

Mgr Ewelina Burek

Zakład Finansów

Uniwersytet Rzeszowski

Restrukturyzacja zatrudnienia *białego personelu* – narzędzie w procesie ograniczania nierówności społecznych

WPROWADZENIE

Struktura zatrudnienia kadry medycznej w Polsce jest w dużym stopniu konsekwencją transformacji społeczno-gospodarczej. Zapoczątkowane w latach 90. procesy restrukturyzacji zatrudnienia służb medycznych związane są z reformą systemu opieki zdrowotnej i przejściem z modelu *siemaszki* do modelu ubezpieczeniowego. Zmiana systemowa sektora opieki zdrowotnej wymusiła reformę systemu kształcenia, spowodowała rozwój określonych specjalizacji, zmniejszenie zatrudnienia w innych oraz pojawienie się całkiem nowych, np. lekarz rodzinny. Mechanizm rynkowy przesunął część *białego personelu* do sektora prywatnego.

SPECYFIKA I KIERUNEK ZMIAN

Do 1997 r. liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych systematycznie rosła – w przeliczeniu na 10 tys. ludności wynosiła 23,6 i 56,2 oraz 6,4 wobec odpowiednio 21,4 i 54,4 oraz 6,3 w 1990 r. W efekcie zmian systemowych od 1997 r. liczba pracowników medycznych zaczęła spadać. W 2001 r. odnotowano pierwszy od kilku lat wzrost liczby lekarzy – do poziomu 23 na 10 tys. ludności. Liczba pielęgniarek i położnych w dalszym ciągu spada – 48,6 oraz 5,7 na 10 tys. ludności w 2002 r. Największą liczbę dentyistów – 4,8 na 10 tys. ludności – odnotowano w 1990 r. W kolejnych latach ich liczba zmniejszała się do roku 2002 r., w którym minimalnie wzrosła, osiągając poziom 2,8 na 10 tys. ludności. Liczba farmaceutów niezmiennie z roku na rok rośnie – do poziomu 6,4 na 10 tys. ludności w 2002 r.¹ Taki kierunek zmian wynika z niezwykle prężnego rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce.

¹ *Transformacja społeczno-gospodarcza w Polsce*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa, lipiec 2002, s. 256.

Rozmieszczenie kadry medycznej jest bardzo nierównomierne. W 2002 r. najwięcej lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. ludności było w województwie śląskim – 27,8 oraz mazowieckim – 26,7. Najniższe wskaźniki odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim – 15,8 oraz lubuskim – 17. Najwięcej dentyistów pracuje w województwie małopolskim – 3,8 na 10 tys. ludności oraz w lubelskim i łódzkim – 3,6; najmniej – w województwie opolskim – 1,3.

Tabela 1

Pracownicy medyczni w latach: 1990, 1997–2002

Wyszczególnienie	1990	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Lekarze							
– ogółem w tys.	81,6	91,1	90,1	87,5	85,0	86,6	88,1
– na 10 tys. lud.	21,4	23,6	23,3	22,6	22,0	22,4	23,0
Dentyści							
– ogółem w tys.	18,2	17,6	17,3	13,3	11,8	10,1	10,8
– na 10 tys. lud.	4,8	4,6	4,5	3,4	3,0	2,6	2,8
Pielegniarki							
– ogółem w tys.	207,8	217,2	213,1	197,2	189,6	186,5	185,9
– na 10 tys. lud.	54,4	56,2	55,1	51,0	49,1	48,3	48,6
Położne							
– ogółem w tys.	24,0	24,8	24,4	22,7	22,0	21,8	21,7
– na 10 tys. lud.	6,3	6,4	6,3	5,9	5,7	5,7	5,7
Farmaceuci							
– ogółem w tys.	15,1	20,7	20,6	21,9	22,2	23,8	24,4
– na 10 tys. lud.	4,0	5,3	5,3	5,7	5,7	6,2	6,4

Źródło: opracowanie własne na podst.: *Rocznik Statystyczny GUS 2002 r., Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 r., 1999 r., 2000 r., 2001 r., 2002 r.*, GUS, Warszawa; *Sfera społeczna w okresie transformacji. Zjawiska i tendencje*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa, kwiecień 2002 r.

W przypadku pielęgniarek największe zatrudnienie występuje w województwie śląskim – 55,8 na 10 tys. ludności oraz dolnośląskim – 55,5, najmniejsze – w wielkopolskim – 39,3. Zatrudnienie położnych kształtuje się przestrzennie od poziomu 3,8 na 10 tys. ludności w opolskim do 6,9 w podlaskim i 7,2 w podkarpackim².

Tak wysoki stopień zróżnicowania terytorialnego liczby personelu medycznego wpływa na duże różnice w dostępie do świadczeń medycznych, jak również mocno różnicuje poziom wynagrodzeń w poszczególnych województwach oraz na terenach miejskich i wiejskich. W ramach przeprowadzanego procesu

² *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2003.

restrukturyzacji zatrudnienia konieczne jest dążenie do bardziej efektywnego rozmieszczenia kadry medycznej, biorąc pod uwagę zarówno kryteria terytorialne, jak i różne poziomy lecnicstwa. Przede wszystkim więcej lekarzy powinno podjąć pracę w lecnicwie podstawowym poza dużymi aglomeracjami³.

Poziom wykształcenia polskich lekarzy nie odbiega od standardów europejskich. Obecnie ok. 81% lekarzy posiada specjalizację, w tym ponad połowa legitymuje się II stopniem specjalizacji. Od kilku lat zauważyć można stały spadek specjalistów w zakresie pediatrii: 1998 r. – 10 088, 2002 r. – 7837, oraz stały wzrost specjalistów w zakresie kardiologii: 1998 r. – 674, 2002 r. – 1031 i medycyny rodzinnej: 1998 r. – 2016, 2002 r. – 3569⁴. Ten kierunek zmian wynika z wprowadzenia w Polsce instytucji lekarza rodzinnego oraz z przemian demograficznych (coraz mniejsza jest liczba urodzin, a społeczeństwo jest coraz starsze).

Zapotrzebowanie podstawowej opieki zdrowotnej na specjalistów w zakresie medycyny rodzinnej szacuje się na ok. 20 tys. lekarzy (przyjmując standard 2 tys. pacjentów na jednego lekarza). Aktualnie w Polsce pracuje ok. 5,5 tys. lekarzy z tytułem lekarza rodzinnego. Okres specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej wynosi od pół roku do dwóch i pół lat (bez uwzględnienia stażu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej). Utrzymanie obecnego tempa kształcenia tych specjalistów spowoduje, że docelowa liczba lekarzy rodzinnych może być osiągnięta dopiero ok. 2025 r. Zbyt wolne tempo kształcenia lekarzy rodzinnych wynika głównie z niedostatecznej liczby jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia posiadających warunki do prowadzenia specjalizacji⁵.

Zgodnie z Dyrektywą nr 93/16/EEC docelowo wszyscy mieszkańcy Unii Europejskiej powinni zostać objęci opieką lekarza rodzinnego, będącego lekarzem pierwszego kontaktu. Jak wykazały wieloletnie doświadczenia, właściwie wyszkolony lekarz rodzinny, wyposażony w odpowiedni sprzęt medyczny, może sam efektywnie leczyć ok. 80% zgłaszanych przez pacjentów przypadków. Taki system opieki ogranicza liczbę konsultacji specjalistycznych i hospitalizacji, co zapobiega nieuzasadnionemu generowaniu kosztów⁶.

Kwestie struktury zatrudnienia i płacy *białego personelu* są niezwykle istotne nie tylko z punktu widzenia bezpośrednio zainteresowanych (persone-

³ *Sfera społeczna w okresie transformacji. Zjawiska i tendencje*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa, kwiecień 2002, s. 95.

⁴ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 r., 1999 r., 2000 r., 2001 r., 2002 r.*, GUS, Warszawa.

⁵ *Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002, s. 10.

⁶ M. Dziubińska-Michalewicz, *Lekarze pierwszego kontaktu w wybranych krajach Unii Europejskiej (Austrii, Belgii, Francji, Szwecji, RFN, Wielkiej Brytanii) – Informacja nr 682*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 1999, s. 1.

lu i kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej), ale również pacjentów. To właśnie te czynniki decydują zarówno o poziomie kosztów działalności zakładów, jak i o możliwości zatrudnienia odpowiednio kwalifikowanej kadry medycznej, a więc o jakości świadczonych usług medycznych. Konieczne jest spowodowanie, aby osoby wykonujące zawody medyczne mogły pracować w zadowalających warunkach oraz by systemy wynagradzania za pracę w sektorze ochrony zdrowia sprzyjały efektywności oraz przejrzystości. W tym celu proponuje się wprowadzenie systemu wartościowania pracy lekarskiej opartego na dwóch filarach (które można wykorzystywać odrębnie lub wspólnie). Pierwszy filar systemu określa pożądany poziom wynagrodzenia w skali roku jako krotność wartości PKB per capita, skorygowanej wysokością zarobków w innych krajach oraz w innych grupach zawodowych, przy założeniu wykonywania pracy w normalnym wymiarze czasu. W drugim filarze proponuje się skalę punktową oraz kwotową w odniesieniu do poszczególnych procedur medycznych, wykonywanych przez lekarza. Uwzględniając czynniki określone w pierwszym filarze oraz sytuację w polskiej i światowej gospodarce, należy przyjąć współczynnik 2,7, co przy PKB per capita na poziomie 4944 USD (2002 r.), kształtuje miesięczne podstawowe wynagrodzenie lekarza na poziomie ok. 4 tys. PLN. Aktualny poziom wynagrodzeń lekarzy w Polsce znacznie odbiega nie tylko od poziomu w krajach rozwiniętych, ale również od obliczonej postulowanej kwoty⁷.

ASPEKT INTEGRACYJNY

Wskaźniki dotyczące liczby kadry medycznej w Polsce są niższe od przeciętnych standardów zachodnioeuropejskich. Od drugiej połowy lat 90. w krajach Unii Europejskiej widoczny jest stały wzrost liczby *bialego personelu*.

Tabela 2

Lekarze zatrudnieni na 1 tys. ludności

Kraj	1990 r.	1995 r.	2000 r.
1	2	3	4
Włochy	4,7	5,7	6,0
Belgia	3,3	3,5	3,9
Niemcy	3,1	3,4	3,6
Dania	3,1	3,3	3,4
Francja	3,1	3,2	3,3

⁷ A. Kozierkiewicz, *System wartościowania pracy lekarzy*, Wydawnictwa Medyczne „Termedia”, Poznań 2003, s. 10.

1	2	3	4
Hiszpania	2,3	2,5	3,3
Portugalia	2,8	3,0	3,2
Holandia	2,5	bd	3,2
Finlandia	2,4	2,8	3,1
Luksemburg	2,0	2,8	3,1
Austria	2,2	2,7	3,1
Wielka Brytania	1,4	1,6	1,8
Grecja	3,4	3,9	bd
Szwecja	2,9	2,8	bd
Irlandia	1,6	2,1	bd
Średnia dla krajów UE	2,7	3,1	3,4
Polska	2,1	2,3	2,2

Źródło: *Sfera społeczna w Polsce na tle Unii Europejskiej i krajów kandydujących (wybrane zagadnienia)*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Departament Rozwoju i Koordynacji Oceny Skutków Regulacji, Warszawa, kwiecień 2003 r., za OECD Health Data 2002, EUROSTAT Statistical Yearbook on Candidate and South-East European Countries 2002.

Dyrektorat Unii Europejskiej ds. Zdrowia opracował w latach 90. roboczy dokument *Health and Enlargement* określający kluczowe problemy związane z rozszerzeniem Unii Europejskiej, do których zaliczono względnie małe zarobki kadr medycznych w krajach kandydujących i związane z tym zagrożenie masowego przenoszenia się do krajów członkowskich⁸.

Nierównomierny rozwój gospodarczy krajów europejskich powoduje okresowe braki kadrowe w jednych rejonach, podczas gdy w innych występuje zjawisko bezrobocia. Podstawowe zasady integracji europejskiej – swobodny przepływ osób i swoboda świadczenia usług służą promowaniu przepływu pracowników i niwelowaniu powstałych różnic społeczno-gospodarczych. Jednym z wykorzystywanych w tym celu mechanizmów jest uznawanie kwalifikacji zawodowych obywateli poszczególnych krajów Unii w innych krajach członkowskich.

W Unii Europejskiej obowiązuje 15 dyrektyw opisujących ogólny system uznawania kwalifikacji oraz dyrektywy sektorowe odnoszące się m.in. do zawodów medycznych: lekarz (Dyrektywa Rady 93/16), lekarz dentyista (Dyrektywy Rady 78/686 i 78/687), pielęgniarka (Dyrektywy Rady 77/4526 i 77/453), położna (Dyrektywy Rady 80/154 i 80/155), farmaceuta (Dyrektywy Rady 85/432 i 85/433). Dyrektywy sektorowe stanowią, że wszystkie kraje członkowskie wprowadzają zasadę automatycznego uznawania kwalifikacji podstawowych

⁸ A. Juda, *Szanse i zagrożenia związane z procesami przekształceń w ochronie zdrowia*, www.mp.pl, s. 5.

tzn. uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje w dziedzinie medycyny, a w przypadku lekarza i lekarza dentystry – dodatkowo zasadę automatycznego uznawania kwalifikacji specjalistycznych⁹.

Zgodnie z dyrektywami, warunkiem uzyskania kwalifikacji w zawodzie pielęgniarstwa jest posiadanie średniego wykształcenia, odbycie kształcenia zawodowego trwającego nie krócej niż 3 lata oraz co najmniej trzyletnia praktyka zawodowa (w systemie ciągłym). Rola pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia z roku na rok wzrasta. Spowodowane jest to starzeniem się społeczeństwa, rozszerzaniem opieki domowej oraz wprowadzaniem nowych technologii. Ze względu na konieczność właściwego przygotowania zawodowego, dąży się do prowadzenia w przyszłości kształcenia pielęgniarek wyłącznie na poziomie wyższym. Aktualnie kwalifikacje magistra pielęgniarstwa lub położnictwa są uznawane automatycznie¹⁰.

Automatyczne uznawanie dyplomów ukończenia studiów oraz posiadanych kwalifikacji zawodowych możliwe jest dzięki zawartym w dyrektywach UE przepisom harmonizującym wykształcenie poprzez szczegółowe określenie programów studiów, rodzajów specjalizacji oraz tytułów naukowych. Dyrektywy określają również wymogi, jakie kraje członkowskie mogą stawiać profesjonalistom z innego kraju członkowskiego, który pragnie na ich terenie wykonywać zawód na zasadach swobody świadczenia usług (indywidualna praktyka) lub stałej działalności zawodowej (umowa o pracę)¹¹. Osoby wykonujące zawody medyczne zainteresowane podjęciem pracy zobowiązane są przedstawić dyplom poświadczający kwalifikacje, zaświadczenie o stanie zdrowia, dokument poświadczający nienaganną postawę etyczną oraz oświadczenie o znajomości języka państwa przyjmującego w stopniu niezbędnym do wykonywania zawodu. Ponadto osoba ubiegająca się o podjęcie stałego wykonywania zawodu (wg prawa unijnego jest to okres dłuższy niż trzy miesiące) podlega obowiązkowi rejestracji w odpowiedniej organizacji lub korporacji zawodowej w miejscu, w którym ma zamiar praktykować¹².

⁹ K. Walkowska, *Polska w Unii Europejskiej – prawne aspekty wykonywania zawodów medycznych Unii Europejskiej. Konferencja Integracja Europejska – aspekty praktyczne w ochronie zdrowia*, Falenty 29–30.05.2003 r., „Eskulap” – Łódzki Informator Medyczny, nr 5(54)/2003, s.195.

¹⁰ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach europejskich (Danii, Finlandii, Grecji, Holandii, Norwegii) – Informacja nr 949*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 2003, s. 1.

¹¹ *Informacja dla sejmowej Komisji Zdrowia na temat przystosowania polityki zdrowotnej Polski i harmonizacji prawa z zakresu ochrony zdrowia do wymogów Unii Europejskiej*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 1999.

¹² K. Walkowska, *Polska w Unii Europejskiej – prawne aspekty wykonywania zawodów medycznych w Unii Europejskiej. Konferencja Integracja Europejska – aspekty praktyczne w ochronie zdrowia*, Falenty 29–30.05.2003 r., „Eskulap” – Łódzki Informator Medyczny, nr 5(54)/2003, s. 195.

Dla osób wykonujących zawody medyczne system uznawania kwalifikacji wprowadzony w Unii Europejskiej oznacza więc pełną swobodę przemieszczania się pomiędzy krajami członkowskimi, swobodę wykonywania zawodu lub podejmowania działalności. W konsekwencji osoby poszukujące pracy mogą wykonywać ją w tym kraju, w którym mają największe możliwości rozwoju zawodowego i najkorzystniejsze warunki finansowe.

Większość krajów UE ma dla polskiego *białego personelu* lepszą ofertę niż rodzime instytucje. Z informacji przygotowanych przez EUROSTAT wynika, że stopa zatrudnienia w Unii Europejskiej wzrosła w 2002 r. o 0,3% w stosunku do roku poprzedniego, co oznacza wzrost miejsc pracy o 1,7 miliona. Stopa zatrudnienia w krajach UE wyniosła w 2002 r. 64,2%, co jest równoważne 163 milionom miejsc pracy. W tym samym roku w Polsce stopa zatrudnienia wynosiła 51,7%. Poziom ten jest najniższy nie tylko wśród krajów UE, ale również wśród krajów kandydujących. Średnia dla krajów członkowskich UE to 64,2%¹³.

Z punktu widzenia wysokości i struktury zatrudnienia *białego personelu* w poszczególnych krajach członkowskich UE duże znaczenie będzie miała dyrektywa 93/104/EC, która określa podstawowy dobowy wymiar czasu pracy na poziomie 8 godzin, a maksymalny tygodniowy czas pracy – 48 godzin. Zgodnie z wykładnią tej dyrektywy, której Europejski Trybunał Sprawiedliwości dokonał już dwukrotnie, do czasu pracy wliczany jest także czas dyżurów lekarskich. Niektóre kraje Unii Europejskiej oszacowały już swoje potrzeby kadrowe związane z koniecznością skrócenia czasu pracy lekarzy, np.: Niemcy – 25 tys., Holandia – 10 tys., Wielka Brytania – 3,7 tys.¹⁴

PODSUMOWANIE

W ostatnich latach obserwuje się dużą aktywność ośrodków medycznych krajów członkowskich Unii Europejskiej w poszukiwaniu wykwalifikowanych pracowników medycznych w Polsce. Po akcesji i zniesieniu wielu ograniczeń formalnoprawnych ten kierunek może się wzmocnić. Będzie to korzystne z punktu widzenia *białego personelu* i równocześnie niebezpieczne dla polskiego systemu zdrowotnego, który sam w sobie niestabilny, może nie podołać działaniu w warunkach coraz niższego poziomu zatrudnienia.

Poziom wynagrodzeń lekarzy w poszczególnych krajach jest wypadkową poziomu rozwoju ekonomicznego, sposobu organizacji opieki zdrowotnej, roli i wielkości sektora prywatnego i publicznego oraz siły wpływu środowiska medycznego. Reforma kształcenia i polityka personalna w ochronie zdrowia po-

¹³ www.europa.eu.int/comm/eurostat

¹⁴ *Praca profesjonalistów medycznych w krajach UE*, „Służba Zdrowia”, nr 31–34/2004, s. 34.

winy iść w kierunku podniesienia pozycji zawodowej i ekonomicznej polskich lekarzy i pielęgniarek, w przeciwnym wypadku integracja europejska i globalizacja oraz konkurencja ze strony innych sektorów gospodarki spowodują w niedługim czasie odpływ *białego personelu* z zawodu i z kraju.

LITERATURA

- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2003.
- Danielewicz R., *Swobodny przepływ pracowników ochrony zdrowia (wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych w zawodach medycznych, możliwości zatrudnienia, zakładania firm)*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 14 kwietnia 2004.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Lekarze pierwszego kontaktu w wybranych krajach Unii Europejskiej (Austrii, Belgii, Francji, Szwecji, RFN, Wielkiej Brytanii) – Informacja nr 682*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 1999.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Systemy kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach europejskich (Danii, Finlandii, Grecji, Holandii, Norwegii) – Informacja nr 949*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa 2003.
- Informacja dla sejmowej Komisji Zdrowia na temat przystosowania polityki zdrowotnej Polski i harmonizacji prawa z zakresu ochrony zdrowia do wymogów Unii Europejskiej*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 1999.
- Juda A., *Szanse i zagrożenia związane z procesami przekształceń w ochronie zdrowia*, www.mp.pl
- Kozierkiewicz A., *System wartościowania pracy lekarzy*, Wydawnictwa Medyczne „Termedia”, Poznań 2003.
- Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 r., 1999 r., 2000 r., 2001 r., 2002 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Praca profesjonalistów medycznych w krajach UE*, „Służba Zdrowia”, nr 31–34/2004 r., s. 33.
- Rocznik Statystyczny GUS 2002 r.*
- Sfera społeczna w okresie transformacji. Zjawiska i tendencje*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa, kwiecień 2002.
- Sfera społeczna w Polsce na tle Unii Europejskiej i krajów kandydujących (wybrane zagadnienia)*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Departament Rozwoju i Koordynacji Oceny Skutków Regulacji, Warszawa, kwiecień 2003.
- Traktat Akcesyjny*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej.
- Transformacja społeczno-gospodarcza w Polsce*, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa, lipiec 2002.
- Walkowska K., *Polska w Unii Europejskiej – prawne aspekty wykonywania zawodów medycznych w Unii Europejskiej, Konferencja Integracja Europejska – aspekty praktyczne w ochronie zdrowia*, Falenty 29–30.05.2003 r., „Eskulap” – Łódzki Informator Medyczny, nr 5(54)/2003, s. 195.

Restructuring of White Staff Employment – the Instrument in Social Inequality Limiting Process

Summary

This article is the attempt of short analysis of medical staff situation in Poland, in the light of social conversion, economic transformation and european integration process. The author presents current structure of employment along with factors, which stipulate it. Author puts the thesis about the role of restructuring white staff employment, as an instrument, in the limiting social inequality process, in which medical staff as well as patients participate.