

Problem dostępności zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

Magdalena Kludacz

Politechnika Warszawska, Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych w Płocku
e-mail: m.kludacz@pw.plock.pl

DOI: 10.12846/j.em.2015.01.01

Streszczenie

Podstawą każdego systemu ochrony zdrowia są pracownicy medyczni, którzy stanowią główne zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. W polskim systemie ochrony zdrowia od wielu lat występuje problem braku równowagi między stale rosnącym popytem na usługi zdrowotne a podażą zasobów ludzkich niezbędnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Celem opracowania jest zbadanie dostępności personelu medycznego w Polsce i jej ocena na tle innych krajów OECD w okresie 2000-2012. W artykule dokonano również diagnozy przyczyn małej dostępności personelu medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia. W badaniu uwzględniono trzy grupy pracowników. Są to: lekarze, pielęgniarki i położne. W analizie uwzględniono najbardziej aktualne problemy polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym: migracji personelu medycznego, rosnących potrzeb społecznych na skutek zmian demograficznych i przewidywanego starzenia się społeczeństwa. Materiałem źródłowym do opracowania niniejszej analizy były dane pochodzące z bazy OECD, Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Słowa kluczowe

personel medyczny, zasoby ludzkie w ochronie zdrowia, dostępność lekarzy, pielęgniarek i położnych

Wstęp

Procesy zachodzące w systemie ochrony zdrowia wpływają w dużym stopniu na sytuację społeczno-ekonomiczną kraju i jakość życia jego mieszkańców. Z drugiej strony, efektywne funkcjonowanie systemu zdrowotnego zależy od różnorodnych

czynników makroekonomicznych, demograficznych i prawnych. Na sytuację w systemie ochrony zdrowia ma wpływ na między innymi: stan finansów publicznych, stopa bezrobocia, tempo wzrostu gospodarczego, a także jakość regulacji prawnych.

Jednym z najważniejszych elementów tego systemu jest dostępność usług medycznych, a w szczególności wielkość zasobów ludzkich pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Niedobór tych zasobów może być bowiem przyczyną zmniejszenia liczby usług medycznych, a w konsekwencji zwiększenia problemów zdrowotnych populacji. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego w kraju opartej na potrzebach jego mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej.

W literaturze przedmiotu już dawno wykazano, że od dostępności personelu medycznego zależy zdrowie ludności (Angus, Brothers, 1976; Ng i in., 1997). Brak opieki zdrowotnej i personelu w pobliżu miejsca zamieszkania może zmniejszyć liczbę świadczonych usług medycznych, a to z kolei prowadzi do niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych (Gruz, 1997; Wyszowska, Hnatyszyn-Dzikowska, 2010). Zakłada się, że w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, wszyscy obywatele powinni mieć odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca zamieszkania, a więc kadra medyczna powinna być rozmieszczona zgodnie z potrzebami ludności. Niedobór i nierówności w rozmieszczeniu pracowników medycznych są jednym z ważniejszych problemów poszczególnych państw i regionów. Systemy opieki zdrowotnej potrzebują odpowiedniej liczby dobrze wyszkolonych pracowników medycznych. Dodatkowo, w miarę starzenia się społeczeństwa wzrastają potrzeby w tym zakresie (Kludacz, Piekut, 2014).

Celem artykułu jest ocena dostępności personelu medycznego w Polsce na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Cooperation and Development - OECD*) w latach 2000-2012. W analizie wykorzystano wskaźniki liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców (wskaźniki nasycenia). Szczególną uwagę zwrócono na strukturę personelu medycznego według wieku i specjalności. Materiał źródłowy do analizy stanowiły dane pochodzące z bazy OECD, Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Przeprowadzona analiza pokazuje, że dostępność kadr medycznych w Polsce jest bardzo niska, szczególnie na tle innych państw OECD. W opracowaniu zasygnalizowano również przyczyny tak niskiej dostępności personelu medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia. W artykule wskazano na wybrane czynniki ekonomiczne, demograficzne i społeczne, które mogą stanowić przyczynę niedoborów kadrowych w naszym kraju. Opracowanie powinno inspirować do ko-

lejszych badań mających na celu ustalenie najbardziej istotnych czynników wpływających na dostępność personelu medycznego przy wykorzystaniu wieloczynnikowych analiz statystycznych.

1. Znaczenie zasobów ludzkich w ochronie zdrowia

Sprawne kierowanie systemem ochrony zdrowia zależy w znacznym stopniu od właściwego zarządzania jego zasobami ludzkimi na poziomie centralnym. Problem ten staje się szczególnie istotny w sytuacji ich ograniczoności. Zasoby ludzkie są rozumiane w literaturze przedmiotu jako zasób kwalifikacji i umiejętności wszystkich osób funkcjonujących w danym systemie. W dużej mierze są one warunkowane wiedzą i motywacją pracowników. Warto podkreślić, że w literaturze przedmiotu funkcjonują definicje zasobów ludzkich systemu ochrony zdrowia w dwóch ujęciach (Zybała, 2009):

- wąskim – jako personel medyczny zatrudniony w jednostkach ochrony zdrowia (*International Labour*);
- szerokim – jako zasób wszystkich pracowników instytucji systemu ochrony zdrowia, w tym pracownicy administracyjni szczebla centralnego i samorządowego, pracownicy NFZ, systemów informatycznych, pracownicy nauki i kształcenia oraz pracownicy obsługi.

Od 2006 roku Światowa Organizacja Zdrowia definiuje te zasoby w ujęciu szerokim jako wszystkich ludzi zaangażowanych w działania, których głównym zamiarem jest poprawa stanu zdrowia (WHO, 2006). W niniejszym opracowaniu zasoby ludzkie ochrony zdrowia będą jednak rozumiane w wąskim znaczeniu, gdyż to przede wszystkim personel medyczny jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na efektywność systemu ochrony zdrowia w każdym kraju. Realizacja celów zdrowotnych i jakość świadczeń medycznych zależy w znacznym stopniu właśnie od wykształcenia, wiedzy, umiejętności i motywacji personelu medycznego.

W skład personelu medycznego wchodzi nie tylko lekarze, ale również pielęgniarki i położne, stomatolodzy, technicy medyczni, rehabilitanci, personel medycznych niższego szczebla, na przykład salowe (Król, Ludwiczynski, 2006). Znaczną część zasobów ludzkich sektora opieki zdrowotnej tworzy kadra o bardzo wysokich kwalifikacjach, a jej wykształcenie pochłania znaczne środki budżetowe; są to zasoby newralgiczne, gdyż zaspokajają niezwykle istotne potrzeby społeczne. Problem właściwej dostępności tych zasobów na poziomie krajowym i regionalnym nabiera zatem szczególnie istotnej wagi. Warto podkreślić, że na dostępność zasobów wpływa nie tylko poziom dóbr i sposób ich wykorzystania, ale również odpowiednia

ich alokacja, czyli rozdział zasobów już posiadanych. Alokacja polega zarządzaniu zasobami w celu osiągnięcia w przyszłości określonych zamierzeń (Udziałko, Radościński, 2009).

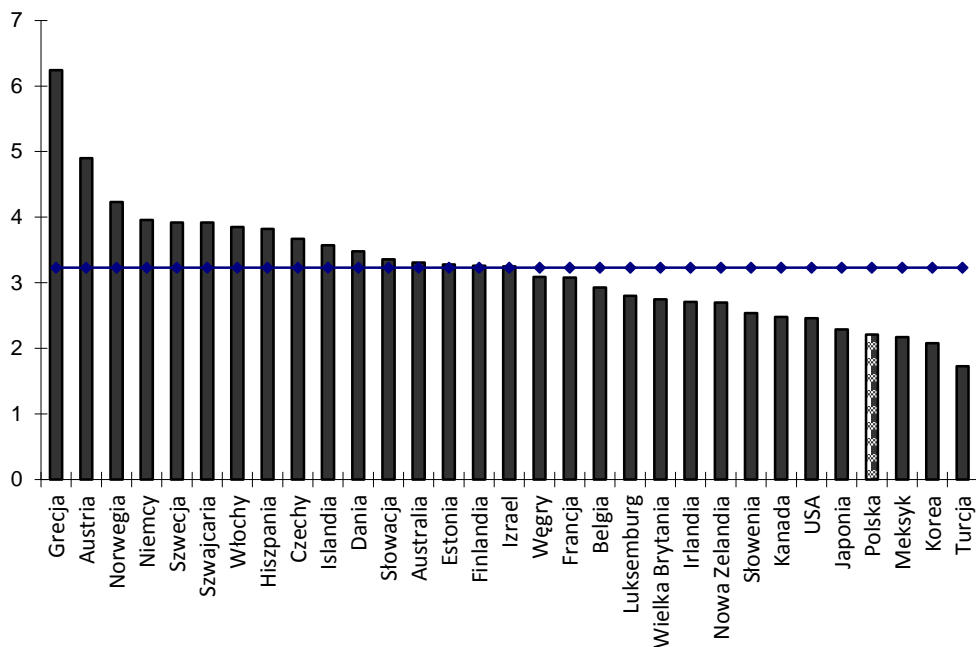
Od zaangażowania, wiedzy, kompetencji i motywacji personelu medycznego zależy jakość świadczeń zdrowotnych zarówno w ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych jednostkach ochrony zdrowia, a więc zdrowie i życie pacjentów. Z drugiej strony, dostępność i wydajność dobrze wykształconego personelu medycznego w poszczególnych podmiotach leczniczych decyduje o realizacji celów zdrowotnych i efektywności ekonomicznej całego systemu opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu wskazuje się na problemy w realizacji celów polityki zdrowotnej poszczególnych państw związane z niedoborem personelu medycznego (WHO, 2006).

Dostępność personelu medycznego można zatem rozpatrywać na poziomie mikroekonomicznym (konkretnego podmiotu leczniczego) i makroekonomicznym (całego systemu ochrony zdrowia). W ujęciu mikroekonomicznym dostępność personelu medycznego można rozpatrywać w kontekście poziomu i rozmieszczenia pracowników w strukturze organizacyjnej podmiotu i na stanowiskach pracy. Rozmieszczenie to powinno być dopasowane do uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, a przede wszystkim do celów realizowanych przez podmiot leczniczy. Do czynników wewnętrznych, które należy uwzględnić przy planowaniu tego rozmieszczenia należy uwzględnić: liczbę i rodzaj świadczonych usług medycznych, średni czas wykonywania poszczególnych usług, efektywny czas pracy personelu medycznego. Z kolei do czynników zewnętrznych można zaliczyć uwarunkowania prawne na przykład dotyczące wynagrodzeń personelu medycznego, kontrakty podpisane z Narodowym Funduszem Zdrowia (Wyszkowska, 2013).

W ujęciu makroekonomicznym dostępność personelu medycznego należy rozpatrywać w kontekście poziomu i rozmieszczenia personelu medycznego w całym systemie opieki zdrowotnej w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych całego społeczeństwa i realizacji innych zadań na poziomie systemu. Na dostępność w tym ujęciu wpływają między innymi takie czynniki, jak: poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia, inwestycje prywatne na ochronę zdrowia, czynniki demograficzne i epidemiologiczne, tempo postępu technologicznego i poziom rozwoju nauk medycznych, globalizacja prowadząca do migracji personelu medycznego (Frączkiewicz-Wronka, Austen, Majowska, 2008).

2. Analiza dostępności lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów OECD

Szczególnie cenną grupę zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia stanowią lekarze. To w dużej mierze dostępność i kwalifikacje personelu lekarskiego wpływają na zadowolenie i bezpieczeństwo pacjentów, a przede wszystkim na jakość świadczeń medycznych (Niżankowski, 2000). Przeciętne zasoby lekarzy w Polsce w porównaniu z innymi krajami OECD nie są imponujące. Liczba lekarzy w Polsce zatrudnionych w publicznych i niepublicznych podmiotach leczniczych na koniec 2012 roku według danych OECD wynosiła niewiele ponad 85 tysięcy. Liczbę lekarzy przypadającą na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku przedstawiono na rys. 1.



Rys. 1. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

W 2012 roku najwięcej czynnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców było w Grecji (6,2), Austrii (4,9) i Niemczech (4,0) przy czym średnia dla krajów OECD wynosiła 3,2. Polska ze wskaźnikiem 2,2 była w tym zestawieniu państwem prawie

na ostatnim miejscu. Mniej lekarzy na 1000 mieszkańców odnotowano jedynie w Turcji (1,7), Korei (2,1) i Meksyku (2,2). Można zatem przypuszczać, że istnieje dodatnia korelacja między poziomem zamożności danego społeczeństwa a poziomem zatrudnienia lekarzy. W krajach bogatszych jest bowiem obserwowany wyższy udział pracowników medycznych niż w krajach biedniejszych (Frączkiewicz-Wronka, Austen, Majowska, 2008). W celu weryfikacji tej hipotezy zbadano jednak korelację między dwiema zmiennymi: wskaźnikiem liczby lekarzy na 1000 mieszkańców i wskaźnikiem PKB *per capita*, który jest uznawany za wskaźnik zamożności społeczeństwa. Otrzymane wyniki przedstawiono w tab. 1.

Tab. 1. Wyniki badania korelacji dla n=31 państw OECD

| Wyszczególnienie | Średnia | Odchylenie standardowe | r (X,Y) | r ² | t | p |
|------------------------------------|----------|------------------------|----------|----------------|----------|----------|
| PKB <i>per capita</i> | 38,38052 | 12,08865 | - | - | - | - |
| Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców | 3,22710 | 0,90950 | 0,198780 | 0,039514 | 1,092261 | 0,283710 |

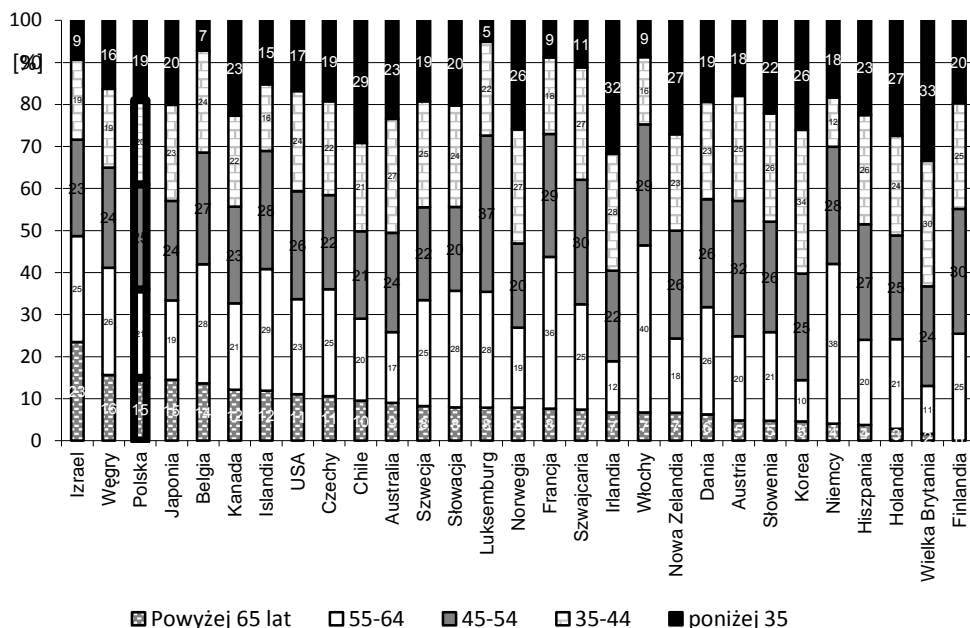
Źródło: opracowanie własne.

Wartość współczynnika korelacji wynosi jedynie 0,19, co świadczy o słabej zależności poziomu zatrudnienia lekarzy od PKB *per capita*. Współczynnik determinacji wynosi 0,039, co oznacza, że poziom zatrudnienia lekarzy w danym kraju jest tylko w 4% wyjaśniony wskaźnikiem PKB *per capita*. Poziom istotności p dla statystyki t badającej istotność korelacji jest znacznie większy od 0,05, co oznacza, że współczynnik korelacji nie jest istotnie różny od 0. Przedstawione wyniki pokazują zatem, że korelacja między badanymi zmiennymi nie występuje.

Wprawdzie liczba lekarzy w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2012 roku wynosiła 137 109, ale liczba lekarzy praktykujących stanowiła jedynie 62% tego poziomu. Warto podkreślić, że braki kadrowe są odczuwalne nie tylko na poziomie całego systemu ochrony zdrowia, ale również na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych.

Niedobór personelu to niejedyny problem polskiego systemu ochrony zdrowia. Kolejny stanowi starzenie się społeczeństwa i struktura wieku zatrudnionych lekarzy. Z powodu zmian demograficznych, jeszcze większe problemy związane z niedoborem pracowników medycznych pojawią się już za kilkanaście lat. Udział pracujących lekarzy powyżej 65 roku życia wynosi 15% i jest to jeden z najgorszych rezultatów wśród krajów OECD. Wynika to z tego, że wiele podmiotów leczniczych rozwiązuje problem niedoboru lekarzy zatrudniając emerytów. Większy udział lekarzy w tym wieku występuje jedynie w Izraelu (23,5%) i na Węgrzech (15,6%).

Strukturę pracujących lekarzy według wieku w krajach OECD w 2012 roku przedstawiono na rys. 2.



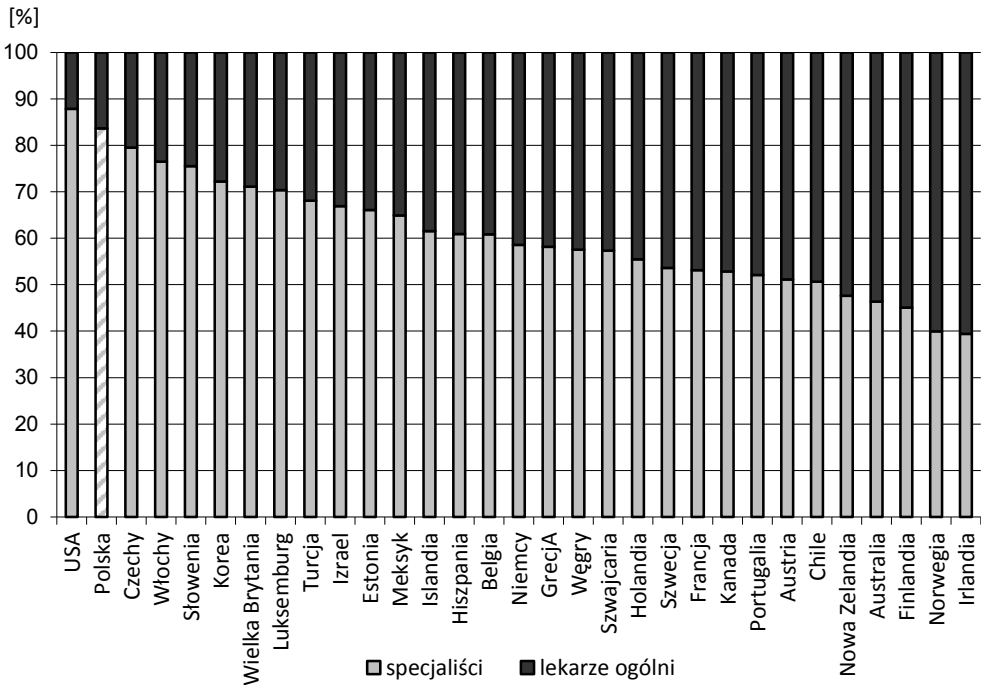
Rys. 2. Struktura pracujących lekarzy według wieku w krajach OECD w 2012 roku [%]

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

Około 61% lekarzy w Polsce jest w wieku powyżej 45 lat, a 36% powyżej 55 lat. Z danych przedstawionych na rys. 2 wynika, że w 2012 roku najliczniejszą grupę wśród lekarzy stanowili pracownicy w wieku od 45 do 54 lat. Ich odsetek wynosił 25%. Stosunkowo mały był za to udział pracowników najmłodszych, czyli w wieku poniżej 35 lat. W 2012 roku stanowili oni 19% wszystkich pracujących lekarzy. Problemem staje się zatem pozyskanie młodego personelu, który zapełni lukę pokoleniową. Istnieje niebezpieczeństwo, że w pewnym momencie znaczna część lekarzy przejdzie na emeryturę i nie będzie miał ich kto zastąpić. Problem ten dotyczy również innych krajów. Najgorsza struktura wiekowa lekarzy występuje w takich krajach, jak: Izrael, Włochy i Francja. Najlepsza struktura lekarzy pod względem wieku występuje w Wielkiej Brytanii, gdzie 33,4% pracowników jest poniżej 35 roku życia, a aż 63,3% poniżej 45 roku życia. Z drugiej strony, tylko 13%

lekarzy jest powyżej 55 roku życia. Również bardzo dobra struktura wieku występuje w Irlandii (55,5% lekarzy ma mniej niż 45 lat, a 18,9% jest powyżej 55 roku życia) i Korei (60,2% lekarzy ma mniej niż 45 lat, a 14,4% jest powyżej 55 roku życia).

W porównaniu do innych państw OECD Polska ma prawie największy udział lekarzy specjalistów (83,7%), którzy odgrywają szczególną rolę w rozwoju systemu ochrony zdrowia. Większy udział lekarzy specjalistów występuje jedynie w Stanach Zjednoczonych (87,9%). Strukturę lekarzy według kategorii w poszczególnych państwach OECD przedstawiono na rys. 3.

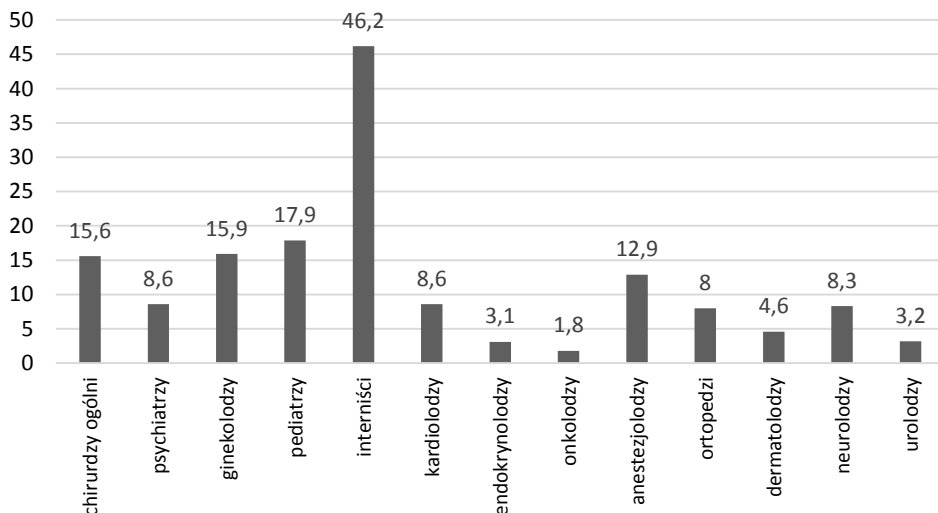


Rys. 3. Struktura pracujących lekarzy według kategorii w krajach OECD w 2012 roku [%]

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

Znaczna przewaga lekarzy specjalistów występuje również w takich państwach, jak: Czechy (79,5%), Włochy (76,5%), Słowenia (75,5%), Korea (72,2%) i Wielka Brytania (71%). Z kolei najmniejszy udział lekarzy specjalistów jest obserwowany w Irlandii (39,4%) i Norwegii (40%). Analiza wskaźnika liczby lekarzy specjalistów

na 1000 mieszkańców wykazała, że największe wartości przyjmuje on w Grecji (3,6), we Włoszech (2,95) i w Czechach (2,92). Natomiast najmniej lekarzy na 1000 mieszkańców przypada w Chile (0,9). W Polsce wskaźnik lekarzy specjalistów na 1000 mieszkańców wynosi 1,85, czyli poniżej średniej dla krajów OECD wynoszącej 1,93. Warto dodać, że w analizowanym okresie wskaźnik liczby lekarzy specjalistów wzrastał zarówno w Polsce, jak i w większości krajów OECD. Mimo tego ocenia się, że w Polsce nadal brakuje lekarzy w wielu specjalizacjach. Liczbę lekarzy pracujących w wybranych specjalizacjach w Polsce w 2014 roku przedstawiono na rys. 4.



Rys. 4. Liczba polskich lekarzy specjalistów na 100 tysięcy mieszkańców w 2014 roku

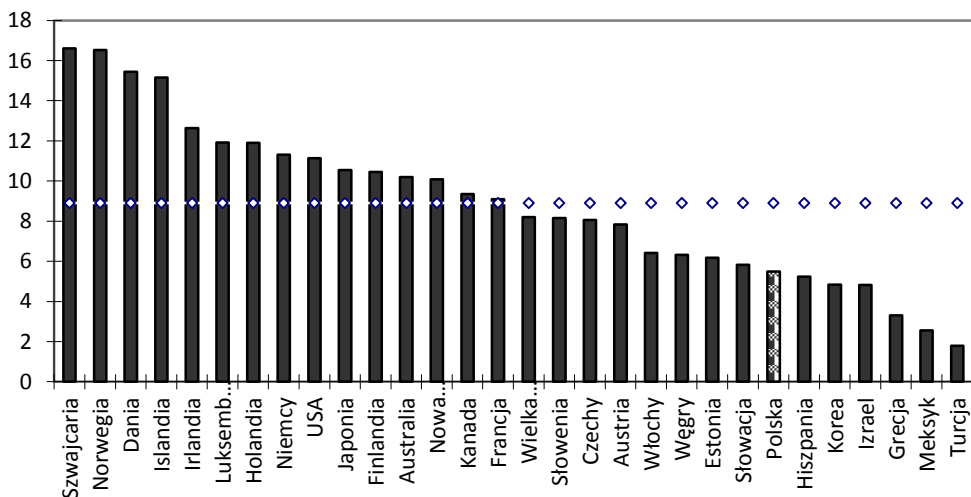
Źródło: opracowanie własne na podstawie (Naczelna Izba ..., 2014).

Z uzyskanych danych wynika, że najwięcej polskich lekarzy pracuje w takich specjalizacjach, jak: choroby wewnętrzne (46,2), pediatria (17,9), położnictwo i ginekologia (15,9), chirurgia ogólna (15,6) i anestezjologia (12,9). Z drugiej strony we wszystkich tych specjalizacjach liczba lekarzy zmniejszyła się w analizowanym okresie. W największym stopniu zmalała liczba ginekologów i pediatrów. Największe niedobory występują w anestezjologii, chirurgii, pediatrii. Brakuje również kardiologów, endokrynologów, neurologów, a także neonatologów, pulmonologów, torakochirurgów, hematologów. Największe deficyty kadrowe dotyczące specjalistów występują w szpitalach powiatowych i lecznictwie ambulatoryjnym, szczególnie

w małych miejscowościach. Niedobory te wynikają z tego, że część lekarzy, kiedy tylko zrobi specjalizację, opuszcza kraj i podejmuje pracę za granicą (Krysiak, 2013). Warto podkreślić, że badania prezentowane w literaturze światowej pokazują, że największe niedobory w skali globalnej występują w odniesieniu do chirurgów i anestezjologów (Hoyler i in., 2014).

3. Analiza dostępności pielęgniarek i położnych w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów OECD

Najliczniej reprezentowaną grupą zawodów medycznych stanowią pielęgniarki. Aktualnie pracuje w Polsce około 200 tysięcy pielęgniarek. Z przedstawionych danych wynika, że - podobnie jak w przypadku lekarzy - również liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce jest mniejsza niż średnia dla krajów OECD i w 2012 roku wynosiła 5,5. Z kolei średnia dla analizowanych państw OECD wynosiła 8,9. Wskaźnik ten charakteryzuje się bardzo dużym zróżnicowaniem w poszczególnych krajach. Liczbę pielęgniarek na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku przedstawiono na rys. 5.



Rys. 5. Liczba praktykujących pielęgniarek na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku

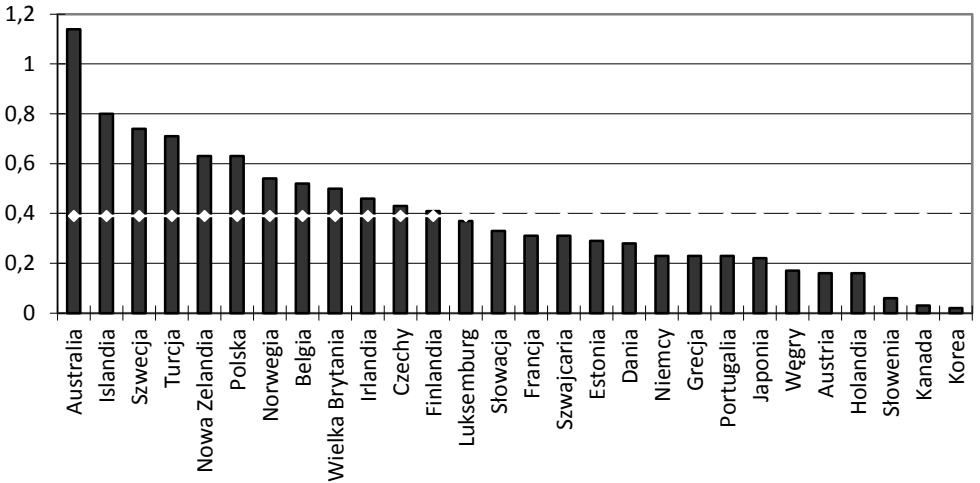
Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

Najwięcej pielęgniarek na 1000 mieszkańców pracuje w Szwajcarii (16,6), Norwegii (16,5), Danii (15,4), Islandii (15,2) i Irlandii (12,6). Natomiast najmniej pielęgniarek pracuje w Turcji (1,8 na 1000 mieszkańców), Meksyku (2,6), Grecji (3,3) Izraelu i Korei (4,8). Według danych OECD i Eurostatu Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc na tle innych krajów europejskich w ocenie sytuacji posiadanych zasobów pielęgniarskich *per capita*. Niewiele gorsza sytuacja jest jedynie na Łotwie (4,9), w Bułgarii (4,2) i Grecji (3,3). Wskaźnik dla Polski jest ponaddwukrotnie mniejszy od wskaźników w najbardziej rozwiniętych krajach europejskich, co jest szczególnie niepokojące, ponieważ liczba osób rozpoczynających kształcenie w tym zawodzie również drastycznie spada. Liczba absolwentów kierunków pielęgniarskich w Polsce jest podobna do liczby absolwentów kierunków lekarskich, podczas gdy w innych krajach europejskich kształci się ponad dwa razy więcej pielęgniarek niż lekarzy.

W Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2012 roku było 285 339 pielęgniarek. Jednak liczba praktykujących pielęgniarek stanowiła jedynie około 60% tego poziomu. Niski udział pracującego personelu medycznego, w tym zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek w liczbie personelu uprawnionego do wykonywania zawodu wynika w dużej mierze z emigracji i odpływu specjalistów z publicznej opieki zdrowotnej do sektora farmaceutycznego. Niedostateczne zainteresowanie kierunkiem pielęgniarskim jest spowodowane stosunkowo niskimi wynagrodzeniami, niskim statusem społecznym w tym zawodzie, a z drugiej strony wysokim poziomem odpowiedzialności, długim okresem kształcenia, wysokimi wymaganiami zawodowymi i społecznymi (Włodarczyk, Domagała, 2011; Heinen i in., 2013).

Znacznie lepiej wygląda sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia pod względem liczby pracujących położnych. W 2012 roku na 1000 mieszkańców przypadało bowiem 0,6 położnych, co dawało Polsce piąte miejsce wśród krajów OECD. Liczbę położnych na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku przedstawiono na rys. 6.

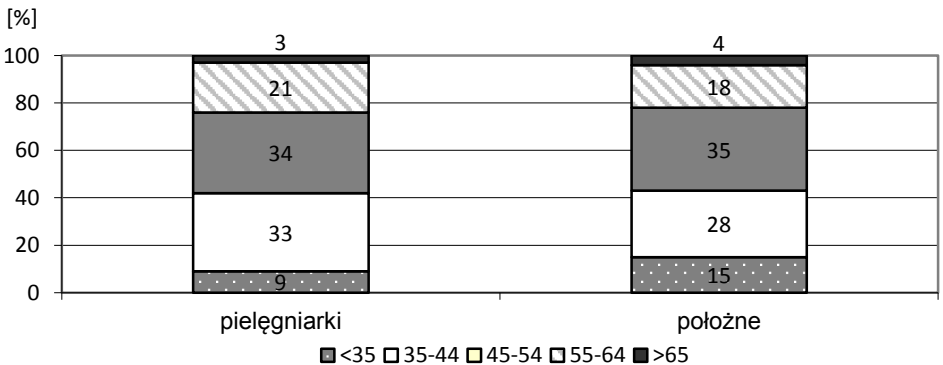
Więcej położnych niż w Polsce pracowało jedynie w Australii (1,1), Islandii (0,8), Szwecji i Turcji (0,7). W 2012 roku średnia dla analizowanych państw OECD wynosiła 0,4. Najmniej położnych pracuje w takich krajach, jak: Korea (0,02), Kanada (0,03), Słowenia (0,16), Austria (0,16) i Węgry (0,17).



Rys. 6. Liczba położnych na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

Podobnie jak w przypadku lekarzy, również w grupie pielęgniarek i położnych obserwowany jest problem starzenia się kadr i niekorzystnej struktury wieku. Większość pielęgniarek i położnych ma ponad 45 lat i w ciągu najbliższych 20 lat przejdzie na emeryturę. Strukturę polskich pielęgniarek i położnych według wieku w 2012 roku przedstawiono na rys. 7.



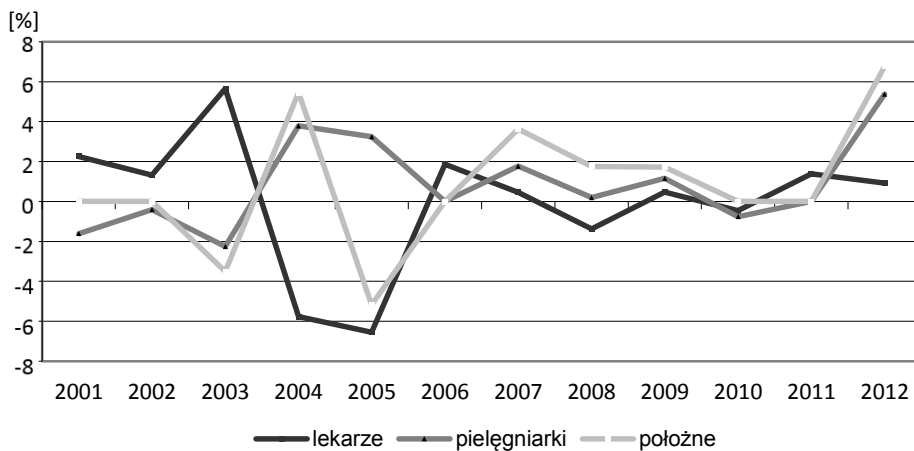
Rys. 7. Struktura polskich pielęgniarek według wieku w 2012 roku [%]

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Naczelna Izba ..., 2014).

Grupa pielęgniarek i położnych w wieku poniżej 45 lat stanowi około 42% zatrudnionych. Jednak najliczniej reprezentowana jest grupa w wieku 45-54 lat, która stanowi około 35% wszystkich pielęgniarek. Osoby do 35 roku życia stanowią jedynie około 9% zawodowo czynnych pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce. Świadczy to o niewielkim zainteresowaniu młodych osób zawodem pielęgniarki. Problem pogłębia rosnąca średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce, co będzie skutkowało jeszcze większym niedoborem pielęgniarek w przyszłości. Przykładowo w 2008 roku średnia wieku dla pielęgniarek wynosiła 44,19, a dla położnych 43,23. Natomiast już na koniec 2013 roku wynosiła odpowiednio 46,94 i 46,09 (Szczęśniak, Jędrusiak, 2014). Duża część pielęgniarek zbliża się zatem do wieku emerytalnego, a liczba nowo zatrudnianych osób na miejsce tych, które odchodzą na emeryturę nie jest wystarczająca.

4. Analiza zmian wskaźnika liczby personelu medycznego w Polsce w latach 2000-2012

Analizując tempo zmian wskaźnika liczby personelu medycznego na tysiąc mieszkańców można zauważyć, że najwyższy spadek nastąpił w 2004 i 2005 roku. Tempo zmian wskaźnika liczby personelu medycznego na 1000 mieszkańców w Polsce w okresie 2001-2012 przedstawiono na rys. 8.



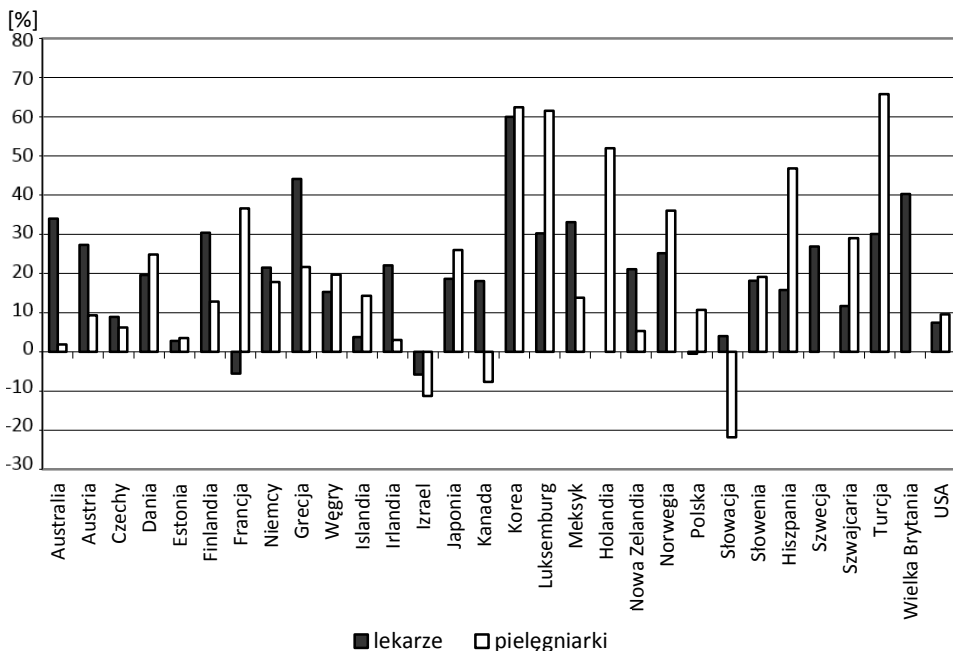
Rys. 8. Zmiany wskaźników liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w Polsce w latach 2001-2012 [%]

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

W 2004 roku liczba lekarzy na 1000 mieszkańców spadła o 6% w stosunku do 2003 roku i o kolejne 7% w 2005 roku. Spadki zatrudnienia lekarzy w 2004 i 2005 roku były spowodowane w dużej mierze realizacją Programu działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2003, opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia, którego celem było zapewnienie działań osłonowych i restrukturyzacyjnych związanych z redukcją zasobów ochrony zdrowia, wynikającą z dostosowania ich do potrzeb zdrowotnych. Realizacja tego programu wymagała likwidacji lub ograniczenia działalności wielu podmiotów leczniczych. Kolejną przyczyną zmniejszenia zatrudnienia lekarzy po 2004 roku była stała lub czasowa emigracja lekarzy, przede wszystkim do krajów Unii Europejskiej (UE). W wyniku akcesji Polski do UE zniknął bowiem problem dotyczący uznawalności dyplomów i kwalifikacji zawodowych profesji medycznych. Poza tym, zwiększyła się skala mobilności personelu medycznego. W kolejnych latach obserwowana jest już tendencja wzrostowa analizowanego wskaźnika. Poziom zatrudnienia lekarzy od 2005 roku systematycznie wzrasta w wyniku napływu na rynek pracy absolwentów uczelni medycznych, a także powrotu części lekarzy z emigracji zarobkowej. W całym badanym okresie wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców praktycznie nie zmienił się.

Wskaźnik liczby praktykujących pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w Polsce początkowo spadł z poziomu 5 w 2000 roku do poziomu 4,8 w 2003 roku. Jednak od 2003 roku obserwowana jest tendencja wzrostowa tego wskaźnika, mimo że polskie pielęgniarki coraz częściej podejmują pracę za granicą, głównie w opiece długoterminowej lub domach opieki społecznej. Wzrosty analizowanych wskaźników w drugiej połowie minionej dekady wynikają również z rozpoczętego procesu odbudowy potencjału kadr medycznych, w którym są stosowane takie instrumenty, jak: podniesienie wynagrodzeń lekarzy, wprowadzenie nowych zawodów medycznych, które nie wymagają wykształcenia wyższego (na przykład opiekunowie medyczni, pielęgniarki opieki długoterminowej), skrócenie studiów medycznych (Golinowska i in., 2013).

Tempo zmian wskaźnika liczby kadr medycznych na 1000 mieszkańców w wybranych krajach OECD w 2012 roku w stosunku do 2000 roku przedstawiono na rys. 9.



Rys. 9. Zmiana procentowa wskaźników liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2012 roku w stosunku do 2000 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2012).

W Polsce wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił 2,2 w 2012 roku i w porównaniu 2000 rok praktycznie nie zmienił się. Zmniejszenie wskaźnika pracujących lekarzy *per capita* w ciągu ostatnich dwunastu lat odnotowano jedynie w takich krajach, jak: Włochy (-7%) Francja (-6%) i Izrael (-6%). W pozostałych krajach OECD występowała tendencja wzrostowa analizowanego wskaźnika. Państwa, w których liczba lekarzy na tysiąc mieszkańców wzrosła w największym stopniu to: Korea (wzrost o 60%), Grecja (wzrost o 44%) i Wielka Brytania (40%).

Z kolei w grupie pielęgniarek i położnych występuje tendencja wzrostowa analizowanego wskaźnika. W całym badanym okresie wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w Polsce wzrósł o 10,7% do poziomu 5,5 w 2012 roku. Jedyne państwa, w których liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców spadła to: Słowacja (spadek o 21,8%), Izrael (spadek o 11,2%) i Kanada (spadek o 7,7%). Z kolei państwa, w których liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wzrosła w największym stopniu to: Turcja (wzrost o 65,7%), Korea (wzrost o 62,4%), Luksemburg (61,5%).

Podobny trend wzrostowy w Polsce nastąpił w grupie położnych z 0,57 w 2000 roku do 0,63 w 2012 roku (wzrost o 10,5% w analizowanym okresie). Z przedstawionych danych wynika, że liczba położnych na 1000 mieszkańców spadła w takich państwach, jak: Korea (-33%), Estonia (-22%), Węgry (-19%), Czechy (-7%). W pozostałych krajach liczba położnych przypadających na 1000 mieszkańców wzrosła. Największy wzrost tego wskaźnika odnotowano w Słowacji (400%), Kanadzie (200%) i Słowenii (200%).

Zmiany, jakie następują w Polsce niewątpliwie należy ocenić pozytywnie, biorąc pod uwagę dodatkowo fakt, że pielęgniarki i położne to grupy zawodowe szczególnie nisko oceniające swoją sytuację zawodową ze względu na niskie wynagrodzenie, niski prestiż zawodowy i trudne warunki pracy. To właśnie te grupy zawodowe najczęściej podejmują liczne strajki i protesty w celu podniesienia poziomu płac. Wzrost analizowanych wskaźników dla grupy pielęgniarek i położnych może świadczyć o tym, że kroki podjęte w przeszłości mające na celu zahamowanie trendu spadku personelu medycznego w naszym kraju przyniosły pozytywne rezultaty. Warto również podkreślić, że największa redukcja stanowisk pracy, jaka nastąpiła w podmiotach leczniczych w ostatnim dwudziestolecu w Polsce miała miejsce w okresie transformacji ustrojowej, która nastąpiła po 1989 roku (Kunecka, 2013).

5. Przyczyny małej dostępności personelu medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia

Przyczyną niskiego poziomu zatrudnienia personelu medycznego, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, w Polsce są w dużej mierze ograniczone środki finansowe zarówno na poziomie całego systemu ochrony zdrowia, jak również będące w dyspozycji podmiotów leczniczych. Szacuje się bowiem, że wynagrodzenia personelu medycznego wraz z narzutami stanowią od 50% do 90% kosztów działalności podmiotów leczniczych. Ze względu na problemy finansowe wiele podmiotów publicznych nie jest w stanie utrzymać odpowiedniej liczby etatów, szczególnie na stanowiskach pielęgniarek i położnych. Dążąc do obniżania kosztów podmioty te podejmują takie działania, jak:

- redukcja etatów na stanowiskach pielęgniarek i położnych;
- zawieranie z pielęgniarkami i położnymi umów cywilnoprawnych lub wymuszanie na nich tak zwanego samozatrudnienia, czyli wykonywania zawodu w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (Naczelna Rada ..., 2010).

To powoduje, że większość lekarzy w Polsce pracuje na kilku etatach, w tym we własnych prywatnych gabinetach. Do takich gabinetów utrudniony dostęp mają jednak najbiedniejsi pacjenci.

Do tego dochodzą problemy dotyczące braku procedur szkoleń i zatrudniania personelu medycznego. Nieefektywny jest również system kształcenia. Wskaźniki absolwentów studiów medycznych na 100 tysięcy mieszkańców maleją w Polsce od wielu lat i do tej pory nie udaje się tego spadku zahamować (Golinowska i in., 2013). Limity przyjęć na studia medyczne są niewystarczające i nie zapewniają utrzymania nawet obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej. Dodatkowo liczba osób podejmujących kształcenie zmniejsza się o tych, którzy nie kończą studiów i nie podejmują pracy w zawodzie (Domagała, 2013).

Istotny wpływ na stan zasobów personelu medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia mają również czynniki demograficzne (starzejące się społeczeństwo), epidemiologiczne (wzrost zachorowań na choroby przewlekłe), ekonomiczno – kulturowe i prawne (zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia). Z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, liczba zachorowań na choroby przewlekłe będzie cały czas wzrastała, a to spowoduje wzrost potrzeb społeczeństwa na usługi medyczne, więc również na personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach. Kryzys pogłębia starzenie się zasobów kadr medycznych i brak reakcji na te problemy ze strony polityki zdrowotnej państwa.

Niedobór personelu medycznego pogłębia w dużej mierze masowa migracja wykształconych pracowników, jaka ma miejsce od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej. Otwarcie rynków pracy w krajach Europy Zachodniej doprowadziło do emigracji części personelu medycznego, głównie młodych lekarzy bez specjalizacji i pielęgniarek ze sporym doświadczeniem zawodowym. Migracja ta jest możliwa dzięki obowiązującym jednolitym kryteriom uznawania kwalifikacji zawodowych w państwach Unii Europejskiej. Znajduje to potwierdzenie również w danych Naczelnej Izby Lekarskiej, według których zaświadczenia potrzebne do podjęcia pracy w innych krajach UE wydano już ponad 9000 lekarzom, co stanowi około 7% liczby lekarzy wykonujących zawód (Naczelna Izba ..., 2014). Problem ten dotyczy również wielu innych państw członkowskich i jest postrzegany jako utrata środków finansowych zainwestowanych w proces wykształcenia i przygotowania do zawodu kadr medycznych. Studia medyczne są drogie i w wielu krajach darmowe, a później wiedza i umiejętności wykształconych pracowników są wykorzystywane w innych krajach (Janusauskas, Tumas, 2014; Ribeiro i in., 2014).

Polscy lekarze najczęściej emigrują do Niemiec, Wielkiej Brytanii, Holandii, Danii i Szwecji. Z kolei polskie pielęgniarki wyjeżdżają najczęściej do Włoch, Niemiec, Wielkiej Brytanii i Irlandii. Kraje te dają polskim pracownikom medycznym

możliwość znacznie wyższych zarobków, lepsze warunki pracy i lepsze możliwości rozwoju zawodowego i podnoszenia swoich kwalifikacji. Wykaz specjalizacji, w których wydano najwięcej zaświadczeń dla lekarzy na potrzeby podjęcia pracy w krajach UE przedstawiono w tab. 2.

Tab. 2. Wykaz specjalizacji, w których wydano najwięcej zaświadczeń dla lekarzy na potrzeby podjęcia pracy w krajach UE w 2014 roku

| Specjalizacja | Liczba lekarzy wykonujących zawód | Liczba lekarzy, którym wydano zaświadczenie | Udział lekarzy, którym wydano zaświadczenie w liczbie lekarzy wykonujących zawód [%] |
|---|-----------------------------------|---|--|
| Anestezjologia i intensywne terapie | 4 914 | 867 | 17,64 |
| Chirurgia klatki piersiowej | 245 | 41 | 16,73 |
| Chirurgia plastyczna | 168 | 31 | 18,45 |
| Geriatrya | 5 | 1 | 20,00 |
| Medycyna ratunkowa | 832 | 85 | 10,22 |
| Patomorfologia | 551 | 66 | 11,98 |
| Radiologia i diagnostyka obrazowa | 2551 | 277 | 10,86 |
| Radioterapia onkologiczna | 8 | 1 | 12,5 |
| Chirurgia ogólna | 6001 | 566 | 9,43 |
| Neurochirurgia | 508 | 48 | 9,45 |
| Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | 30038 | 297 | 9,78 |

Źródło: (Naczelna Izba ..., 2014).

Z przedstawionych danych wynika, że o wydanie zaświadczenia zwróciło się już 20% geriatrów, 18,5% chirurgów plastycznych, 17,6% anestezjologów, 16,7% specjalistów chirurgii klatki piersiowej, 12,5% specjalistów z radioterapii onkologicznej, prawie 12% patomorfologów i prawie 11% specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej. Warto jednak podkreślić, że liczba wydanych zaświadczeń nie jest równa liczbie osób, które faktycznie wyjechały na stałe z Polski do pracy w krajach Unii Europejskiej. Wyjazdy lekarskie następują bowiem także bez uzyskania zaświadczenia. Często spotykane są następujące rozwiązania polegające na: podjęciu pracy na czas określony, na przykład 3 miesiące, lub podpisywanie umów na pracę w weekendy. Zdarza się również, że mimo otrzymania zaświadczenia lekarze w ogóle nie podejmują pracy za granicą.

Polscy lekarze często podejmują pracę na czas określony. Migracja ta następuje z powodu między innymi: niskich wynagrodzeń, niskiej satysfakcji zawodowej,

braku poczucia bezpieczeństwa pracy oraz nieodpowiednich warunków pracy (prze-
starzały sprzęt i aparatura medyczna). Poziom wynagrodzeń w polskim systemie
ochrony zdrowia jest niewspółmiernie niski w odniesieniu do wynagrodzeń lekarzy
w krajach Europy Zachodniej, a także w odniesieniu do wynagrodzeń innych grup
zawodowych. W Polsce lekarze, by osiągnąć zadowalający poziom wynagrodzenia
pracują często u kilku pracodawców i biorą dyżury, co znacznie wydłuża tygo-
dniowy czas ich pracy. Sytuacja ta może powodować narastające niezadowolenie,
i stanowi motywację do wyjazdu poza granice kraju. Migracja lekarzy wpływa nie
tylko na zmniejszenie dostępności usług medycznych, ale również często na pogor-
szenie ich jakości (na skutek odpływu pracowników z dużą wiedzą, doświadcze-
niem). Oznacza również ogromne straty środków zainwestowanych w edukację tego
personelu. Jest ona zatem zjawiskiem niepożądanym z punktu widzenia jakości
usług opieki zdrowotnej i sprawiedliwości społecznej (Aluttis i in., 2014).

Niepokojące zjawisko stanowi również migracja polskich pielęgniarek i położ-
nych. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych od wejścia Polski do
UE do 31 grudnia 2013 roku wydano 16 115 zaświadczeń na potrzeby uznawania
kwalifikacji zawodowych w innych krajach Unii Europejskiej. Od 1 maja 2004 roku
do końca 2007 roku wydano 9316 zaświadczeń, podczas gdy w kolejnych sześciu
latach (2008-2013) wydano 6799 zaświadczeń. Pozytywnie należy zatem ocenić ten-
dencję spadkową tego zjawiska. Warto jednak zwrócić uwagę na zjawisko migracji
pielęgniarek do pracy za granicą bez pobierania zaświadczeń o kwalifikacjach. Poza
tym, pielęgniarki podejmują pracę w opiece długoterminowej lub domach opieki
społecznej w okresie urlopu bezpłatnego uzyskanego w swoim zakładzie pracy.

Podsumowanie

Jednym z podstawowych objawów kryzysu w polskim systemie ochrony zdrowia
jest mała dostępność kadr medycznych. Przeprowadzona analiza dostępności perso-
nelu medycznego w Polsce prowadzi do następujących wniosków:

- w Polsce stwierdza się jedno z najniższych wskaźników liczby lekarzy i pie-
lęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w porównaniu z innymi
państwami OECD; w polskim systemie ochrony zdrowia brakuje zarówno
lekarzy ogólnych, jak i lekarzy specjalistów;
- w analizowanym okresie 2000-2012 nie odnotowano zmian wskaźnika
liczby lekarzy na 1000 mieszkańców, jednocześnie w badanym okresie od-
notowano korzystną tendencję zwiększania się wskaźnika liczby pielęgni-
arek i położnych na 1000 mieszkańców;

- dużym problemem może stać się w przyszłości proces starzenia się kadry medycznej; obecnie ponad 15% lekarzy w Polsce stanowią osoby powyżej 65 roku życia.

Wśród najważniejszych czynników wpływających na dostępność personelu medycznego w ochronie zdrowia wymienia się: poziom wydatków finansowych na ochronę zdrowia, czynniki demograficzne i epidemiologiczne, globalizację prowadzącą do migracji kadr medycznych, tempo postępu technologicznego i poziom rozwoju nauk medycznych (Domagała, 2008; Nigel Crisp, Lincoln Chen, 2014). Szczególne niebezpieczeństwo dla nadmiernego odpływu wykwalifikowanych kadr medycznych z polskiego systemu ochrony zdrowia stanowi zjawisko migracji i z tego powodu powinno być nieustannie monitorowane. Skutkiem niskiej dostępności personelu medycznego są ciągle rosnące kolejki do specjalistów oraz korupcja w ochronie zdrowia. Zapobieganie tym negatywnym zjawiskom wymaga znajomości odpowiednich zasad zarządzania zasobami ludzkimi na poziomie centralnym.

Polski system opieki zdrowotnej wymaga zatem podjęcia pilnych działań zmierzających do poprawy dostępności usług medycznych dla społeczeństwa poprzez bardziej efektywne wykorzystanie istniejących zasobów personelu medycznego i lepsze planowanie kadr medycznych. Może to się odbywać przez poprawę systemu kształcenia i szkoleń dla personelu medycznego, wzmocnienie współpracy sektora prywatnego i publicznego, wprowadzenie zmian w systemie finansowania.

Zgodnie z zaleceniami WHO, problem migracji zawodowych personelu medycznego może być rozwiązany przez wspólne działania państw na arenie międzynarodowej. Krajom, których dotyczy problem migracji zaleca się zatrzymanie młodych pracowników przy równoczesnym inwestowaniu w starszych pracowników. Istotne są przy tym takie działania, jak: dostosowanie systemu kształcenia i szkoleń zawodowych do potrzeb rynku pracy, poprawa warunków zatrudnienia personelu medycznego i ułatwienie powrotu z emigracji zawodowej pracownikom medycznym. Z kolei działania na arenie międzynarodowej powinny skoncentrować się na podwyższeniu rangi problemu niedoboru kadr medycznych, zwiększeniu kontroli nad przepływem personelu medycznego, gromadzeniu atlasu wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia w skali globalnej (Włodarczyk, Domagała, 2011). Na uczelniach wyższych powinno być więcej miejsc dla studentów i należałoby przy tym zapewnić wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną do ich kształcenia. Receptą na poprawę dostępności personelu medycznego może być również: poprawa systemu wynagrodzeń, poprawa warunków pracy na stanowiskach medycznych, zainteresowanie uczniów medycznymi kierunkami studiów, poprawa warunków kształcenia.

Przy planowaniu dostępności personelu medycznego powinno się dbać o zwiększenie liczby studentów uczelni medycznych, a także uproszczenie rozwiązań formalnych dotyczących na przykład możliwości awansu zawodowego, otwieraniu specjalizacji. Warto byłoby zastanowić się nad możliwymi działaniami mającymi na celu przyciągnięcie do systemu osób, które zrezygnowały z zawodu na przykład przez odpowiednie programy szkoleniowe, ulgi dla pracodawców zatrudniających takie osoby, które wróciły do zawodu (Canadian Health ..., 2007). W celu poprawy istniejącej sytuacji należałoby opracować długofalową strategię na rzecz zapewnienia odpowiednich zasobów kadry medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia w przeszłości.

Literatura

1. Aluttis C., Bishaw T., Frank M.W. (2014), *The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration*, Global Health Action 7
2. Angus D.E., Brothers D.A. (1976), *The supply of physicians: the proximity of populations to physicians approach*, Canadian Journal of Public Health 67, s. 381-385
3. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., Majowska M. (2008), *Odpyływ profesjonalistów medycznych - postulowane narzędzia jego ograniczenia*, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2, s. 11-28
4. Canadian Health Services Research Foundation (2007), *Health Human Resources Modelling; Challenging the Past; Creating the Future*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa
5. Domagała A. (2013), *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11 (2), s. 148-158
6. Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11 (2), s. 125-147
7. Gruz M. (1997), *Kontrowersje wokół współczesnych problemów edukacji, ochrony zdrowia, kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice
8. Heinen M.M. i in. (2013), *Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries*, International Journal of Nursing Studies 50 (2), s. 174-184
9. Hoyler, M. i in. (2014), *Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature*, World Journal of Surgery 38 (2), s. 269-280
10. Janauskas A., Tumas V. (2014), *Medical professional's emigration: causes and the consequences*, European Scientific Journal 10 (8), s. 47-58
11. Kludacz M., Piekut M. (2013), *Availability of medical staff in Poland in comparison to other EU countries*, Economy & Business 7, s. 822-836

12. Król H., Ludwicyński A. (2006), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
13. Krysiak L. (2013), *Specjalista na wagę złota*, Gazeta Lekarska - pismo izb lekarskich, Naczelna Rada Lekarska, <http://www.gazetalekarska.pl> [30.09.2014]
14. Kunecka D. (2013), *Struktura zatrudnienia w grupie pielęgniarskiej a potrzeby społeczne w Polsce*, Studia Ekonomiczne Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 161, s.73-82
15. Naczelna Izba Lekarska (2014), Zaświadczenie nr 6a - Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> [30.07.2014]
16. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Warszawa
17. Ng E. i in. (1997) *How far to the nearest physician?* Health Reports 8 (4), s. 19-31
18. Nigel Crisp M.A., Lincoln Chen M.D. (2014), *Global Supply of Health Professionals*, The New England Journal of Medicine 370 (10), s. 950-957
19. Niżankowski R. (2000), *Jaki system specjalizacji lekarskich?* Zdrowie i Zarządzanie 2 (5), s. 20-21
20. Ribeiro J. S., Conceição C., Pereira J., Leone C., Mendonça P., Temido M., Vieira C. P., Dussault G. (2014), *Health professionals moving to... and from Portugal*, Health Policy 114 (2), s. 97-108
21. Szczęśniak A., Jędrysiak P. *Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych*, <http://www.nipip.pl> [28.08.2014]
22. The World Health Report 2006 - working together for health, <http://www.who.int/whr/2006/en/> [10.11.2014]
23. Udziółko J., Radosiński E. (2009), *Metody zarządzania zasobami na przykładzie służby zdrowia*, Badania Operacyjne i Decyzyjne 1, s.121-142
24. WHO - World Health Organization (2006), WHO Report, *Human Resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
25. Włodarczyk W.C., Domagała A. (2011), *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2, s. 100-107
26. Wyszowska Z. (2013), *Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Współczesne Zarządzanie, s. 90- 99
27. Wyszowska Z., Hnatyszyn-Dzikowska A. (2010), *Ocena konwergencji sytuacji zdrowotnej w polskich regionach na tle podaży usług zdrowotnych*, Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy 17, s. 433-442
28. Zybala A. (2009), *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia –zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa
29. OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development (2012), *Health Care Resources*, <http://stats.oecd.org/> Health Care Resources [01.09.2014]

The problem of availability of human resources in the Polish health care system compared to other Organisation for Economic Cooperation and Development countries

Abstract

The aim of this paper is to analyse the availability of medical personnel in Poland in comparison to other OECD countries in the years 2000-2012. Particular attention is paid to the number of professionally active physicians, practising nurses and midwives per 1000 inhabitants. The analyses for doctors are conducted according to various criteria, such as: age and medical speciality. The analysis was made taking into account the most current problems of Polish health care system, including the migration of medical personnel, increasing social needs of population, demographic changes and the expected aging of the population. The source material for the analysis come from the OECD database, Polish Chamber of Physicians and the Supreme Chamber of Nurses and Midwives.

Keywords

medical personnel, human resources in health care system, availability of physicians, nurses and midwives

Author information

Magdalena Kludacz

Warsaw University of Technology

College of Economics and Social Sciences (Płock)

Łukasiewiczza 17, 09-400 Płock, Poland

e-mail: m.kludacz@pw.plock.pl