, zatrudniania i rozmieszczenia geograficznego kadry pielęgniarskiej w poszczególnych krajach uczestniczących w projekcie oraz w Unii Europejskiej.

Założono również, że międzykulturowe wyniki projektu umożliwią opracowanie zunifikowanej strategii planowania kadry pielęgniarskiej w perspektywie średnio- i długookresowej [1–3].

Wstęp

Praca pielęgniarki należy do najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych, ponieważ jest związana z ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego. Ponadto wymaga od pielęgniarki: odpowiedzialności za osoby powierzone jej opiece, wykonywania czynności w systemie ciągłym i zmianowym, który destrukcyjnie oddziałuje na zdrowie fizyczne i psychiczne, towarzyszenia ciężko chorym i umierającym, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych wynikających z interakcji ze współpracownikami, pacjentami oraz ich rodzinami [4–6]. Dlatego obciążenie pracą należy do istotnych zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. W problematyce tej skupiają się z jednej strony oczekiwania i wymagania społeczne ujęte w system formalnych norm, a z drugiej – indywidualne aspiracje pielęgniarek i osobowościowe koncepcje roli zawodowej [7–9].

Określenie nakładu pracy pielęgniarek jest wyzwaniem zarówno dla pielęgniarek, jak i dla zarządzających systemem opieki zdrowotnej, działających na różnych poziomach struktur społecznych. W Polsce minister zdrowia określa sposób zabezpieczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu, a kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do ich wdrożenia [10–12].

Według Ch. Wiskow niechęć zarządzających opieką zdrowotną do rozwijania usług pielęgniarstwa opartych

na pomiarze ilości pracy tkwi w paradoksie polegającym na tym, że z jednej strony taki pomiar pomaga pracodawcom kontrolować koszty i poprawiać wyniki organizacji, a z drugiej – pielęgniarstwo generuje największe koszty w bezpośredniej opiece nad pacjentem [3,11–14].

Przeprowadzony w roku 1998/1999 sondaż wśród ponad 43 000 pielęgniarek w pięciu krajach wykazał, że od 17 do 39 % respondentów planuje odejść z pracy w ciągu roku z powodu przeciążenia pracą [15].

W innych badaniach przeprowadzonych pod koniec lat 90. wykazano nowe zdrowotne i organizacyjne konsekwencje niskiej obsady kadrowej, takie jak: wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek, obniżenie jakości opieki (wzrost liczby powikłań u pacjentów, np. infekcji układu moczowego, zapalenia płuc) i zwiększenie śmiertelności pacjentów (np. większej liczby resuscytacji zakończonych niepowodzeniem) [3, 16, 17]. Wykazano również, że przeciążenie pielęgniarek pracą szczególnie na oddziałach intensywnej opieki medycznej jest głównym czynnikiem wywołującym u nich stres [18, 19]. Przeciążenie pracą może wywołać dystres przejawiający się np. cynizmem, gniewem czy brakiem współczucia. Pielęgniarki, które doświadczają dystresu i wypalenia zawodowego, nie są w stanie sprawnie funkcjonować, ponieważ ich zasoby fizyczne i poznawcze zmniejszają się, co może w istotny sposób wpływać na opiekę nad pacjentem i jego bezpieczeństwo [20]. W analizach nad stosowaniem procedur na oddziale intensywnej terapii noworodków udowodniono, że przeciążenie liczbą czynności może uniemożliwić pielęgniarkom wykonanie różnych zadań podczas dyżuru. Pielęgniarka może nie mieć wystarczająco dużo czasu na wykonywanie zadań, które mogą bezpośrednio wpływać na bezpieczeństwo pacjenta. W tych samych badaniach wykazano również, że przeciążenie ilością pracy pielęgniarek może także wpływać na decyzję świadczeniodawcy o niewykonywaniu różnych procedur [21].

W przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie analizach 30-dniowej śmiertelności pacjentów, wypisanych po leczeniu w szpitalach udzielających pomocy w stanach zagrożenia zdrowia, stwierdzono niższą śmiertelność wśród pacjentów wypisanych ze szpitali, które zatrudniały wyższy odsetek pielęgniarek posiadających wykształcenie na poziomie licencjata, miały wyższy wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na dyżurach, a także więcej pielęgniarek stosowało „mapy opieki” albo protokoły pielęgnacji oraz w lepszy sposób była tam dokumentowana opieka [22].

W licznych badaniach wykazano związek między warunkami pracy pielęgniarek, przeciążeniem pracą i brakiem satysfakcji z pracy [15, 23]. Wskazano również związek między zadowoleniem z pracy i wydajnością pracy a satysfakcją pacjentów i jakością opieki [3]. Niezadowolenie z pracy pielęgniarek może być czynnikiem niskiego morale, absencji, rotacji i niskiej wydajności pracy, co potencjalnie może wpływać na poziom jakości opieki [24].

Zwrócono także uwagę na fakt, że w szpitalach prowadzących działalność ratunkową oprócz większej liczby pacjentów w stanach zagrożenia zdrowia działają czynniki systemowe i oczekiwania, które przyczyniają się do obciążenia pielęgniarek dodatkowymi i niewymagający-

mi kwalifikacji czynnościami, takimi jak: dostarczanie i odbieranie tac z jedzeniem, sprzątanie, porządkowanie rzeczy pacjentów, transport, zamawianie sprzętu oraz wykonywanie czynności pomocniczych [25].

Coraz więcej krajów mających różne systemy opieki zdrowotnej wykazuje w swoich analizach, że struktura zespołu wspólnie wykonującego zadania, dobrze zorganizowany tryb pracy zespołu, rodzaj relacji w zespole i poza nim, posiadane zasoby oraz czas umożliwiający członkom zespołu planowanie i dostarczanie opieki determinują wyniki leczenia pacjentów w szpitalu [26–28].

W celach poznawczych oraz praktycznych opracowano wiele koncepcji i złożonych systemów pomiaru nakładu pracy pielęgniarki [12, 29]. Koncepcje miar obciążenia pracą można ująć w cztery kategorie: (1) szacujące nakład pracy pielęgniarek w zależności od typu oddziału szpitala; (2) szacujące nakład pracy pielęgniarek w zależności od roli zawodowej; (3) szacujące nakład pracy pielęgniarek w zależności od liczby i stanu zdrowia pacjentów; (4) szacujące nakład pracy pielęgniarek w określonej sytuacji.

Pomiar obciążenia pracą na **poziomie oddziału** jest stosowany powszechnie. Najczęściej polega na porównaniu proporcji pacjentów i pielęgniarek. Ten rodzaj analizy może być wykorzystany do porównania obciążenia pracą między oddziałami oraz do porównania uzyskiwanych wyników leczenia pacjentów na podobnych oddziałach w zależności od liczebności personelu pielęgniarstwa sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentami [25]. Badania te wykazują, że wysokie obciążenie pielęgniarek pracą na oddziale ma negatywny wpływ na wyniki leczenia pacjentów. Na podstawie tych wyników najczęściej postuluje się zwiększenie obsady pielęgniarstwa albo zmniejszenie liczby pacjentów wyznaczonych do opieki dla jednej pielęgniarki. Słabością tego typu badań jest pomijanie wpływu na pracę pielęgniarek mikrosystemu, w którym mogą się znajdować czynniki kontekstualne zwiększające obciążenie lub, odwrotnie, ułatwiające pracę.

Miary obciążenia pracą oparte na **charakterystyce zawodu** umożliwiają porównanie konsekwencji obciążenia w zależności od zakresu wykonywanej roli zawodowej lub specjalizacji, np. dla pielęgniarki pracującej na oddziale intensywnej terapii *versus* pielęgniarki odcinkowej. Ten rodzaj pomiaru umożliwił określenie wpływu obciążenia pracą na wypalenie zawodowe i funkcjonowanie pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii. Miary obciążenia nawiązujące do charakterystyki zawodu łączą konsekwencje wykonywania różnych ról pielęgniarstwa, takich jak stres i niezadowolenie z pracy. Miary obciążenia zawodowego również pomijają czynniki kontekstualne. Natomiast miary te mogą być szczególnie przydatne w planowaniu zasobów kadrowych na różnych poziomach struktur społecznych, rekrutacji do zawodu, zapobieganiu rotacji kadry, rezygnacji z zawodu i niedoborów kadrowych.

W trzeciej kategorii koncepcji miar zakłada się, że głównym wyznacznikiem obciążenia pielęgniarki pracą jest kliniczny **stan zdrowia pacjenta**. Rozwinięto nawet kilka odpowiednich miar obciążenia, np. Therapeutic Intervention Scoring System. Jednakże dalsze obserwacje wykazały, że czynniki kontekstualne, takie jak nie-

efektywna komunikacja lub niewłaściwe wyposażenie oddziału, mogą znacząco zwiększyć nakład pracy pielęgniarki. Stan zdrowia pacjenta jako miara obciążenia została zaprojektowana, aby zmierzyć wpływ kontekstualnych czynników na obciążenie pracą pielęgniarek.

Aby uzupełnić ograniczenia wymienionych trzech kategorii miar, zaproponowano **sytuacyjną koncepcję pomiaru** obciążenia pracy pielęgniarki. Geneza tej koncepcji jest związana z inżynierią zasobów ludzkich. Obejmuje ona: dyżur (pora, liczba godzin), liczbę pacjentów przydzielonych do opieki pielęgniarskiej oraz klinicznie oceniony stan zdrowia pacjentów, a także szeroko rozumiane środowisko pracy. Ujęcie to może wyjaśnić różnice w ocenach obciążenia pielęgniarek pracą na tym samym oddziale. Koncepcja ta opiera się na subiektywnej ocenie doświadczanego przez pielęgniarkę obciążenia i jej indywidualnej projekcji mikrosystemu pracy. Koncepcja koncentruje się na analizie wpływu czynników kontekstualnych zwiększających obciążenie *versus* ułatwiających pracę pielęgniarskiej, stąd stosunkowa prostota i aplikacyjność takiego pomiaru w organizacji [25, 30].

W projekcie RN4CAST wykorzystano idee omówionych czterech rodzajów koncepcji pomiaru obciążenia. Praca pielęgniarki wykonywana podczas dyżuru (*sytuacja*) ogniskuje wszystkie strukturalne determinanty obciążenia pracą w szpitalu, w zależności od: typu oddziału, roli zawodowej, liczby i stanu zdrowia pacjentów. Rodzaj i nakłady pracy pielęgniarek częściowo uniwersalnie określa typ oddziału oraz wymagane na nim kwalifikacje. Natomiast warunki pracy/środowisko pracy, liczba godzin dyżuru i obsada dyżurów są kwestiami regulowanymi w ramach organizacji.

Opierając się na przyjętym w badaniu modelu teoretycznym, można wyjaśnić przyczyny przeciążenia pracą pielęgniarek podczas dyżuru na określonym oddziale szpitala [25, 30].

■ Cel badania

Określenie czynników kształtujących obciążenie pracą pielęgniarek w czasie dyżuru w szpitalach objętych projektem RN4CAST jest celem prezentowanego badania.

■ Metody

Dobór próby

Badanie o charakterze przekrojowym przeprowadzono w 30 szpitalach rozmieszczonych na terenie całego kraju. Przy ich wyborze zastosowano *wielostopniowy grupowy* schemat doboru próby, na podstawie kryteriów administracyjnego podziału kraju na *województwa* i *gęstość zaludnienia* oraz kryteriów charakteryzujących szpital, takich jak: Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) w strukturze szpitala, poziom referencyjności, typ oddziału (internistyczne i chirurgiczne), liczba łóżek i liczba pielęgniarek zatrudnionych na wybranych oddziałach.

Wybrano 16 szpitali wojewódzkich, 8 specjalistycznych i 6 uniwersyteckich. W strukturze każdego z nich

funkcjonował SOR albo szpital pełnił stały 24-godzinny dyżur. Wszystkie szpitale były dużymi organizacjami, posiadającymi ponad 200 łóżek i zatrudniającymi dużą liczbę pielęgniarek [31].

Materiał

W sondażu ankietowym uczestniczyło 2605 pielęgniarek z 30 szpitali w Polsce; 1313 pielęgniarek (50,4%) pracowało na 57 oddziałach chirurgicznych i 1292 pielęgniarki (49,6%) pracowały na 62 oddziałach chorób wewnętrznych.

Materiał zebrano na podstawie ustrukturyzowanego kwestionariusza ankiety, który badani wypełniali samodzielnie. Respondenci byli indywidualnie informowani przez koordynatora badań w szpitalu o celu badania, zasadach wypełniania kwestionariusza, znaczeniu każdej odpowiedzi, terminie zwrotu, a także o zasadach anonimowości i ochrony danych w ankiecie [32]. Respondentami były głównie kobiety. Mężczyźni stanowili 0,4% badanej populacji.

Średnia wieku ankietowanych wynosiła 40,3 lat (SD = 7,8 lat). Tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa posiadało 23,5% respondentów. Zdecydowana większość badanych (98%) była zatrudniona na pełnym etacie. Średnia stażu zawodowego wynosiła 18,6 lat (SD = 8,6). Natomiast średnia liczba lat przepracowanych w jednym szpitalu wynosiła 15,6 lat (SD = 9,2).

Zebrany materiał został zakodowany i zapisany w arkuszu kalkulacyjnym programu Excel i poddany weryfikacji. W analizie statystycznej uwzględniono tylko kompletnie wypełnione kwestionariusze.

■ Analiza statystyczna

Zmienną zależną było obciążenie pielęgniarek pracą na ostatnim dyżurze. **Zmiennymi niezależnymi** były: pora dyżuru, liczba godzin przepracowanych podczas dyżuru, liczba i stan zdrowia pacjentów, za których pielęgniarka była odpowiedzialna bezpośrednio, rola pielęgniarki w opiece nad większością pacjentów, czynności nieprofesjonalne wykonane podczas dyżuru i czynności profesjonalne niewykonane podczas dyżuru. W analizie uwzględniono również ogólną ocenę warunków pracy i ocenę mikrosystemu społecznego szpitala na podstawie wybranych elementów Skali Środowiska Pracy (PES-NWI) dotyczących: *adekwatności zasobów ludzkich* (pielęgniarek, obsługi technicznej i personelu pomocniczego); *współpracy pielęgniarek z lekarzami* (wzajemnych relacji i wspólnie wykonywanej pracy zespołowej) oraz *wsparcia pielęgniarek przez zarządzających*³.

Dane jakościowe opisano za pomocą liczebności bezwzględnej (n) oraz względnej (%) poszczególnych kategorii, natomiast rozkłady zmiennych ilościowych za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, jeśli były normalne, oraz za pomocą mediany i kwartyli w przypadku skośnego rozkładu danych.

Zależności między zmiennymi oszacowano za pomocą testu χ^2 , testu t-Studenta, Anova, testu Kołmogorowa-Smirnowa, Kruskala-Wallisa i współczynnika korelacji tau-b Kendalla.

Wyniki

1. Ogólna charakterystyka dyżuru

W populacji badanych pielęgniarek 58% odbyło swój ostatni dyżur *w dzień*, 36,9% *w nocy* i 5,1% *po południu/wieczorem*. Większość ankietowanych (88,3%) odbyła swój ostatni dyżur w ramach zakontraktowanych godzin. Ponad zakontraktowane godziny pracowało 11,7% badanych pielęgniarek (Tabela I).

Podczas dyżuru większość pielęgniarek (84,3%) przepracowała średnio 11,3 godziny (SD = 2,4). Liczba pacjentów na oddziałach wynosiła średnio 31,1 osób (SD = 12,6) i była istotnie różna w zależności od typu oddziału ($p = 0,000$). Na oddziałach chirurgicznych było średnio 29,6 pacjentów (SD = 12,1), a na oddziałach chorób wewnętrznych średnio 32,7 pacjentów (SD = 12,9).

Opiekę pacjentom zapewniało średnio 3,4 wykwalifikowanych pielęgniarek (SD = 2,2). Jedna pielęgniarka była odpowiedzialna średnio za 20,4 pacjentów (SD = 11,1), w tym zakresie zaobserwowano istotne różnice między oddziałami ($p = 0,001$). Na oddziałach chirurgicznych pielęgniarka opiekowała się średnio 19,7 pacjentami (SD = 10,4), a na oddziałach chorób wewnętrznych średnio 21,2 pacjentami (SD = 11,7). Dla 50% pielęgniarek podana liczba pacjentów była *normalnym obciążeniem* na dyżurze, dla 15,2% *mniej*, a dla 34,8% *większym niż normalne* (Tabela I).

W kwestionariuszu ankiety określono trzy role pielęgniarki w opiece nad pacjentami podczas dyżuru. W omawianych badaniach *samodzielnie opiekowało się* pacjentami 75,9% pielęgniarek, *nadzorowała opiekę wykonywaną przez innych* 14% pielęgniarek, a *opiekę w ograniczonym zakresie* wykonywała 10,1% pielęgniarek (Tabela I).

Wszystkie ankietowane pielęgniarki opiekowały się na dyżurze *pacjentami wymagającymi pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach dnia codziennego*. Mediana liczby tych pacjentów w czasie dyżuru *dziennego* i *popołudniowego/wieczornego* wynosiła siedem (kwartył pierwszy (Q1) = 4; kwartył trzeci (Q3) = 2), a na dyżurze *nocnym* osiem (kwartył pierwszy (Q1) = 5; kwartył trzeci (Q3) = 12). Na oddziałach chirurgicznych pacjentów tych było istotnie więcej niż na oddziałach chorób wewnętrznych (0,000) (Tabela II).

Podczas dyżurów pielęgniarki opiekowały się również *pacjentami wymagającymi monitorowania albo zabiegów co godzinę lub częściej*. Mediana liczby tych pacjentów wynosiła cztery na wszystkich dyżurach (kwartył pierwszy (Q1) = 2; kwartył trzeci (Q3) = 6) (Tabela II).

Mediana całkowitej liczby pielęgniarek zapewniających bezpośrednią opiekę pacjentom na wszystkich dyżurach wynosiła trzy. Na dyżurze *w dzień* i na dyżurze *popołudniowym/wieczornym* (kwartył pierwszy (Q1) = 2; kwartył trzeci (Q3) = 4), w *nocy* (kwartył pierwszy (Q1) = 2; kwartył trzeci (Q3) = 3) (Tabela II).

W opiece nad pacjentami pielęgniarki były wspierane przez nieliczny personel pomocniczy: podczas *dyżuru dziennego* średnio przez dwie sanitariuszki (kwartył pierwszy (Q1) = 1, kwartył trzeci (Q3) = 4); podczas *dyżuru popołudniowego/wieczornego* również średnio przez dwie sanitariuszki (kwartył pierwszy (Q1) = 1, kwartył trzeci (Q3) = 3). Najniższa była obsada na dyżurze *w nocy* – średnio jedna osoba (kwartył pierwszy (Q1) = 0, kwartył trzeci (Q3) = 1). Poziom obsady pielęgniarstwa i personelu pomocniczego na dyżurach o różnych porach był istotny statystycznie ($p = 0,000$) (Tabela II).

| Ogólna charakterystyka dyżuru | | Odpowiedzi | |
|--|---|------------|------|
| | | n | % |
| Pora zmiany | dzień | 1445 | 58,0 |
| | popołudnie/wieczór | 126 | 5,1 |
| | noc | 919 | 36,9 |
| Pracował/a ponad swoje zakontraktowane godziny podczas ostatniego dyżuru | nie | 2260 | 88,3 |
| | tak | 299 | 11,7 |
| Dyżur krótszy niż 12 godzin | nie | 2195 | 84,3 |
| | tak | 410 | 15,7 |
| Liczba pacjentów, za których pielęgniarka była bezpośrednio odpowiedzialna na ostatnim dyżurze | nie, jest mniejsza | 381 | 15,2 |
| | tak | 1254 | 50 |
| | nie, jest większa | 872 | 34,8 |
| Rola pielęgniarki w opiece nad większością pacjentów podczas ostatniego dyżuru | większość opieki wykonywałam sama | 1862 | 75,9 |
| | nadzorowałam opiekę wykonywaną przez innych | 343 | 14 |
| | wykonywałam tylko ograniczoną opiekę | 249 | 10,1 |

Tabela I. Dane ogólne o ostatnim dyżurze.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych zebranych w badaniu RN4CAST.

| Liczba i stan zdrowia pacjentów oraz obsada zapewniająca opiekę podczas dyżuru, pielęgniarki i personel pomocniczy | PORA DYŻURU | | | | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|---------|--------------|--------------|
| | Dzień | | | Popołudnie/wieczór | | | Noc | | |
| | Mediana | Percentyl 25 | Percentyl 75 | Mediana | Percentyl 25 | Percentyl 75 | Mediana | Percentyl 25 | Percentyl 75 |
| Liczba pacjentów, która wymagała pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego | 7 | 4 | 12 | 7 | 5 | 12 | 8 | 5 | 12 |
| Liczba pacjentów, która wymagała monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej | 4 | 2 | 6 | 4 | 2 | 6 | 4 | 2 | 6 |
| Całkowita liczba pielęgniarek wykwalifikowanych, zapewniających bezpośrednią opiekę pacjentom na oddziale podczas ostatniego dyżuru* | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| Całkowita liczba innego personelu zapewniającego bezpośrednią opiekę pacjentom podczas ostatniego dyżuru* | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 |

* $p = 0,000$

Tabela II. Liczba pacjentów wymagających pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach dnia codziennego i monitorowania a liczba personelu zapewniającego opiekę na dyżurze.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych zebranych w badaniu RN4CAST.

2. Liczba i stan zdrowia pacjentów a obsada pielęgniarska na dyżurze

Wykazano zależność między liczbą pacjentów a ich stanem zdrowia. Równocześnie ze zwiększaniem się całkowitej liczby pacjentów na oddziale zwiększała się liczba pacjentów niesamodzielnych wymagających pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego ($\tau\text{-}b = 0,17$; $p = 0,000$) i pacjentów wymagających monitorowania albo wykonywania zabiegów co godzinę lub częściej ($\tau\text{-}b = 0,89$; $p = 0,000$). Należy dodać, że wśród pacjentów wymagających pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego znamiennej liczbę stanowili pacjenci, którzy wymagali również monitorowania albo wykonywania zabiegów co godzinę lub częściej ($\tau\text{-}b = 0,37$; $p = 0,000$) (Tabela III).

Spośród zmiennych wyjaśniających indywidualne obciążenie pielęgniarki pracą zaobserwowano słabą, ale wyraźną zależność między zwiększaniem się na oddziale całkowitej liczby pacjentów i zwiększaniem się liczby pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała na dyżurze ($\tau\text{-}b = 0,28$; $p = 0,000$). Wykazano również dodatnią korelację między liczbą pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała, a liczbą pacjentów wymagających pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego ($\tau\text{-}b = 0,39$; $p = 0,000$).

Stwierdzono też dodatnią współzależność między liczbą pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała na dyżurze, a liczbą pacjentów wymagających monitorowania albo wykonywania zabiegów co godzinę lub częściej ($\tau\text{-}b = 0,15$; $p = 0,000$) (Tabela III).

Czy zatem w badanych szpitalach zwiększono obsadę dyżurów stosownie do liczby i kategorii zdro-

wia pacjentów? Analiza statystyczna danych wykazała dodatnią zależność między całkowitą liczbą pacjentów a całkowitą liczbą wykwalifikowanych pielęgniarek zapewniających bezpośrednią opiekę podczas dyżuru ($\tau\text{-}b = 0,40$; $p = 0,000$). Stwierdzono również nikłą ujemną korelację między całkowitą liczbą pielęgniarek a liczbą pacjentów, za których pielęgniarka była bezpośrednio odpowiedzialna ($\tau\text{-}b = -0,061$; $p = 0,000$).

Obsada wykwalifikowanych pielęgniarek uzyskiwała niewielkie wsparcie ze strony personelu pomocniczego. Wykazano bowiem nikłą dodatnią zależność między liczbą pielęgniarek a liczbą personelu pomocniczego zapewniających bezpośrednią opiekę pacjentom na dyżurach ($\tau\text{-}b = 0,18$; $p = 0,000$). Zaobserwowano również nikłą zależność między liczbą pacjentów a liczbą personelu pomocniczego na dyżurach ($\tau\text{-}b = 0,061$; $p = 0,000$) (Tabela III).

3. Czynności wykonane przez pielęgniarki na dyżurach niewymagające kwalifikacji zawodowych

Badane pielęgniarki poproszono o zaznaczenie na 3-punktowej skali (1 – nigdy; 2 – czasami; 3 – często) odpowiedzi na pytanie, czy wykonywały, a jeśli tak, to jak często, osiem czynności nieprofesjonalnych. Szczegółowy rozkład odpowiedzi ze wskazaniem częstości wykonywania każdej z ośmiu czynności oraz ich korelaty zamieszczono w Tabeli IV.

Na obu typach oddziałów pielęgniarki powszechnie i często wykonywały siedem czynności niewymagających kwalifikacji zawodowych. W konsekwencji znamienne obciążały one pielęgniarki we wszystkich badanych szpitalach na wszystkich dyżurach ($p = 0,000$).

| Predyktory obciążenia pracą | | Liczba pacjentów, za których bezpośrednio odpowiadała na swoim ostatnim dyżurze | Liczba pacjentów, która wymagała pomocy przy wszystkich czynnościach życia codziennego | Liczba pacjentów, która wymagała monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej | Całkowita liczba pacjentów na oddziale na ostatnim dyżurze | Całkowita liczba pacjentów zapewnających opiekę pacjentom na oddziale podczas ostatniego dyżuru |
|--|------------------------|---|--|---|--|---|
| Liczba pacjentów, za których bezpośrednio odpowiadała na swoim ostatnim dyżurze | Współczynnik korelacji | 1,000 | | | | |
| | Istotność 2-śladowa | | | | | |
| Liczba pacjentów, która wymagała pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego | Współczynnik korelacji | 0,395** | 1,000 | | | |
| | Istotność 2-śladowa | 0,000 | | | | |
| Liczba pacjentów, która wymagała monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej | Współczynnik korelacji | 0,152** | 0,368** | 1,000 | | |
| | Istotność 2-śladowa | 0,000 | | | | |
| Całkowita liczba pacjentów na oddziale na ostatnim dyżurze | Współczynnik korelacji | 0,283** | 0,174** | 0,089** | 1,000 | |
| | Istotność 2-śladowa | 0,000 | | | | |
| Całkowita liczba pielęgniarzek wykwalifikowanych zapewnających bezpośrednią opiekę pacjentom na oddziale podczas ostatniego dyżuru | Współczynnik korelacji | -0,060** | -0,010 | 0,024 | 0,404** | 1,000 |
| | Istotność 2-śladowa | 0,000 | 0,527 | 0,128 | 0,000 | |
| Całkowita liczba innego personelu zapewnającego bezpośrednią opiekę pacjentom podczas ostatniego dyżuru | Współczynnik korelacji | 0,013 | -0,004 | -0,001 | 0,061** | 0,181** |
| | Istotność 2-śladowa | 0,382 | 0,787 | 0,968 | 0,000 | 0,000 |

* $p = 0,003$, ** $p = 0,027$, *** $p = 0,019$

Tabela III. Korelacje własne całkowitą liczbą pacjentów, stanem zdrowia pacjentów a liczbą personelu realizującego opiekę podczas dyżuru.
Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych zebranych w badaniu RN4CAST.

Na dyżurze w *dzień* największa liczba pielęgniarek wykonywała **często** następujące czynności nieprofesjonalne:

- **odbieranie telefonów i obowiązki administracyjne** – 78,1%. Zadań tych nie wykonywało tylko 2,1% ankietowanych;
- **transportowanie pacjenta w obrębie szpitala** – 61,2%. Zadania tego nie wykonywało 9,6% badanych;
- **podawanie i wynoszenie tac na jedzenie** – 29,8%. Czynności tych nie wykonywało 25% ankietowanych;
- **odebranie dostawy lub sprzętu** – 22,1%. Nie wykonywało tych czynności 30% ankietowanych.

Na dyżurze *popołudniowym/wieczornym* pielęgniarki najczęściej:

- **pobierały krew do badania** – 84,2%. Tylko 2,3% pielęgniarek nie wykonywało tej czynności;
- zajmowały się **przygotowaniem wypisu i transportu** – 24,6%. Czynności tych nie wykonywało 41,0% ankietowanych.

Na dyżurze w *nocy* najczęściej wykonywaną czynnością nieprofesjonalną przez pielęgniarki było **sprzątnięcie pokoju pacjenta i sprzętu** – 35,2%. Tylko 14,3% badanych nie wykonywało tych czynności (Tabela IVA).

Zaobserwowano, że wraz ze wzrastającą liczbą pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała, istotnie zwiększało się obciążenie pięcioma nieprofesjonalnymi czynnościami ($p = 0,000$). Wśród pielęgniarek, które ostatni dyżur oceniły jako *obciążony liczbą pacjentów bardziej niż normalnie*, 82,4% częściej pobierało **krew do badań**; 58,9% częściej **transportowało pacjentów** w obrębie szpitala; 37,7% częściej **sprzątało pokój pacjenta i sprzęt**; 28,0% częściej **podawało i wynosiło tace na jedzenie**; 18,6% częściej **odbierało dostawy lub sprzęt** (Tabela IVB).

Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała również, że pielęgniarki, które *samodzielnie opiekowały się pacjentami*, częściej wykonywały nieprofesjonalne czynności niż pielęgniarki, które na dyżurze wykonywały czynności zawodowe w *ograniczonym zakresie* lub *nadzorowały opiekę*. Wśród badanych pielęgniarek stanowiły one najliczniejszą grupę – 75,9%. Istotnie częściej

wykonywały one siedem nieprofesjonalnych czynności ($p = 0,000$): 82,4% **pobierało krew do badań**; 56,8% **transportowało pacjentów** w obrębie szpitala; 46,1% **wykonywało opiekę niepielęgniarską**; 35,2% **sprzątało pokój pacjenta i sprzęt**; 19,1% przygotowało **wypis i transport**; 27,3% **podawało i wynosiło tace na jedzenie**; 28,3% **odbierało dostawy lub sprzęt** (Tabela IVC).

4. Czynności pielęgnacyjne niewykonane przez pielęgniarki podczas dyżurów z braku czasu

Większość pielęgniarek uczestniczących w badaniu zgłosiła, że z braku czasu na dyżurach pominęła wykonanie *koniecznych czynności pielęgnacyjnych*. Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała korelację między liczbą pacjentów, za których odpowiadała każda pielęgniarka, rolą zawodową pełnioną na dyżurze oraz porą dyżuru a *niewykonaniem koniecznych czynności pielęgnacyjnych*.

Wykazano, że pielęgniarki wykonujące *opiekę w ograniczonym zakresie* istotnie częściej niż pozostałe pielęgniarki nie wykonały trzech czynności ($p = 0,000$). W tej grupie 16,5% pielęgniarek **nie podało pacjentom punktualnie leków**; 8,4% **nie złagodziło dolegliwości bólowych pacjenta** i 6,8% **nie wykonało leczenia i zabiegów** (Tabela V).

Na dyżurze *popołudniowym/wieczornym* zostało pominiętych najwięcej koniecznych czynności pielęgnacyjnych. Z braku czasu wiele pielęgniarek nie wykonało: **edukacji pacjenta i/lub ich rodzin** – 65,1%, **higieny jamy ustnej** – 50,4%, **planu opieki pielęgnarskiej** – 42,1%, aktualizacji **planu opieki pielęgnarskiej** – 40,5%, **pielęgnacji skóry pacjenta** – 23,8%, **zgodnego z zasadami monitoringu pacjenta** – 18,3%, **punktualnego podania leków** – 14,4%, **łagodzenia dolegliwości bólowych** – 7,9% oraz **leczenia i zabiegów** – 7,2%. Na dyżurze *popołudniowym/wieczornym* pielęgniarki pomijały istotnie częściej ($p = 0,000$) **zmienianie pozycji pacjenta** – 46,0% oraz **przygotowanie pacjentów i ich rodziny do wypisu** – 43,3%.

| Czynności konieczne, ale niewykonane przez pielęgniarki z braku czasu | | Rola pielęgniarki w opiece nad większością pacjentów | | | | | |
|---|-----|--|------|--|------|-------------------------------------|------|
| | | większość opieki wykonywała sama | | nadzorowała opiekę wykonywaną przez innych | | wykonywała tylko ograniczoną opiekę | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Podawanie leków punktualnie na czas nie zostało wykonane z powodu braku czasu | tak | 202 | 10,9 | 47 | 13,7 | 41 | 16,5 |
| | | | | | | | |
| Łagodzenie bólu nie zostało wykonane z powodu braku czasu | tak | 84 | 4,5 | 27 | 8,0 | 21 | 8,4 |
| | | | | | | | |
| Leczenie i zabiegi nie zostały wykonane z powodu braku czasu | tak | 71 | 3,8 | 21 | 6,1 | 17 | 6,8 |
| | | | | | | | |

Tabela V. Czynności konieczne, ale niewykonane przez pielęgniarki z braku czasu a zakres roli pełnionej w czasie dyżuru.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania RN4CAST.

Na dyżurze w *dzień* pielęgniarki istotnie częściej ($p = 0,000$) pomijały **rozmowę z pacjentem, aby go uspokoić** – 39,9% oraz **właściwe prowadzenie dokumentacji** – 20,6%. Pielęgniarki nie wykonywały również 11 pozostałych czynności, jednak zasięg tego zjawiska był nieco mniejszy niż na dyżurze popołudniowym/wieczornym.

Komentarz ten dotyczy również pominiętych czynności pielęgniarskich na dyżurze w *nocy* (Tabela VI).

5. Środowiskowe uwarunkowania obciążenia pracą w opiniach pielęgniarek

Badane pielęgniarki oceniały warunki swojej pracy w szpitalu, takie jak wystarczający personel i środki techniczne, relacje ze współpracownikami oraz wsparcie zwierzchników. Warunki wykonywania pracy jako *slabe*

oceniło 28,9% pielęgniarek; *średnie* – 46,8%; *dobrze* – 23,2%; *świetnie* – 1,1%.

Dodatkowo w badaniach wykorzystano trzy podskale Skali Środowiska Pracy: (1) „adekwatność zasobów ludzkich” (3 stwierdzenia); (2) „współpraca pielęgniarek z lekarzami” (2 stwierdzenia); (3) „wsparcie pielęgniarek przez zarządzających” (1 stwierdzenie). Respondenci zaznaczali odpowiedź na 4-punktowej skali Likerta (od 1 – *całkowicie się nie zgadzam* do 4 – *całkowicie się zgadzam*), zamieszczonej przy każdym stwierdzeniu. Szczegółowy rozkład odpowiedzi zamieszczono w Tabeli VII.

Oceniając adekwatność zasobów, ponad połowa pielęgniarek (59,3%) uważała, że w szpitalu **zdecydowanie brakowało** personelu, aby wykonać prawidłowo pracę. Większość (64,5%) uważała, że zdecydowanie

| Czynności konieczne, ale niewykonane przez pielęgniarki z braku czasu | | PORA DYŻURU | | | | | |
|--|-----|-------------|------|--------------------|------|-----|------|
| | | Dzień | | Popołudnie/wieczór | | Noc | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| 1. Uspokojenie/rozmowa z pacjentami* | tak | 576 | 39,9 | 45 | 35,7 | 304 | 33,3 |
| | | | | | | | |
| 2. Częste zmienianie pozycji pacjenta** | tak | 446 | 30,9 | 58 | 46,0 | 250 | 27,3 |
| | | | | | | | |
| 3. Przygotowanie pacjentów i ich rodziny do wypisu** | tak | 435 | 30,2 | 52 | 43,3 | 400 | 41,6 |
| | | | | | | | |
| 4. Podawanie leków punktualnie na czas | tak | 180 | 12,5 | 18 | 14,4 | 102 | 11,1 |
| | | | | | | | |
| 5. Łagodzenie bólu | tak | 85 | 5,9 | 10 | 7,9 | 40 | 4,4 |
| | | | | | | | |
| 6. Leczenie i zabiegi | tak | 67 | 4,6 | 9 | 7,2 | 36 | 3,9 |
| | | | | | | | |
| 7. Edukacja pacjenta i rodziny | tak | 880 | 61,0 | 82 | 65,1 | 573 | 62,6 |
| | | | | | | | |
| 8. Higiena jamy ustnej | tak | 598 | 41,5 | 63 | 50,4 | 388 | 42,4 |
| | | | | | | | |
| 9. Planowanie opieki | tak | 583 | 40,5 | 53 | 42,1 | 335 | 36,5 |
| | | | | | | | |
| 10. Tworzenie lub uaktualnianie planu opieki pielęgniarskiej/wytycznych opieki pielęgniarskiej | tak | 568 | 39,4 | 51 | 40,5 | 324 | 35,3 |
| | | | | | | | |
| 11. Właściwe prowadzenie dokumentacji opieki pielęgniarskiej | tak | 297 | 20,6 | 22 | 17,5 | 159 | 17,3 |
| | | | | | | | |
| 12. Pielęgnacja skóry | tak | 313 | 21,8 | 30 | 23,8 | 185 | 20,2 |
| | | | | | | | |
| 13. Zgodne z zasadami monitorowanie pacjenta | tak | 245 | 17,0 | 23 | 18,3 | 126 | 13,8 |
| | | | | | | | |

* $p = 0,005$, ** $p = 0,000$

Tabela VI. Czynności konieczne, ale z braku czasu niewykonane przez pielęgniarki w zależności od pory dyżuru i roli pełnionej w czasie dyżuru.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania RN4CAST.

brakuje wystarczającej liczby pielęgniarek dyplomowanych dla zapewnienia pacjentowi dobrej opieki. W opinii 31,7% respondentów zdecydowanie brakowało również odpowiedniej obsługi technicznej i personelu pomocniczego, co nie pozwalało pielęgniarkom na poświęcenie pacjentom czasu stosownie do ich potrzeb.

Zdecydowanie pozytywnie oceniło adekwatność zasobów ludzkich do funkcji swojego szpitala tylko 4% badanych. Wystarczalność kadry pielęgniarskiej zdecydowanie pozytywnie oceniło 4,5% ankietowanych, a obsługi technicznej i personelu pomocniczego 8% respondentów.

Oceniając **współpracę**, pielęgniarki zwróciły uwagę na brak dobrych relacji zawodowych między pielęgniarkami a lekarzami – 13,6%. W opinii 77% pielęgniarek relacje z lekarzami nie zawsze były dobre. Tylko 9,4% badanych pielęgniarek deklaroowało bardzo dobre zawodowe relacje z lekarzami. Nie zawsze dobre relacje pielęgniarek z lekarzami wpływały na możliwość wspólnej pracy zespołowej. Nie dziwi zatem, że 61,2% pielęgniarek tylko czasami wykonywało pracę zespołową wspólnie z lekarzami, a 32,3% deklaroowało brak takiej współpracy. Tylko 6,5% badanych odpowiedziało, że dużo pracy zespołowej jest wykonywanej wspólnie przez pielęgniarki i lekarzy.

Na **wsparcie** kierownictwa większość badanych pielęgniarek (64%) mogła liczyć tylko w niektórych sytuacjach. Przekonanych o całkowitym braku wsparcia ze strony zarządzających było 24,5% ankietowanych. Tylko 11,5% badanych pielęgniarek deklaroowało, że zawsze może liczyć na wsparcie kierownictwa (Tabela VII).

Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań było wskazanie czynników kształtujących obciążenie pielęgniarek pracą podczas dyżuru w szpitalach prowadzących całodobowe dyżury. Zastosowana w badaniach koncepcja sytuacyjnego pomiaru obciążenia pielęgniarek pracą obejmuje różne rodzaje czynności dające różne typy obciążenia. Dobrze zdefiniowany i stosunkowo krótki okres (np. 12-godzinny dyżur) lepiej wyjaśnia wpływ określonego ułatwienia vs obciążenia, które ogranicza wydajność i zwiększa przekonanie o przeciążeniu pracą.

W badaniach RN4CAST skoncentrowano się na obciążeniu wynikającym z czynników *organizacyjnych*, takich jak: liczba godzin dyżuru, dyżur realizowany w ramach lub powyżej zakontraktowanych godzin, pora dyżuru, obsada dyżuru i środowisko pracy (PES-NWI).

Analizowano również obciążenia wynikające z czynników *strukturalnych*, takich jak: typ oddziału, rzeczywista rola pielęgniarki podczas dyżuru, liczba i stan zdrowia pacjentów.

Badane pielęgniarki pracowały w systemie zmianowym na 12-godzinnych dyżurach. Swój ostatni dyżur 58% odbyło w dzień, 30,6% w nocy i 5,1% po południu/wieczorem. Wykazano, że wydłużenie zmiany roboczej z ośmiu do dwunastu godzin powoduje ogólnie wzrost obciążenia fizycznego i psychicznego [35–37]. Odczuwany poziom obciążenia fizycznego, psychicznego, presja czasu na zmianie rannej i stres emocjonalny odczuwany na dyżurze nocnym wpływają na występowanie u pielęgniarek symptomów z przewodu pokarmowego [35].

| Wybrane elementy Skali Środowiska Pracy (PES-NWI) | | Frekwencja odpowiedzi pielęgniarek | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|------|---------------------------|------|-----------------------|------|------------------------|------|
| | | Całkowicie się nie zgadzam | | Częściowo się nie zgadzam | | Częściowo się zgadzam | | Całkowicie się zgadzam | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A | Ocena adekwatności zasobów | | | | | | | | |
| | Jest wystarczająca liczba personelu, aby wykonać prawidłowo pracę. | 1508 | 59,3 | 612 | 24,1 | 323 | 12,7 | 101 | 4,0 |
| | Jest wystarczająca liczba pielęgniarek dyplomowanych dla zapewnienia pacjentowi dobrej opieki | 1659 | 64,5 | 535 | 20,8 | 263 | 10,2 | 115 | 4,5 |
| | Odpowiednia obsługa techniczna i personel pomocniczy | 816 | 31,7 | 745 | 29,0 | 805 | 31,3 | 201 | 8,0 |
| B | Współpraca pielęgniarek i lekarzy | | | | | | | | |
| | Relacje zawodowe między lekarzami i pielęgniarkami są dobre | 349 | 13,6 | 774 | 30,1 | 1206 | 46,9 | 242 | 9,4 |
| | Dużo pracy zespołowej jest wykonywanej wspólnie przez pielęgniarki i lekarzy | 836 | 32,3 | 855 | 33,0 | 731 | 28,2 | 169 | 6,5 |
| C | Wsparcie pielęgniarek przez zarządzających | | | | | | | | |
| | Personel kierowniczy wspomaga pielęgniarki w pracy | 619 | 24,5 | 715 | 28,2 | 905 | 35,8 | 292 | 11,5 |

Tabela VII. Opinie badanych pielęgniarek na temat środowiska pracy.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania RN4CAST.

Liczba godzin dyżuru pielęgniarek ma również wpływ na wyniki leczenia pacjentów. Ryzyko szansy wystąpienia zgonu z powodu powikłania, jakim jest zapalenie płuc, było 31% większe w szpitalach, w których pielęgniarki przekazywały raport z opieki z długich godzin pracy w stosunku do 24-procentowej szansy, gdy pielęgniarki redukowały przerwy między zmianami. U pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego wykazano 33-procentowy wzrost ryzyka zgonu, gdy liczba godzin pracy personelu tygodniowo i przez kilka kolejnych dni były duże. U pacjentów z zastoinową niewydolnością serca ryzyko zgonu wzrastało o 39%, gdy pacjent był przyjmowany podczas przekazywania zmiany [38].

W badaniu RN4CAST w Polsce 88,3% badanych pielęgniarek pracowało w ramach zakontraktowanych godzin, a dla 11,7% pielęgniarek ostatni dyżur był dodatkowym obciążeniem, ponieważ pracowały ponad zakontraktowane godziny.

W retrospektywnej analizie 176 000 dyżurów pielęgniarskich wykazano istotnie wyższą śmiertelność pacjentów, którymi opiekowały się pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym i pracujące powyżej wcześniej zaplanowanych godzin – w wymiarze 8 godzin lub mniej [39].

W badaniach własnych wykazano, że podczas dyżuru jedna pielęgniarka była odpowiedzialna średnio za 20,4 pacjentów (SD = 11,1), [mediana = 18, kwartył pierwszy (Q1) = 12, kwartył trzeci (Q3) = 29]. Zaobserwowano również zależność między zwiększaniem się na oddziale całkowitej liczby pacjentów i zwiększaniem się liczby pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała na dyżurze (τ -b = 0,28; p = 0,000). Wykazano również dodatnią korelację między liczbą pacjentów, za których pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała, a liczbą pacjentów *wymagających pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego* (τ -b = 0,39; p = 0,000). Stwierdzono też dodatnią współzależność między liczbą pacjentów, za których *pielęgniarka bezpośrednio odpowiadała* na dyżurze, a liczbą pacjentów *wymagających monitorowania albo wykonywania zabiegów co godzinę lub częściej* (τ -b = 0,15; p = 0,000).

Analiza wyników w naszych badaniach wykazała, że najsilniejszymi determinantami nakładów pracy na dyżurach, na obu typach oddziałów, były liczba pacjentów i ich stan zdrowia. Połowa badanych pielęgniarek opiekowała się 12–29 pacjentami, a jedna czwarta – 29 pacjentami i więcej. W opinii 50% badanych pielęgniarek było to *normalne obciążenie*, a dla 30% *większe niż normalne*.

W badaniach RN4CAST przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wykazano, że na dyżurze jedna pielęgniarka opiekowała się od 6,13 pacjentami (i mniej) do 11,67 pacjentami (i więcej) [30]. Należy zwrócić uwagę na dodatkowe uwarunkowanie nakładów pracy pielęgniarek w szpitalu wynikające z rosnących kosztów leczenia, które spowodowały również w Polsce trwającą od lat tendencję skracania czasu pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych. Średni pobyt chorego na oddziale trwał przeciętnie 5,6 dnia (o 0,1 dnia mniej)⁴. W badaniach amerykańskich wykazano, że krótsze leczenie w szpitalu

wymusza bardziej intensywną pracę pielęgniarek, które opiekują się pacjentami ciężiej chorymi niż w przeszłości [3, 18, 26].

Analiza statystyczna zebranego materiału wykazała również, że wykwalifikowane pielęgniarki, które *samodzielnie opiekowały się pacjentami*, były w największym zakresie obciążane dodatkowymi czynnościami niewymagającymi kwalifikacji zawodowych, takimi jak: pobieranie krwi do badań (82,4%), transportowanie pacjentów w obrębie szpitala (56,8%), wykonywanie niepielęgniarskiej opieki (46,1%), sprząatanie pokoju pacjenta i sprzętu (35,2%), przygotowanie wypisu i transportu (19,1%); podawanie i wynoszenie tac na jedzenie (27,3%), odbieranie dostawy lub sprzętu (28,3%). Opisane sytuacje wynikały z braku w szpitalach personelu pomocniczego, na dyżurach bowiem pracowały średnio 1–2 sanitariuszki, stąd pielęgniarki nie miały wyboru i powszechnie wykonywały czynności niewymagające kwalifikacji zawodowych.

W licznych badaniach amerykańskich, zapoczątkowanych w latach 80., stwierdzono związek między niedoborami kadrowymi i przeciążeniem pielęgniarek pracą, wykazując konsekwencje tego stanu, takie jak: absencja, rotacja i niska wydajność pracy oraz ogólnie gorsze wyniki leczenia pacjentów w szpitalu [15, 23–26]. Wyniki tych badań przyczyniły się do wdrażanej przez Agencję Badania Ochrony Zdrowia i Jakości (AHRQ) polityki jakości, będącej przykładem dla wielu krajów [3].

Z braku czasu wiele pielęgniarek na dyżurze nie wykonało czynności pielęgnacyjnych. Jednak pielęgniarki, przeciążone opieką nad ponad 20 pacjentami, starały się wykonać czynności ważne dla zdrowia pacjenta i dlatego *leczenie i zabiegi oraz łagodzenie dolegliwości bólowych* zostały pominięte na dyżurach przez najwyżej 7–9%. Najczęściej pomijanymi czynnościami były *edukacja pacjenta* (pominięta przez ponad 65% pielęgniarek) oraz *higiena jamy ustnej* (pominięta przez ponad 50% pielęgniarek). Do często pomijanych przez pielęgniarki czynności należały również *rozmowa z pacjentem* (pominięta przez blisko 40% pielęgniarek) i aktualizacja *planu opieki* (pominięta przez ponad 40% pielęgniarek).

W porównywalnych do polskich badaniach brytyjskich wykazano, że na dyżurze jedna pielęgniarka opiekowała się od 6,13 pacjentami (i mniej) do 11,67 pacjentami (i więcej). Wykazano, że co najmniej jednej czynności pielęgnarskiej na dyżurze nie wykonało 78% pielęgniarek opiekujących się najmniejszą liczbą pacjentów i 89% pielęgniarek opiekujących się największą liczbą pacjentów. Podobnie jak w Polsce pielęgniarki w szpitalach brytyjskich najczęściej nie rozmawiały z pacjentami, aby ich uspokoić, nie edukowały pacjentów, a także nie wykonywały i nie aktualizowały planów opieki [30].

Dowiedziano, że brak czasu spowodowany nadmiernym obciążeniem pracą może ograniczać pielęgniarcze wykonanie różnych zadań, które będą mieć bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta. Nadmierne obciążenie pracą może również wpływać nawet na decyzję świadczonodawcy o niewykonywaniu różnych procedur [21].

Tempo pracy i niewykonanie czynności pielęgniarskich zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Dotychczasowe badania wskazały wpływ przeciążenia pracą na obniżenie jakości opieki i występowanie zdarzeń niepożądanych jako skutku niewykonania zadań pielęgniarskich i przeciążenia pracą [25, 32, 45].

Środowisko pracy można uznać za kolejny istotny czynnik determinujący obciążenie pielęgniarek pracą. Pielęgniarki (ponad 60%) zwróciły uwagę na niską liczbę dyplomowanych pielęgniarek pracujących w szpitalach oraz na braki personelu pomocniczego i obsługi technicznej (ponad 30% opinii), co zdaniem badanych ograniczało im czas, który mogły poświęcić pacjentom. Na uwagę zasługuje również fakt, że blisko 80% pielęgniarek nie ocenia pozytywnie zawodowych relacji i współpracy z lekarzami, co może utrudniać komunikację i przepływ informacji między pielęgniarkami a lekarzami.

Warunki środowiskowe są wskazywane jako czynniki, które mogą zwiększać obciążenie *versus* ułatwiać pracę pielęgniarki i mogą też być związane z pozostawaniem pielęgniarek w zawodzie. Środowisko praktyki pielęgniarskiej jest również wskazywane jako predyktor jakości opieki i klinicznych wyników leczenia pacjenta [34, 35, 43].

W Polsce zatrudnienie pielęgniarek powinno być zgodne z rządowymi decyzjami o sposobie zabezpieczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu, co można wskazać jako istotny czynnik kształtujący obciążenie pielęgniarek pracą w szpitalu. Jednak sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu od początku lat 90. jest przedmiotem toczącej się do tej pory dyskusji między środowiskiem pielęgniarek a Ministerstwem Zdrowia, ponieważ działalność lecznicza oraz jej zakres i formy podlegają ustawowym regulacjom. Przepisy prawa określają również kompetencję do ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu, która od 1999 r. została przypisana wyłącznie kierownikowi podmiotu leczniczego. Jednak w roku 2010 wykazano, że w części zakładów opieki zdrowotnej normy zatrudnienia nie były w ogóle opracowywane, w innych były ustalane na podstawie własnej procedury, nie zawsze zgodnej z przepisami rozporządzenia, w niektórych zakładach normy zatrudnienia zostały opracowane, ale nie były przestrzegane, w jeszcze innych zakładach podawano dane planistyczne na liczbę łóżek [9–11, 47, 49].

Wnioski i rekomendacje

1. Wykorzystany w analizie **sytuacyjny model pomiaru obciążenia pracą** (ostatni dyżur) umożliwił wskazanie i określenie wpływu czynników strukturalnych i organizacyjnych na obciążenie pielęgniarek pracą w szpitalach objętych projektem *RN4CAST*.
2. Analiza zebranego materiału wykazała, że czynniki strukturalne (tj. typ oddziału, rola zawodowa, liczba i stan zdrowia pacjentów) oraz czynniki organizacyjne (tj. liczba godzin dyżuru, obsada dyżurów i środowisko pracy) wyznaczały nakład pracy pielęgniarek na dyżurach.

3. **Sytuacyjny model pomiaru obciążenia pracą** ze względu na jego prostotę wyrażającą się łatwością obserwacji poszczególnych elementów modelu można rekomendować do praktyki pielęgniarek oddziałowych oraz menedżerów szpitali. Obserwacją dokonaną podczas stosunkowo krótkiego czasu (8–12-godzinna zmiana) można lepiej i szybciej wyjaśnić przyczyny przeciążenia pracą, które wyrażają się np. niewykonaniem czynności pielęgnacyjnych. Dzięki zastosowaniu tego modelu można szybciej i skuteczniej wdrożyć rozwiązania eliminujące bariery wydajności i przeciążenia pracą.

Przypisy

¹ RN4CAST – *Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing* – Prognozowanie Pielęgniarstwa. Planowanie zasobów ludzkich w pielęgniarstwie.

² **EUROPA: Polska** – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; **Belgia** – Catholic University, Leuven; **Finlandia** – Kuopio University; **Grecja** – University of Athens; **Holandia** – UMC St Radboud University, Nijmegen; **Irlandia** – Dublin City University; **Hiszpania** – Institute of Health Carlos III, Madryt; **Niemcy** – Technical University, Berlin; **Szwajcaria** – University of Basel; **Szwecja** – Karolinska Institute, Sztokholm; **Wielka Brytania** – King’s College London; **USA** – University of Pennsylvania, Philadelphia; **AFRYKA: Botswana** – University of Botswana; **RPA** – North-West University; **AZJA: Chiny** – Sun Yat-sen University.

³ **Skala Środowiska Pracy** – The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Tłumaczenie i charakterystykę skali w kontekście całego kwestionariusza ankiety dla pielęgniarek RN4CAST opisano w artykule: Przewoźniak L., Kózka M., Cisek M., Gajda K., Brzyski P., Ogarek M., Gabryś T., Brzostek T., *Organizacja i zakres badań RN4CAST (Registered Nurse Forecasting) dotyczących planowania zatrudnienia w pielęgniarstwie w Polsce*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 10(4): 19–29.

⁴ Krótsze przeciętne pobyty, poniżej 4 dni, odnotowano na oddziałach: okulistycznych (2,4 dnia), urologicznych i otolaryngologicznych (po 3,3 dnia), toksykologicznych i ginekologiczno-położniczych (po 3,6 dnia) oraz chirurgicznych dla dzieci (3,7 dnia), a najdłuższe na oddziałach: psychiatrycznych (27,4 dnia), rehabilitacyjnych (23,2 dnia), odwykowych (18,9 dnia) i przewlekle chorych (18,0 dni). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*. GUS, Warszawa 2012: 97; http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbct/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf; dostęp: 10.09.2013.

Piśmiennictwo

1. Seremus S., *RN4CAST Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*; <http://www.rn4cast.eu>; dostęp: 21.08.2013.
2. Seremus S. et al., *Nurse forecasting In Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*; „BMC Nursing”, <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6>; dostęp: 21.11.2012.
3. *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*, www.ahrq.gov; dostęp: 17.10.2011.

4. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M., *Specyfika pracy pielęgniarstwa w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania*. Część I, „Piel. Zdr. Publ.” 2011; 1, 2: 163–167.
5. Kułagowska E., Kosińska M., *Obciążenie pracą personelu pielęgniarstwa*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia 2003; LVIII, suppl. XIII, 145 Sectio D.
6. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M., *Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu*. Część II, „Piel. Zdr. Publ.” 2011; 1, 3: 269–273; <http://www.pzp.am.wroc.pl/pdf/2011/22.pdf>; dostęp: 30.04.2013.
7. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. Nr 174, poz.1039 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.).
9. *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa czerwiec 2010; <http://www.nipip.pl/attachments/article/1782/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf>; dostęp: 21.08.2013.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz. 1314).
11. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami; http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stnowiska/30_Opinia_PTP_w_sprawie_Projektu_Rozporzadzenia_-_obsady_pielęgniarskie_23_11_2012.pdf; dostęp: 21.08.2013.
12. Wiskow Ch., *Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych. Przegląd piśmiennictwa. Opracowanie dla Międzynarodowej Rady Pielęgniarek*, 2006; http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_pomiar_obciazenia_praca_03_11_2009.pdf; dostęp: 30.04.2013.
13. Wiskow Ch., Tit A., de Carlo P., *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. Health systems and policy analysis*; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf; dostęp: 30.04.2013.
14. Gajda K., Kózka M., Brzyski P., Gabrys T., Przewoźniak L., Cisek M., Ogarek M., Ksykiewicz-Dorota A., Brzostek T., *Wpływ struktury zatrudnienia personelu i wybranych czynników organizacyjnych szpitala na wskaźnik zgonów pacjentów hospitalizowanych w szpitalach polskich uczestniczących w projekcie RN4CAST*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 10(4): 49–57.
15. Aiken L.J., Clarke S.P., Sloane D.M. et al., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. „JAMA” 2002; 288(16): 1987–1993.
16. Leiter M.P., Maslach C., *Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout*, w: Perrewé P.L., Ganster D.C. (red.), *Research in occupational stress and well-being* (t. 3, 91–134), Elsevier, Oxford 2004.
17. *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*; <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>; dostęp: 17.05.2012.
18. Aiken L., Sochalski J., Anderson G., *Downsizing the hospital nursing workforce*, „Health Aff.” 1996; 15: 88–92.
19. Oates R.K., Oates P., *Stress and mental health in neonatal intensive care units*, „Arch. Dis. Child” 1995; 72: F107–10.
20. Maslach C., Leiter M.P., *The Truth About Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*, Jossey-Bass, San Francisco, CA 1997.
21. Griffith C.H., Wilson J.F., Desai N.S., et al., *Housestaff workload and procedure frequency in the neonatal intensive care unit*. „Crit. Care Med.” 1999; 27: 815–820.
22. Tourangeau A., Doran D., McGillis Hall L., O’Brien Pallas L., Pringle D., Cranley L., Tu J., *Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients*, „Journal of Advanced Nursing” 2006; 57(1): 32–44.
23. Darvas J.A., Hawkins L.G., *What makes a good intensive care unit: a nursing perspective*, „Aust. Crit Care” 2002; 15(2): 77–82.
24. Cavanagh S.J., *Job satisfaction of nursing staff working in hospitals*, „J. Adv. Nurs.” 1992; 17: 704–711.
25. Carayon P., Gurses A.P., *Nursing Workload and Patient Safety – A Human Factors Engineering Perspective. Chapter 30*, w: Hughes R.G. (red.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality (US); Rockville (MD) 2008; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657>; dostęp: 21.08.2013.
26. Baumann A., Giovannetti P., O’Brien-Pallas L. et al., *Healthcare restructuring: the impact of job change*, „Can. J. Nurs. Leadersh.” 2001; 14: 14–20.
27. *Nursing Workload and Patient Care*; https://nursesunions.ca/.../cfnu_workload_paper_pdf; dostęp: 19.08.2013.
28. *Nursing workload and staffing: impact on patients and Staff*; <http://trove.nla.gov.au/work/28897523>; dostęp: 30.08.2013.
29. *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauk o Zdrowiu*, Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWK, Lublin 2013.
30. Ball J.E., Murrells T., Rafferty A.M., Morrow E., Griffiths P., *Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care*, „BMJ Qual. Saf.” doi:10.1136/bmjqs-2012-001767; <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/07/08/bmjqs-2012-001767.full>; dostęp: 10.08.2013.
31. Przewoźniak L., Kózka M., Cisek M., Gajda K., Brzyski P., Ogarek M., Gabrys T., Brzostek T., *Organizacja i zakres badań RN4CAST (Registered Nurse Forecasting) dotyczących planowania zatrudnienia w pielęgniarstwie w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 10(4): 19–29.
32. Kózka M., Gabrys T., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz-Dorota A., Gajda K., Brzostek T., *Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarstwa w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 10(4): 30–40.
33. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Lake E.T., Cheney T., *Effects of hospital environment on patient mortality and nurse outcomes*, „Journal of Nursing Administration” 2008; 38(5): 223–229.

34. Warszawsky N.E., Sullivan H.D., *Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*, „Nurs. Res.” 2011; 60(1): 17–31; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021172/#R1>; dostęp: 10.11.2012.
35. Gawęł G., *Obciążenie pracą pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym 12-godzinnym a ich stan zdrowia*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2003; 3: 77–82.
36. Ksykiewicz-Dorota A., Gerasim B., Zagórski J., Sadło A., *Ocena obciążenia pracą fizyczną na stanowisku pielęgniarki odcinkowej w oddziale szpitalnym*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 1992; 103, 10: 511–518.
37. Kułagowska E., Kosińska M., *Obciążenie fizyczne pielęgniarek – przyczyny i skutki*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2002; 112, Supl. 1: 109–112.
38. Gawęł G., *Obciążenie pracą pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym 12-godzinnym a ich stan zdrowia*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2003; 3: 77–82.
39. Needleman J., Buerhaus P., Pankratz S. et al., *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*, „N. Engl. J. Med.” 2011; 364: 1037–1045.
40. Baggs J.D., Schmitt M.H., Mushlin A.I. et al., *Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units*, „Crit Care Med.” 1999; 27: 1991–1998.
41. Estabrooks C.A., Midodzi W.K., Cummings G.G., Ricker K.L., Giovannetti P., *The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*, „Nurs. Res.” 2005; 54(2): 74–84.
42. Lake E., *Development of the practice environment scale of the nursing work index*, „Res. Nurs. Health” 2002; 25: 176–188.
43. Kazanijian A., Green L., Wong J., Reid R., *Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review*, „Journal of Health Services Research and Policy” 2005; 10(2): 111–117.
44. Lankshear A., Sheldon T., Maynard A., *Nurse staffing and healthcare outcomes*, „Adv. Nurs. Science” 2005; 28: 163–174.
45. Lucero R.J., Lake E.T., Aiken L.H., *Nursing care quality and adverse events in US hospitals*, „Journal Clinical Nursing” 2010; 19(15–16): 2185–2195.
46. Pai H., Lee S., Chang T., *A confirmatory factor analysis of the clinical nursing practice environment scale with hospital registered nurses in Taiwan*, „J. Clin. Nurs.” 2011; 20: 2344–2354.
47. *Planowanie obsad pielęgnarskich w oddziałach zachowawczych i zabiegowych o różnym profilu*, Małas Z. (oprac.), Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2011.
48. Kovner C., Cheryl J., Chunliu Z. et al., *Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990–1996*, „Health Serv. Res.” 2002; 37(3): 611–629.
49. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U.12.1545 z dnia 31 grudnia 2012 r.).

Fit-for-purpose: developing curriculum for meeting the needs of public health leaders in the 21st century

Katarzyna Czabanowska¹, Daniela Popa¹, Tony Smith²

¹ Department of International Health, CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands,

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Centre for Leadership in Health and Social Care, Sheffield Hallam University, Sheffield, United Kingdom

Corresponding Author: Katarzyna Czabanowska MA, PhD, Address: P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, kasia.czabanowska@maastrichtuniversity.nl
Phone: + 31 43 3881592, Fax: +31 43 38 84 172

Acknowledgement

The Leadership for European Public Health (LEPHIE) project was supported by: EC Lifelong Learning Programme, Project n° 510176-LLP-1-2010-1-NL-ERASMUS-ECDCE.

Abstract

Although leadership is a well-known concept within organisational science, public health leadership is still not well-defined. Further, leadership is not commonly included in most public health training programs. Faced with immense changes in population health needs, public health professionals require a broader range of skills and expertise than ever before. In response to these issues the article aims to describe the development of a public health leadership curriculum as part of the European project entitled “Leaders for European Public Health” (LEPHIE) supported by the European Commission Lifelong Learning Programme. The article first discusses the theoretical underpinnings related to the public health leadership curriculum development. Secondly, its mission and objectives will be discussed. Thirdly, the methodological approaches and architecture of the programme are presented, and finally illustrates the features for quality assurance and the potential for future use in different contexts.

Key words: blended learning, curriculum, leadership, problem-based learning (PBL), public health

Słowa kluczowe: *curriculum*, nauczanie za pomocą mieszania metod online i stacjonarnych (*blended learning*), nauczanie oparte na problemach (PBL), przywództwo, zdrowie publiczne

Introduction

Since the American-based Institute of Medicine proclaimed in its 1988 report ‘The Future of Public Health’ that “today, the need for leaders is too great to leave their emergence to chance,” [1] public health leadership has begun to gain a more prominent role as a part of the discipline of public health. [2] However, although leadership is a well-known concept within organisational science, public health leadership has still not been well-defined. The World Health Organisation (WHO) Regional Of-

fice for Europe recently developed a list of 10 Essential Public Health Operations (EPHO) in which “Leadership, governance and initiation, development and planning of public health policy” were included as core components [3] and “Strategic leadership for health” was also mentioned among the ten key areas of public health practice. Another WHO report acknowledges that contemporary health improvement is more complex than ever before and requires leadership that is “more fluid, multilevel, multi-stakeholder and adaptive” [4] rather than of a traditional command and control management variety. [4]

Today's public health professionals therefore need to be able to lead in contexts where there is considerable uncertainty and ambiguity, and where there is often imperfect evidence and an absence of agreement about both the precise nature of the problem and the solutions to it. [5] These documents point to the emerging realisation of the vital role of leadership and governance in public health. Indeed, the presence of competent leaders is crucial to achieve progress in the field. "We must be led by those who have the mastery of the skills to mobilize, coordinate and direct broad collaborative actions within the complex public health system." [6]

A number of studies have identified the capability of effective leaders in dealing with the complexity of introducing new innovations or evidence-based practice more successfully [7–9]. However organisations and professionals worry about the capacity of future public health leaders [10] and policymakers are concerned about the future responsiveness of the discipline [10] due to a lack of formal public health education generally among public health leaders [11] and the increasing variety of roles they are expected to fulfil. [10] According to a recent debate on public health leadership in the "Lancet", [12–14] leadership is still not commonly included in most public health training programs. [12] To develop effective public health leadership, therefore requires public health organisations to actively engage in developing more leaders at every level.

A key driver improving leadership within public health is that the nature of challenges faced by public health professionals is evolving. The combination of a range of socio-economic drivers includes aging populations and workforces, [15] globalisation, consumerism, individualism and economism; all of which have an effect on health and health-related issues. [16] Modern epidemics include: over consumption, [17] increasing social inequalities, [18] and rising rates of mental distress and disorder. [17] In Europe, these challenges are currently exacerbated by the impact of global recession and austerity measures introduced in many European countries [19] which are putting health systems under significant financial pressures and forcing them to deliver more with diminishing resources.

These immense changes demand new public health responses, which in turn, will require a broader range of skills and expertise for public health professionals. [20, 21] Public health initiatives now require coordinated, multi-disciplinary responses from a wider range of stakeholders than ever before to develop strong collaborative networks and teams at every level of the public health system, from politicians and policymakers to the general public and mass-media. The skills and competencies required by new public health professionals to create effective public health interventions in these complex health care settings will not be the traditional technical and academic skills long associated with public health alone. Public health professionals will also require the skills of effective leadership. [22, 23]

Healthcare policymakers in Europe have identified the development of leadership skills as pivotal to

delivering effective public health within this scenario. The rationale is that leadership skills are key to both the implementation of organisational changes necessary to improve the performance of healthcare systems, and to working successfully across traditional departmental, organisational, intersectoral and national boundaries to develop productive partnerships with a range of stakeholders, including service users and healthcare professionals, in order to develop impactful public health interventions.

Professional development of public health leaders therefore requires the instruction which is competency-based to help them develop the abilities to address complex and evolving demands of health care systems in order to improve the health of served populations. The development, acquisition and assessment of new skills should be supported by adequately tailored educational programs in order to improve health and tackle health inequalities, which are becoming a key priority for public health professionals and leaders. However, this is not an easy task as the European Union incorporates countries with unique cultural diversity and varied approaches to public health.

Goal

In response to the issues outlined above, this article aims to describe the development of a public health leadership competency-based curriculum as part of a European project entitled "Leaders for European Public Health" (LEPHIE) supported by the European Commission Lifelong Learning (LLL) Programme. The article will discuss:

- 1) The theoretical underpinnings related to the public health leadership curriculum development.
- 2) The mission and objectives of the project.
- 3) The methodological approaches and architecture of the programme will be presented, and finally.
- 4) The quality assurance and potential for future use in different contexts.

Theoretical underpinnings

Curriculum design can be defined as "the way the subject matter is conceptualised and how its major components are arranged, in order to provide direction for curriculum development." [24] The LEPHIE project aimed to develop a curriculum that would equip public health professionals with the leadership competencies they need to be effective. In order to achieve this, the project team had to ensure that the LEPHIE curriculum covered relevant leadership content, but presented it within relevant European public health context. Public health is broadly made up of a number of specific disciplines such as: methods in public health, population health and its social and economic determinants, population health and its material-physical, radiological, chemical and biological environmental determinants, health policy, economics, organisational theory and management, health promotion, health education health protection and disease prevention and ethics. [25] A starting point was to conceptualise

public health in a way that it was relevant to all European states. For this reason the project adopted the definition of public health in line with the ethos of EPHOs which constitute, “a set of fundamental actions that address determinants of health, and maintain and protect population health through organized efforts of society.” [21]

This allowed the team to incorporate real problems into the curriculum based upon European region public health priorities, such as; non-communicable diseases and ageing, into the curriculum by utilising Problem Based Learning (PBL) methods.

With regards to leadership, we also needed to develop an in-depth understanding of the nature of public health leadership. The team therefore undertook two literature reviews and qualitative research to understand the concept in detail. At the beginning of the project rapid literature review was undertaken, which aimed to develop a detailed working understanding of the nature of public health leadership, in order that a curriculum could be shaped for an initial pilot programme. [26] The leadership content was assured by the introduction of the leadership areas featured around systematically developed and evidence-based Public Health Leadership Framework, described elsewhere [27] consisting of 52 competencies distributed among eight domains: Systems Thinking, Political Leadership, Building & Leading Interdisciplinary Teams, Leadership and Communication, Leading Change, Emotional Intelligence & Leadership in Team-based Organisations, Leadership Organisational Learning & Development and Ethics and Professionalism. Recently additional domain: Global Values Leadership has been added to complete the area of contemporary leadership. [28] Each of the domains represents a separate session in the curriculum.

The competency framework serves as a foundation not only of the curriculum content but also as a self-assessment tool for the students. We would argue that leadership involves a set of interpersonal process skills, which are relevant across virtually all public health roles. However, they need to be applied appropriately according to the particular situation and context public health practitioners find themselves in.

Mission and objectives of the LEPHIE programme

The international consortium led by Maastricht University (NL) included: Sheffield Hallam University (UK), Kaunas University of Health Sciences (LT), Medical University of Graz (A) and the Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) supported the collaborating institutions such as: Griffiths University (AUS), Canterbury Christ Church University (UK) and the Rethmeier Group (North Carolina Chapel Hill, US). The consortium aimed to develop a problem-based, blended-learning continuing education curriculum entitled Leadership for European Public Health. This competency-based educational programme provides a continuing education opportunity for graduates of public health studies or related disciplines and public health professionals who hold or will hold leadership positions

within their institutions or are aspire to taking a leadership role in the area of public health policy at the regional, national, and EU levels. The curriculum aims at the development, mastering and enhancement of leadership competencies excluding management skills. The following course objectives were set to guide the curriculum development process:

- “Examine the key debates around Leadership in Public Health in relationship to political, economic, social and, technological change and their implications for leaders within organisations.
- Introduce key theoretical frameworks that underpin leadership learning, and enable the critical use of this knowledge and understanding by applying theory to actual practice within the context of Public Health.
- Develop the ability to reflect on the Public Health leadership role and development needs of individuals.
- Stimulate self-assessment of leadership competencies by public health professionals.” [28]

The programme is an attempt to develop an integrated mutually recognised European Public Health leadership curriculum worth 7 ECTS supported by high standard educational materials including: Nominal Plan, Student Module Book and Teachers Handbook (**Figure 1**).¹

Methodological approaches and architecture of the programme

Since the LEPHIE curriculum is a complex, integrated and multidisciplinary continuing professional education offer we started with the assumption stemming from Merizow’s Transformative Learning Theory. According to this theory learning is “...the process by which we transform our taken-for-granted frames of reference (meaning perspectives, habits of mind, mind sets) to make them more inclusive, discriminating, open, emo-



Figure 1. Educational Materials: Nominal Plan, Student Module Book and Teacher’s Handbook.

Source: Book covers of educational materials based on Cza-banowska K., Smith T., et al., *Leadership for Public Health in Europe. Nominal Plan*, Maastricht University, Maastricht 2013.

tionally capable of change, and reflective so that they may generate beliefs and opinions that will prove more true or justified to guide action.” [29]

In order to fit the expectations of public health professionals with respect to the educational methods used and supported by the results of the survey [30, 31] we chose to use blended learning (BL) which is a combination of face-to-face and online teaching and PBL approaches.

A number of institutions offer BL routes in public health education, including Manchester Metropolitan University (UK), Tufts University (US), London School of Hygiene and Tropical Medicine (UK), Education for Health (UK) etc. The evidence [32] has indicated thus far that this mode of learning works well in public health education.

“...student satisfaction with the quality of this blended course was high. Large percentages of students indicated that they would recommend this course to others and would be willing to take another distance learning course in the future. The satisfaction level was related to students’ age and the number of previous distance learning courses that they had taken. Face-to-face interviews revealed that the success of this blended course was associated with the opportunities for face-to-face interaction and meaningful collaborative learning, the integration of technology components, and the course instructors”. [32]

PBL is used as the instructional model in the development and implementation of the leadership curriculum. Students work on tasks in small groups attempting to solve real problems. They are viewed as active participants in learning, rather than passive recipients of knowledge and take responsibility for and plan their own learning as they construct or reconstruct their knowledge networks. [33] Learning in PBL is also a collaborative process in which students have a common goal, share responsibilities, are mutually dependent on each other for their learning needs, and are able to reach agreement through open interaction. [33] Knowledge transfer can be facilitated by learning in meaningful contexts, and problem-based learning nurtures the ability of learners to solve real-life problems whilst fostering communication and cooperation among students. [34] PBL is also seen as highly impactful as an approach to LLL. Learning is contextual, collaborative, and constructive and the students can regulate their own learning. [34] During small group discussions online, the participants collaborate to come up with possible explanations for the problem. [33] Learners are required to use skills from different competency domains in order to solve any given problem. Understanding, in this context, develops knowledge of domains in a way that can be used frequently to assist in further problem solving. [35, 36]

Interactive lectures, tutorial group meetings and other collaborative session are offered to participants at a distance via a virtual learning environment such as Blackboard or Moodle, via which course material can be directly downloaded from the intranet (internal internet network). The combination of BL and PBL enables the participants to explore the main leadership theories in the context of public health by including a range of

activities for self-development and assessment, face to face contact, e-learning, project work, problem solving and self-directed learning, supervised by international content experts as tutors.

The program consists of two days of face-to-face introductory meetings and six consecutive on-line sessions including on-line lectures and tutorials.

Each of the online sessions is delivered from a different university as shown in **Figure 3**.

The learning takes place primarily online via Blackboard Collaborate, Elluminate and Skype, two main tools for online communication as shown in **Figure 4**.

The sessions in the module are built around the domains constituting public health leadership competency framework. *Systems Thinking, Political Leadership, Collaborative leadership: Building and Leading Interdisciplinary Teams, Leadership and Communication, Leading Change, Emotional Intelligence and Leadership in Team-based Organizations, Leadership, Organizational Learning and Development*. An additional elective session on *Global Public Health Values* has since been developed to support the horizontal dimension on *Ethics and Professionalism*. Due to the length of the course, compromise was needed as not all subjects identified in the literature could be covered in detail. Attempts were made to cover the topics that were identified in the literature as most important overall as well as most relevant to the context of European public health. Educational materials package consists of the Nominal Plan, Student Module book and Teacher Handbook together with supporting detailed documentation including session plans, literature, exercises, problems, on-line lectures and video interviews with public health leaders.² **Figure 2** shows the unique architecture of the programme which blends different forms of instruction, integrates teaching and learning from different European locations allowing for the collaborative and transformational learning of experts.

Within the educational programme these eight subject domains are covered in a series of sixteen taught sessions, two for each domain. Typically, in first of the two sessions the domain area is presented and defined by the lecturer, then explored by students via a real life problem scenario presented by the lecturer. By the end of the first session students are split into PBL “teams” who work independently to devise a strategy for researching the problem in detail and devising a workable solution. Team roles and tasks are allocated and after the session the teams continue to work on the problem independently for a period of two weeks to research the issues and devise solutions. In the second session the PBL teams report back their findings to the lecturer and the wider group. Leadership and team process issues are also discussed.

As a specific example, within the systems thinking and strategy sessions, students first gain an understanding of the nature of systems thinking and its importance for public health, through range of approaches including films, group discussions and lectures. In PBL teams they then research a specific disease area within an overall theme of chronic disease and ageing. The aim is to create a systems analysis of the multiple causalities and de-

| Day | Location | Time | Subject | PBL Cases |
|-----------|-------------|-------------|---|---|
| Day 1 | Residential | 09.00 | Welcome | |
| | | 09.30-10.00 | Introduction to the module | |
| | | 10.00-11.00 | Workshop: What is blended learning? | |
| | | 11.00-12.00 | BL continued and Introduction to PBL | |
| | | 12.00-12.30 | Break | |
| | | 12.30-17.00 | What is Leadership? | Pre-discussion Task 1 Sink or Swim? |
| Day 2 | Residential | 18.00-22.00 | Group dinner | |
| | | 09.30-10.30 | PBL feedback session | Post-discussion Task 1 |
| | | 10.30-11.30 | Systems Thinking | |
| | | 11.45-13.15 | System Level Structural Health Interventions: CASE Study: The DECYPHER project (WHO healthy cities network) | Task 2 A systems analysis of care for the elderly |
| | | 13.15-14.00 | Group discussion and self-study assignment | |
| Session 1 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Systems Thinking | |
| | | 10.30-12.30 | Political Leadership | Task 3 A Challenging Task |
| Session 2 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Political Leadership | |
| | | 10.30-13.00 | Building and Leading Interdisciplinary Teams | Task 4 To lead or to manage? |
| Session 3 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Building and Leading Interdisciplinary Teams | |
| | | 10.30-12.30 | Leadership and Communication | Task 5 Who will lead? |
| Session 4 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Leadership and Communication | |
| | | 10.30-13.00 | Leading Change | Task 6 Making your institution a magnet care centre for evidence-based practice for the elderly |
| Session 5 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Leading Change | |
| | | 10.30-13.00 | Emotional Intelligence & Leadership in Team-based Organisations | Task 7 Balancing the agendas of competing interest groups |
| Session 6 | Online | 09.30-10.15 | PBL Feedback session: Emotional Intelligence & Leadership in Teams | |
| | | 10.30-12.30 | Leadership, Organisational Learning and Development | Task 8 To treat or not to treat? Is that the question? |
| Day 3 | Residential | 09.30-14.30 | Assessment/ Delivery of Leadership presentations | |
| | | 15.00-15.30 | Assignment 2 briefing | |
| | | 15.30-16.30 | Module evaluation | |
| | | 17.00-21.00 | Group Dinner | |
| | | | Submission of assignment 2 | |

Figure 2. The model timetable for “Leadership for European Public Health” curriculum.

Source: Book covers of educational materials based on Czabanowska K., Smith T., et al., *Leadership for Public Health in Europe. Nominal Plan*, Maastricht University, Maastricht 2013.

pendencies in the disease area and from this to devise a Public Health strategy for more effectively dealing with the particular problem. Particular emphasis within the exercise is put upon gaining allocative efficiencies; i.e. the possibilities of developing strategies to prevent development and progression of the disease, rather than simply on disease management

Quality assurance

Developing an integrated educational public health leadership curriculum using a BL and PBL approach in which each session is delivered from a different institution requires a lot of team work and coordination. If not well structured, designed and supported by a clear and constructive communication, it can create disconnectedness amongst both teaching staff and participants. The content of the programme needs to be meaningful across various health care cultures and contexts, touch



Figure 3. Online collaboration of the educational institutions.
 Source: Book covers of educational materials based on Czabanowska K., Smith T., et al., *Leadership for Public Health in Europe. Nominal Plan*, Maastricht University, Maastricht 2013.

upon current public health and health care issues and should be well reflected in the PBL problems and literature. In order to assure that these challenges are met the LEPHIE program was piloted four times and thoroughly evaluated. The first pilot was carried out by the Sheffield Hallam University on the group of Public Health professionals employed by NHS. The results helped improve the course and addressed weak points, such as an initial feeling by participants that the course was fragmented and lacked continuity. The Public Health Leadership curriculum was piloted and evaluated three more times in three different locations: Maastricht (NL), Kaunas (LT) and Graz (AT). There was a particular focus in the project of evaluating the use of PBL/BL approaches, in particular whether differences exist between the students from the different countries in these aspects. Standardised tests were also used to measure students' performance, satisfaction and effectiveness of the BL/PBL methods utilised. The competency framework was also used as a pre- and post- self-assessment study to evaluate self-perceptions of the development of leadership competencies. In the evaluation the researchers measured general programme satisfaction, quality of the course, functioning of the tutorial group, functioning of the tutors/teachers and quality of e-teaching. Data was collected at three time points: before the start of the course in the middle and at the end. [37] Results showed that one cannot underestimate the importance of providing adequate training in the VLE technologies used for both the staff and participants. The first teaching experiences using the VLE technologies were found to be critical for improving student engagement and continuing development of required user skills.

"I think the big difference is that there is little of the usual two way communication that one gets in a face-to-face teaching situation. You can see some people, via web-

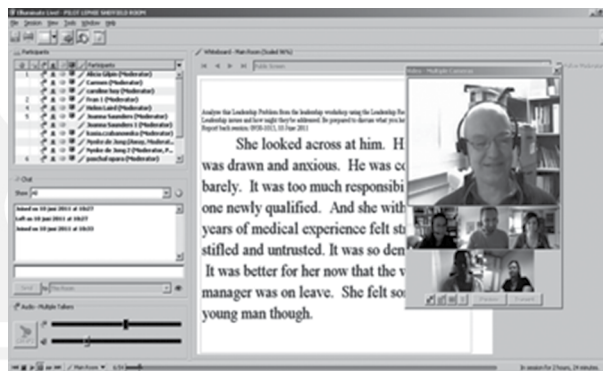


Figure 4. Online sessions using Elluminate interface.
 Source: Lephie leadership Course: On-line session via Elluminate. (Copyright © Leaders for European Public Health (LEPHIE)) Published with the permission.

cams, and are aware that they are connected, but you do not receive any of the normal social cues that are usually delivered by body language: - people stopping their conversations before you begin; nods; eye contact; real time questions; shuffling in seats when it is getting time for a break, lack of energy. All these things that one takes for granted, but are a vital element of communication, are missing, and that feels distinctly odd."

"On the other side, one gets comfortable after a while in talking to the camera. - There are no interruptions. It feels like a performance: like one is delivering a speech, or a monologue."³

Generally, development of the BL/PBL leadership curriculum, its implementation and subsequent assessment have been a very rewarding experience for both for teachers and students. The evidence from the evaluation shows that the course not only developed the leadership competencies of the students but also provided a profound learning experience for the staff in delivering effective learning through innovative, new teaching and learning approaches. Transfer from the traditional teaching to the online teaching and using the elements of online-environment is a challenging task and to make it work well requires commitment, discipline and focus.

Reflections and potential for future use in different contexts

The LEPHIE project was a first attempt to develop an integrated Public Health leadership curriculum in which each on-line session is delivered by different universities based on their interdisciplinary expertise. It is a very good example of optimising blended learning and problem based learning and the developed curriculum is clearly designed with busy professionals in mind.

The LEPHIE project successfully developed and piloted an innovative Public Health Leadership programme, validated at Masters level (7 ECTS) utilising BL/ PBL pedagogical approaches. The project was also successful in developing a better theoretical understanding of the nature of leadership in the field of Public Health. The pilot programme introduced leadership to public health practitioners and students, giving them a rounded understanding of the nature of leadership in public health and the potential benefits of utilising leadership approaches in understanding public health problems and collaboratively, devising, developing and implementing initiatives with broad groups of stakeholders. The evaluation did however identify tensions between leadership content and public health content. According to Yukl; "Leadership is the process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how it can be done effectively, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish the shared objectives." [38] This behavioural process acts to maximise the goal direction, commitment, collaboration, motivation, satisfaction and effort of participants resulting in higher performance. [39] It is focused on the process of how people involved in work projects behave towards one another to work together effectively in pursuit of a particular goal. These disciplines relate to specific tasks that need to be undertaken to understand public health threats and opportunities. Whilst public health professionals may be competent in public health disciplines that allow them to understand public health problems, it is collaborating with diverse groups of stakeholders to develop and successfully implement effective public health interventions that is vital. In contemporary public health, as the nature of disease is becoming more complex, the interventions devised have to be more novel and will require the collaboration of a much more diverse range of actors. Leading these collaborations effectively is therefore a key to their success. It encompasses the core skills required for successful stakeholder collaboration, to devise, develop and implement the appropriate interventions.

In terms of the learning programme we have noticed some tensions between leadership content and public health content of the programme especially among experienced professionals. While the participants were taught leadership theory and practice and encouraged to utilise this theory in working in groups to analyse and solve public health problems, public health knowledge and skills represented somewhat of a comfort zone for them. The participants often resorted to working in the way they always did when it came to problem-based

work. The team therefore recognised the need to keep a strong focus on leadership theory and collaborative, interdisciplinary team-based problem solving to assure that there was meaningful and effective learning experience in relation to leadership development. In order to ensure that the focus of the learning remains clearly on leadership a number of changes to the programme will be implemented in the future course.

Students will receive early training in the practical application of collaborative, interdisciplinary, team leadership approaches which are the foundation of public health leadership practice. The completion of a "personal values" questionnaire prior to the start of the programme will ensure that students are fully able to articulate their core values and professional mission. Every student will receive a number of individual coaching sessions to both develop and discuss the contents of the questionnaire, and develop a vision of a public health project that they will commit to leading throughout their career in public health. Each student will also have the opportunity to practice coaching as part of a PBL activity with their peers.

The LEPHIE curriculum has a great potential and can be used in different public health and educational systems contexts. The problems touch upon broad areas and can be discussed based on diverse points of reference thus enriching the scope of public health leadership. Currently the programme has been implemented as a horizontal, critical thinking trajectory within Master of European Public Health Studies at the Faculty of Health Medicine and Life Sciences at Maastricht University and as a continuous professional development offer targeting public health and health related professionals outside the university. We will continue our efforts to develop the programme further and test it in different regions of the world enriching it with diverse leadership cultures and traditions.

Conclusion

The article presents how an innovative public health leadership curriculum, which integrates public health content and leadership theories, uses problem based learning and online educational approaches. The proposed programme offers new educational and training solutions for continuous professional development targeting busy professionals. The aim is that the experience of learning leadership through blended learning approaches coupled with collaborative problem solving may result in the transformational learning needed by public health professionals to address complex and evolving health problems. The Leadership for Public Health programme can serve as a model for course designers in different educational contexts and can be further tested among public health students and professionals.

Notes

¹ The books can be viewed at the project web page: www.lephie.eu.

² Fragments of the interviews can be watched at www.lephie.eu.

³ Personal communication of two LEPHIE teachers taken after they delivered their first on-line session in May 2011.

References

- Institute of Medicine, *The Future of Medicine*, National Academy Press, Washington, D.C. 1988.
- Koh H.K., Jacobson M., *Fostering public health leadership*, "J. Public Health" 2009; 3, 2: 199–201.
- WHO Regional Office for Europe, *Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A framework for Action. First meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials*, Andorra, 9–11 March, 2011. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf; accessed: 12.06.2013.
- World Health Organization Regional Office Europe, *HEALTH 2020 Leadership for health and well-being in 21st century Europe*. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/health2020_ngo_call/en/#; accessed: 10.08.2013.
- Heifetz R.A., Linsky M., Grashow A., *Practice of Adaptive Leadership: Tools and Tactics for Changing Your Organization and the World: A Fieldbook for Practitioners*, Harvard Business School Publishing, Boston MA 2009.
- Institute of Medicine, *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, National Academy of Sciences, Washington, D.C. 2002: 120.
- Bennett L.M., Gadlin H., *Collaboration and Team Science: From Theory to Practice*, "Journal of Investigative Medicine" 2002; 60: 768–775.
- Fink R., Thompson C.J., Bonnes D., *Overcoming barriers and promoting the use of research in practice*, "Journal of Nursing Administration" 2005; 35: 121–129.
- Grimshaw J.M., Eccles M.P., Lavis J.N., Jill S.J., Squires J.E., *Knowledge translation of research findings*, "Implementation Science" 2012; 7: 50.
- Wright K., Rowitz L., Merkl A., Reid M., Robinson G., Herzog B., et al., *Competency Development in Public Health Leadership*, "American Journal of Public Health" 2000; 90(8): 1202–1207.
- Saleh S.S., Williams D., Balougan M., *Evaluating the Effectiveness of Public Health Leadership Training: The NEPHLI Experience*, "American Journal of Public Health" 2004; 94, 7: 1245–1249.
- Czabanowska K., Smith T., Stankunas M., Avery M., Otok R., *Transforming public health specialists to public health leaders: the role of LEPHIE project*, "Lancet" 2013; 381(9865): 449–450.
- Day M., Shickle D., Smith K., Zakariasen K., Oliver T., Moskol J., *Time for heroes: public health leadership in the 21st century*, "Lancet" 2012; 380(9849): 1205–1206.
- Day M., Shickle D., Smith K., Zakariasen K., Oliver T., Moskol J., *Transforming public health specialists into public health leaders: authors' reply*, "Lancet" 2013; 381(9865): 450.
- Hawley S.R., Romain T.S., Orr S.A., Molgaard C.A., Kabler B.S., *Competency-based impact of a state-wide public health leadership training program*, "Health Promotion Practice" 2011; 12(2): 202–208.
- Hanlon P., Carlisle S., Hannah M., Lyon A., *The Future Public Health*, Open University Press, Maidenhead 2012.
- Department of Innovation Universities and Skills, *Foresight Tackling Obesity: Future Choices*, October 2007; DIUS/PUB/2K/10/07/NP.
- CSDH, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, European Commission 2010.
- Brand H., Rosenkoetter N., Clemens T., Michelsen K., *Austerity policies in Europe—bad for health*, "BMJ" 2013; 346: f3716.
- World Health Organisation, *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action*, Regional Committee for Europe 61st session, Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011. EUR/RC61/10. 2011. Available at: <http://www.euro.who.int/en/>; accessed: 8.09.2012.
- World Health Organisation. Regional Committee for Europe, *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services* EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev. 2, Sixty-second session, Malta 2012. Available at: <http://www.euro.who.int/en/>; accessed: 10–13.08.2012.
- Bjegovic-Mikanovic V., Vukovic D., Otok R., Czabanowska K., Laaser U., *Education and training of public health professionals in the European Region: variation and convergence*, "Int. J. Public Health" 2012; DOI: 10.1007/s00038-012-0425-.
- World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A Framework for Action*, "Interim Draft" 2011. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf; accessed: 23.05.2013.
- Zuga K.F., *Relating technology education tools to curriculum planning*, "Journal of Technology Education" 1989; 1, 1: 3.
- Birt C., Foldspang A., *European core competences for MPH education (ECCMPHE)*, ASPHER, Brussels 2011.
- Smith T., Stankunas M., Czabanowska K., De Jong N., O'Connor S., *Principles of all-inclusive public health: developing a Public Health Leadership curriculum*, "Public Health Journal" 2013.
- Czabanowska K., Smith T., Könings K.D., Sumskas L., Otok R., Bjegovic-Mikanovic V., Brand H., *In search for Public Health Leadership Competency Framework to support leadership curriculum – a consensus study*, "The European Journal of Public Health" 2013; doi: 10.1093/eurpub/ckt158.
- Czabanowska K., Smith T., de Jong N., Fieldsend G., Lohrman C., O'Connor S., Johnson D., Michelsen K., Mundy T., Rethmeier K.A., Stankunas M., Sauliene S., Sumskas L., Fahy N., Whitfield M., *Leadership for Public Health in Europe. Nominal Plan*, Maastricht University, Maastricht 2013.
- Mezirow J., *Associates. Learning as Transformation, Critical Perspectives on a Theory in Progress*, Jossey-Bass Inc., San Francisco 2000.
- Mikelska L., *The Supply and Demand of Public Health Courses in the Framework of Lifelong Learning in Europe:*

- A Questionnaire Study. Bachelor thesis*, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht 2009. Available from: http://www.aspher.org/pliki/pdf/LLL_Liane.pdf; accessed: 25.09.2013.
31. Czabanowska K., Mikelska L., Brand H., *Supply and demand of Public Health courses in the framework of lifelong learning in Europe*, "Medicine & Health" October 2010–July 2012: 192–194.
 32. So Hyo-Jeong, *Is Blended Learning a Viable Option in Public Health Education? A Case Study of Student Satisfaction With a Blended Graduate Course*, "Journal of Public Health Management & Practice" January/February 2009; 15(1): 59–66; doi: 10.1097/01.PHH.0000342945.25833.1d.
 33. Dolmans D.H.J.M., De Grave W., Wolfhagen I.H.A.P., van der Vleuten C.P.M., *Problem based learning: Future challenges for educational practice and research*, "Medical Education" 2005; 39: 732–741.
 34. Dolmans D.H.J.M., Wolfhagen I.H.A.P., Van der Vleuten C.P.M., *Motivational and cognitive processes influencing tutorial groups*, "Academic Medicine" 1998; 73(10): 22–24.
 35. Suzuki Y., Niwa M., Shibata T., Takahashi Y., Chirasak K., Ariyawardana A., et al., *Internet-based Problem-based Learning: International Collaborative Learning Experiences*, in: Oon-Seng T. (ed.), *Problem-based Learning in eLearning Breakthroughs Singapore*, Seng Lee Press, Singapore 2007: 131–146.
 36. Hmelo-Silver C.E., *Problem-based learning: What and how do students learn?*, "Educational Psychology Review" 2004; 16: 235–266.
 37. Könings K.D., Spanjers I.A.E., van Merriënboer J.J.G., *Leadership for European Public Health Professionals. End Report Evaluation LEPHIE Module*, January 2013. [The results of the evaluation study will be available in the form of a publication].
 38. Youkl G., *Leadership in Organisations*, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, Jn. 2006: 8.
 39. Avolio B., *The Great Leadership Migration to a Full Range Leadership Development System. KLSP: Transformational Leadership. Working Papers*, Academy of Leadership Press, California State University, Sacramento 1997.



Necessary level of skills and abilities of family physicians from decision-makers' perspective in transitional Kosovo

Fitim Skeraj^{1,2}, Katarzyna Czabanowska³, Iris Mone²,
Gazmend Bojaj², Zejdush Tahiri², Genc Burazeri³

¹ Principal Family Medicine Center, Prizren, Kosovo

² University of Medicine, Tirana, Albania

³ Department of International Health, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Corresponding Author: Katarzyna Czabanowska MA, PhD, Address: P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, kasia.czabanowska@maastrichtuniversity.nl
Phone: + 31 43 3881592, Fax: +31 43 38 84 172

Abstract

Objective: The aim of this study was to assess the necessary level of abilities and competencies of family physicians from the decision-makers' perspective in Kosovo, a post-war country in the Western Balkans.

Methods: Our study was conducted in May–July 2013 and included a nationwide representative sample of 100 decision-makers operating at different primary health care institutions or public health agencies in Kosovo (63 men aged 48.6 ± 5.5 years, and 65 women aged 46.2 ± 5.7 years). A structured self-administered questionnaire was employed aiming to assess the necessary level of skills, abilities and competencies of family physicians in Kosovo regarding different domains of the quality of health care. The questionnaire included 37 items organized into six subscales/domains. Answers for each item of the tool ranged from 1 ("novice" physicians) to 5 ("expert" physicians). An overall summary score (range: 37–185) and a subscale summary score for each domain were calculated for each participant. Cronbach's alpha was used to assess the internal consistency of the instrument, whereas Mann-Whitney's U-test was employed to assess sex-differences in the mean values of the summary score of 37-item instrument and the summary scores of each of the six subscales.

Results: The internal consistency of the whole scale (37 items) was Cronbach's alpha = 0.92. The summary score of the 37-item instrument was higher in men than in women (162.3 ± 17.9 vs. 156.1 ± 17.5 , respectively, $P = 0.071$). The subscale scores were all higher in men than in women, a finding which was borderline statistically significant for the "patient care and safety" domain only (33.4 ± 4.4 vs. 32.0 ± 4.0 , respectively, $P = 0.057$). There was a weak correlation between the overall summary score of the tool and the work experience of decision-makers (Spearman's rho = 0.234, $P < 0.001$).

Conclusion: In the context of Kosovo, this study provides important evidence on the expected skills and competencies of family physicians from the decision-makers' viewpoint. Future studies in Kosovo should compare our findings related to the *necessary* skills and competencies vis-à-vis the actual *self-perceived* skills and competencies of family physicians.

Key words: abilities, competencies, decision-makers, family physicians, primary health care, skills

Słowa kluczowe: kompetencje, lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna

Introduction

In previous studies, we have argued that family physicians and general practitioners are currently facing increasing demands due to mounting and complex patients' expectations, as well as fast changing technological and scientific developments [1, 2]. Hence, worldwide, health care professionals are more and more expected to provide higher quality health care services. However, different restrictions and limitations within the health care systems may lead to competency gaps for health care professionals [1]. Based on these considerations, especially in the past decade, quality improvement and performance evaluation have become fundamental issues in health care practice [1, 2] and, as such, quality improvement needs to be included at all levels of medical education and in all aspects of health care service provision [1]. From this point of view, medical students at all teaching and training levels should not only obtain medical knowledge in the course of their studies, but should also attain skills, abilities and competencies in the areas of quality improvement and quality assurance [3].

In primary health care including family medicine or general practice (depending on the specific characteristics of organization of health care systems in different countries), quality of health care is a multifaceted domain which includes a wide range of health professionals' focus and scope of work such as a comprehensive approach to health care provision, management skills, community orientation, problem-solving skills and abilities, as well as an individual-centered approach to health care services [1, 4].

Therefore, competencies in quality improvement are vital for primary health care professionals in order to improve continuously patient care. To meet this end, precise roles, abilities, skills and competences at all training/expertise levels for medical doctors including also continuing medical education have been defined and developed [5]. Such roles and competences have been even classified in specific *frameworks* in the USA, in Canada and in Europe [5–8]. Furthermore, models of abilities, skills and competencies are also considered a useful tool for self-assessment of primary health care physicians and general practitioners committed to practice-based learning [1, 9, 10] who want to improve their health care practices, analyze their clinical experience, plan improvement strategies, and determine a supposed improvement integrating knowledge, skills and abilities into the routine daily practice [1, 10].

Nonetheless, data on the content and outcomes of teaching quality improvement topics within the medical curricula in European countries are scarce to date. This is especially the case for the countries of Southeast Europe including the Albanian-speaking countries.

In this context, the aim of our study was to assess the *necessary* level of skills, abilities and competencies of family physicians from decision-makers' perspective in Kosovo, a transitional post-war country in the Western Balkans which became independent from Serbia only five years ago.

Methods

Study population

A representative nationwide sample of 100 decision-makers (overall mean age: 47.7 ±5.7 years) operating at different primary health care institutions or public health agencies in Kosovo was interviewed in May–July 2013 (63 men aged 48.6 ±5.5 years, and 65 women aged 46.2 ±5.7 years). All decision-makers were sent an official invitation letter where the aims and procedures of the survey were explained in detail.

In this nationwide representative sample of 100 decision-makers in Kosovo (63 men and 37 women), median age was 47 years (interquartile range: 44–51 years) (Table I). Overall, the median duration of working experience in decision-making was 5 years (interquartile range: 3–10 years). Thirty-three percent of the interviewees worked in Pristina, the capital city of Kosovo. Thirteen percent of participants were directors of primary health care centers, 30% were coordinators of different health care programs and projects, 23% were health managers at different primary health care institutions or public health agencies, 27% were involved in training and educational activities in Family Medicine, and the remaining 7% operated in other mid-level managerial and administrative positions pertinent to primary health care institutions (Table I).

Data collection

An international instrument was developed with the support of the European Community Lifelong Learning Program aiming to assess the level of skills, abili-

| Variable | Distribution |
|--|-------------------|
| Age (years) | 47.0 (44.0–51.0)* |
| Sex: | |
| Men | 63 (63.0)† |
| Women | 37 (37.0) |
| Working experience in policymaking (years) | 5.0 (3.0–10.0)* |
| Working place: | |
| Pristina | 33 (33.0)† |
| Gjilan | 5 (5.0) |
| Gjakova | 5 (5.0) |
| Prizren | 11 (11.0) |
| Peje | 5 (5.0) |
| Other areas | 41 (41.0) |
| Job position: | |
| Director of health center | 13 (13.0)† |
| Coordinator of health programs | 30 (30.0) |
| Manager | 23 (23.0) |
| Trainer in Family Medicine | 27 (27.0) |
| Other | 7 (7.0) |

* Median values and interquartile ranges (in parentheses)

† Numbers and column percentages (in parentheses)

Table I. Distribution of demographic characteristics, job position and work experience in a representative sample of health care policymakers (N = 100) in Kosovo, in 2013.

Source: Own elaboration.

ties and competencies of family physicians from the decision-makers' standpoint. All policymakers included in this survey were asked to assess the *expected/necessary/required* level of skills, abilities and competencies of family physicians in Kosovo regarding the following six essential domains of quality of primary health care:

- Patient care and safety (8 items).
- Effectiveness and efficiency (7 items).
- Equity and ethical practice (8 items).
- Methods and tools (5 items).
- Leadership and management (4 items), and
- Continuing professional development (5 items).

As reported in prior validation studies of the current instrument [11, 12], answers for each item of each subscale ranged from 1 ("novice"= physicians have little or no knowledge/ability, or no previous experience of the competency described and need close supervision or instruction) to 5 ("expert" = physicians are the primary sources of knowledge and information in the medical field).

An overall summary score (including 37 items; range: 37–185) and a subscale summary score for each of the six domains were calculated for all decision-makers included in this study.

Demographic data (age and sex of participants) and information on job position/function and duration of work experience in decision-making in the health care sector were also collected.

Statistical analysis

Median values (and their respective interquartile ranges) were used to describe the distribution of age and duration of working experience (in years) in decision-making among the survey participants. Conversely, the absolute numbers (and their respective percentages) were used to describe the distribution of sex, working place and job position of the interviewees.

Cronbach's alpha was used to assess the internal consistency of the full scale (37 items) and each of the six subscales of the instrument.

Spearman's rho was used to assess the linear association (correlation) between the overall summary score of the 37-item instrument and the duration of working experience among decision-makers included in this study.

Mean values (\pm standard deviations) were used to describe the distribution of the summary score of the whole instrument (37 items) and the summary scores of each of the six subscales/domains. Mann-Whitney's U-test was used to assess sex-differences in the mean values of the summary score of 37-item instrument and the summary scores of each of the six subscales.

Results

The internal consistency of the whole scale (37 items) was Cronbach's alpha = 0.92 (**Table II**). Cronbach's alpha was high for all the subscales (range: 0.87–0.93), except the *equity and ethical practice* domain (Cronbach's alpha = 0.63) which exhibited a low internal consistency.

| Domain (subscale) | Cronbach's alpha |
|---|------------------|
| Overall scale (37 items) | 0.92 |
| Patient care and safety (8 items) | 0.89 |
| Effectiveness and efficiency (7 items) | 0.93 |
| Equity and ethical practice (8 items) | 0.63 |
| Methods and tools (5 items) | 0.91 |
| Leadership and management (4 items) | 0.87 |
| Continuing professional development (5 items) | 0.88 |

Table II. Internal consistency of each domain (subscale) of the instrument.

Source: Own elaboration.

Overall, the summary score for the 37 items of the instrument was 160.0 ± 17.9 (**Table III**). It was higher in men than in women (162.3 ± 17.9 vs. 156.1 ± 17.5 , respectively, $P = 0.071$). The subscale scores were all higher in men than in women, a finding which was borderline statistically significant for the *patient care and safety* domain only (33.4 ± 4.4 vs. 32.0 ± 4.0 , respectively, $P = 0.057$).

There was evidence of a weak but statistically significant positive linear relationship between the overall summary score of the 37-item instrument and the duration of working experience among study participants (Spearman's rho = 0.234, $P < 0.001$) (not shown in the tables).

We obtained evidence on the *necessary* level of skills, abilities and competencies of family physicians from decision-makers' perspective in transitional Kosovo. Overall, the international tool employed in this survey exhibited a high internal consistency in this representative sample of decision-makers operating at different primary health care institutions or public health agencies in Kosovo. The internal consistency was high for each domain of the instrument, except for the subscale on *equity and ethical practice*. Future studies on this topic, in Kosovo and elsewhere, should refine further this domain/subscale of the instrument.

Discussion

In previous studies, we have elaborated on the process of development of the questionnaire assessing the required level of skills, abilities and competencies of family physicians [1, 11, 12]. This instrument was designed in line with the Quality Improvement Competency Framework (QICF) which, in turn, was developed in the course of a systematic consensus study carried out among European primary care experts interested or specializing in quality improvement [10]. The QICF is structured into six domains associated with the self-administered questionnaire which we used in our study involving policymakers for assessment of the required skills, abilities and competencies of family physicians: Patient Care and Safety, Effectiveness and Efficiency, Equity and Ethical Practice, Methods and Tools, Leadership and Manage-

| Domain (subscale) | Overall (N = 100) | Sex-specific | | |
|--|-------------------|--------------|----------------|----------------|
| | | Men (N = 63) | Women (N = 37) | P [†] |
| Overall scale (score range: 37–185) | 160.0 ±17.9* | 162.3 ±17.9 | 156.1 ±17.5 | 0.071 |
| Patient care and safety (score range: 8–40) | 32.9 ±4.3 | 33.4 ±4.4 | 32.0 ±4.0 | 0.057 |
| Effectiveness and efficiency (score range: 7–35) | 28.9 ±4.2 | 29.4 ±4.1 | 28.1 ±4.3 | 0.153 |
| Equity and ethical practice (score range: 8–40) | 37.1 ±5.6 | 37.5 ±6.4 | 36.4 ±3.8 | 0.329 |
| Methods and tools (score range: 5–25) | 21.7 ±3.0 | 22.0 ±3.0 | 21.3 ±3.0 | 0.139 |
| Leadership and management (score range: 4–20) | 17.4 ±2.2 | 17.7 ±2.1 | 16.9 ±2.5 | 0.160 |
| Continuing professional development (score range: 5–25) | 22.1 ±2.7 | 22.4 ±2.8 | 21.6 ±2.6 | 0.121 |

* Mean values ± standard deviations.

† P-values from Mann-Whitney U test.

Table III. Summary score of each domain (subscale) of the instrument by sex.

Source: Own elaboration.

ment, and Continuing Professional Education [10]. Each of the subscales/domains of the instrument taps a vital element of the quality of primary health care. As argued earlier [1], the domains of the instrument imply reflection and self-assessment in order to improve the quality of health care provision [9]. Each domain of the instrument measures a number of specific competencies which represent individual standards [10].

The current study provides precious evidence on the necessary level of skills, abilities and competencies of family physicians from the decision-makers' perspective in a post-war transitional population in the Western Balkans. Findings from this survey may help decision-makers in Kosovo to reflect over the job description and terms of references pertinent to the work contracts of general practitioners and family physicians who run the primary health care services in this country.

In conclusion, in the context of Kosovo, the newest independent state in Europe, we attained useful evidence on the necessary level of competencies of family physicians from the decision-makers' perspective. Future studies should compare our findings related to the *necessary* skills, abilities and competencies vis-à-vis the actual *self-perceived* skills and competencies of family physicians in Kosovo.

Source of support

The instrument for this survey was developed with the support of the European Commission Lifelong Learning Program in the framework of the Leonardo da Vinci Project "Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology" (InGPInQI): No. 2010-1-PL1-LEO05-11473.

References

1. Czabanowska K., Burazeri G., Klemens-Ketic Z., Kijowska V., Tomasik T., Brand H., *Quality improvement competency gaps in primary care in Albanian, Polish and Slovenian contexts: A study protocol*, "Acta Inform. Med." 2012; 20: 254–258.
2. Sipkoff M., *The new consensus favouring IOM's definition of quality*, "Manage Care" 2004; 13: 18–27.
3. Engels Y., Wollersheim H., Verheggen F., Grol R., *Final Report "Education on the Quality of Care in the Faculties of Medicine, Biomedical Sciences and Health Sciences in the Netherlands"*, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Centre for Quality of Care Research, Nijmegen 2007. Available from: http://www.wokresearch.nl/UserFiles/Docs/product_44.pdf; accessed: 28.08.2013.
4. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P., *The European definition of General Practice/Family Medicine*, Evans P. (ed.), Wonca Europe; 2005. Available from: <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%20nd%20ed%202005.pdf>; accessed: 28.08.2013.
5. Michels N.R., Denekens J., Driessen E.W., Van Gaal L.F., Bossaert L.L., De Winter B.Y., *A Delphi study to construct a CanMEDS competence based inventory applicable for workplace assessment*, "BMC Medical Education" 2012; 12: 86.
6. Frank J.R., Danoff D., *The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies*, "Medical Teacher" 2007; 29(7): 642–647.
7. *Tomorrow's Doctors*, London: General Medical Council. Available at: http://www.gmcuk.org/static/documents/content/TomorrowsDoctors_2009.pdf; accessed: 20.08.2013.
8. Accreditation Council for Graduate Medical Education, *Competencies and Outcome Assessment*. Available at: <http://www.acgme.org>

- www.acgme.org/outcome/comp/compHome.asp; accessed: 20.08.2013.
9. Leach D.C., *Changing education to improve patient care*, "Quality in Health Care" 2001; 10(Suppl. II): ii54–ii58.
 10. Czabanowska K., Klemenc-Ketis Z., Potter A., Rochfort A., Tomasik T., Csiszar J., Vanden Bussche P., *Development of the competency framework in quality improvement for Family Medicine in Europe: a qualitative study*, "Journal of Continuing Education in the Health Professions" 2012; 32: 174–180.
 11. Alla A., Czabanowska K., Klemenc-Ketis Z., Roshi E., Burazeri G., *Cross-cultural adaptation of an instrument measuring primary health care users' perceptions on competencies of their family physicians in Albania*, "Med. Arh." 2012; 66: 382–384.
 12. Alla A., Czabanowska K., Kijowska V., Roshi E., Burazeri G., *Cross-cultural adaptation of a questionnaire on self-perceived level of skills, abilities and competencies of family physicians in Albania*, "Mater Sociomed." 2012; 24: 220–222.



- Redakcja przyjmuje teksty w wersji elektronicznej. Tekst należy pisać czcionką Times New Roman 12 pkt z odstępem 1,5 wiersza.
- Do artykułu prosimy dołączyć krótki abstrakt w języku angielskim (do 150 słów) oraz słowa kluczowe w języku polskim i angielskim (do 10 słów).
- Objętość pracy powinna się mieścić w przedziale do 30 standardowych stron (1800 znaków/stronę).
- W tekście głównym przywoływane pozycje piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami umieszczonymi w nawiasach kwadratowych. Piśmiennictwo powinno być podane na oddzielnej stronie w kolejności przywoływania.
- Przypisy w tekście – niebędące wyłącznie przywołaniem pozycji z piśmiennictwa – prosimy numerować kolejno w całym artykule (w indeksie głównym) i umieszczać na dole strony.

Przykłady pozycji piśmienniczych:

Artykuł w czasopiśmie:

Numer kolejny, nazwisko autora, inicjał imienia (imion), tytuł artykułu, tytuł czasopisma+rocznik, nr tomu, nr czasopisma, strona.

1. Niżankowski R., *Jaki system specjalizacji lekarskich?* „Zdrowie i Zarządzanie” 2000; II, 5: 20–21.

Pozycja książkowa:

Numer kolejny, nazwisko autora(ów), inicjał imienia (imion), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce+rok wydania, ew. cytowane strony.

1. Williamson O.E., *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Fragment pracy zbiorowej:

Numer kolejny, nazwisko autora rozdziału, tytuł tego rozdziału, w: nazwisko redaktora+(red.), tytuł pracy zbiorowej, wydawnictwo, miejsce i rok wydania, cytowane strony.

1. Sobkowiak B., *Procesy komunikowania się w organizacji*, w: Dobek-Ostrowska B. (red.), *Współczesne systemy komunikowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1998, 22–40.

- Prosimy o podanie na oddzielnej kartce dokładnego adresu, numeru telefonu, stopnia i tytułu naukowego oraz placówki, którą Autor reprezentuje.
- Wszystkie teksty będą poddane procedurze recenzyjnej (dwie niezależne, anonimowe recenzje). Od oceny recenzentów będzie uzależniona decyzja o publikacji. Autor ma obowiązek wprowadzenia uzasadnionych zmian, zaproponowanych przez recenzentów.
- Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji redakcyjnej. Autor ma obowiązek przeprowadzenia dokładnej ostatecznej korekty i zwrócenia jej w określonym czasie.
- **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi powyżej zasadami nie będą przyjmowane do publikacji.**
- Materiałów niezamówionych Redakcja nie zwraca.

Artykuły prosimy przysyłać na adres Redakcji:

Institut Zdrowia Publicznego UJ CM

ul. Grzegorzeczka 20

31-531 Kraków

tel. 12-433-28-06

e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Szanowni Państwo,

Redakcja „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” planuje w 2014 roku wydanie kolejnych numerów pisma.

Osoby zainteresowane otrzymaniem egzemplarzy proszone są o przesłanie zamówień na adres:

WYDAWNICTWO UNIwersytetu Jagiellońskiego

Dział Handlowy

tel. 12-631-01-97; tel./fax 12-631-01-98

tel. kom. 506-006-674

e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Zamówienia będą realizowane do wyczerpania egzemplarzy.