



**CENTRUM
POLITYK
PUBLICZNYCH**

Zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia w czasach pandemii

**Beata Buchelt
Iwona Kowalska-Bobko**

Kraków, sierpień 2020



**UNIwersYTET
EKONOMICZNY
W KRAKOWIE**



Wprowadzenie

Jednym z ważniejszych raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dedykowanych zasobom kadrowym w ochronie zdrowia jest dokument: *A Universal Truth: No Health Without a Workforce* (Campbell i in. 2013). Zwraca się w nim uwagę na kluczowe znaczenie pracowników sektora zdrowotnego dla optymalizacji działań na rzecz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji. Prowadzone badania naukowe dotyczące zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, potwierdzają zależności pomiędzy liczebnością i jakością kadr medycznych a stanem zdrowia danej populacji. Obecnie większość systemów zdrowotnych w Europie boryka się z niedoborem profesjonalistów medycznych, głównie lekarzy i pielęgniarek. Innym problemem jest luka pokoleniowa wynikająca z niekorzystnej struktury wiekowej, widoczna zarówno wśród lekarzy jak i pielęgniarek. Najważniejsze przyczyny problemów związanych z niedoborem kadr medycznych wynikają z takich powodów jak m.in. nieodpowiednie planowanie w systemie kształcenia, niewłaściwe zarządzanie zasobami ludzkimi, niedofinansowanie systemów zdrowotnych, ale także istotnych cech współczesnej polityki zdrowotnej takich jak: starzenie się społeczeństwa, zagrożenie stanu bezpieczeństwa w związku z występującymi współcześnie nasilonymi zagrożeniami: epidemiologicznymi, terrorystycznymi czy klimatycznymi.

Sytuacja niedoboru pracowników medycznych w Polsce na tle Europy przedstawia się niekorzystnie. Świadczy o tym jeden z najniższych w Europie wskaźników zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodów medycznych, niekorzystna struktura wiekowa pielęgniarek i lekarzy, emigracja zawodowa, ale także liczne protesty pracowników sektorowych.

Obecny czas, potrzeby i wyzwania walki z pandemią COVID-19, wyraźnie wskazują jaką ogromną rolę dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów odgrywają pracownicy medyczni. Ich wiedza, doświadczenie i umiejętności są bezcenne. Pamiętajmy jednak, że jednocześnie pracują oni pod silną presją, w warunkach dużego stresu, przemęczenia, z narażeniem własnego zdrowia i życia. Należy podkreślić także, że deficyty kadrowe w polskim systemie ochrony zdrowia nie dotyczą tylko czasu pandemii i są poważnym zagrożeniem dla zdrowia mieszkańców Polski zarówno w warunkach stabilnych jak i wyjątkowych.

Celem ekspertyzy jest analiza i ocena zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL) w systemie ochrony zdrowia, szczególnie w aktualnej sytuacji kryzysowej jaką jest pandemia. Zidentyfikowanie uwarunkowań ZZL oraz wskazania możliwości usprawnień, oraz rekomendacji.

Na zidentyfikowany problem badawczy zdecydowano się spojrzeć dwu-perspektywicznie. Z perspektywy systemowej, makro oraz z perspektywy podmiotów medycznych, czyli mikro. Przyjęcie tych perspektyw ustrukturyzowało niniejszy raport. Składa się on z dwóch części: rozdziału 1, który został przygotowany przez ekspertkę ds. systemów ochrony zdrowia, prof. UJ dr hab. Iwonę Kowalską-Bobko, oraz rozdział 2, który został przygotowany przez ekspertkę ds. ZZL w ochronie zdrowia, prof. UEK dr hab. Beatę Buchelt. Niniejsza ekspertyza opiera się na następujących źródłach informacji:

- przegląd literatury fachowej w bazach naukowych PubMed, Embase oraz Google Scholar, przegląd aktów prawnych i dokumentów, baz danych: Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), UE (Unii Europejskiej), Światowej Organizacji Zdrowia WHO, Centrum do Spraw Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ), Ministerstwa Zdrowia (MZ), Izby Lekarskiej, Izby Pielęgniarek i Położnych, w celu zobrazowania aktualnej sytuacji zarówno w zakresie zasobów ludzkich (planowania, trendy w zatrudnieniu, uwarunkowania zatrudnienia i pracy profesjonalistów medycznych w czasie pandemii COVID-19), jak i zasobów infrastrukturalnych (liczba szpitali, łóżek, stan obiektów, wyposażenie w sprzęt medyczny);
- badania ilościowe w formie kwestionariusza autorskiej ankiety, które zostały zrealizowane dzięki uprzejmości Naczelnej Izby Lekarskiej, w osobie Pana Prezesa Prof. dr hab. Andrzeja Matyji oraz Pani Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofii Małas. W badaniu wzięło udział 1 256 lekarzy, 160 pielęgniarek i położnych. Ich charakterystyka ujęta została w poniższych tabelach 1 i 2 oraz na rysunkach 1-7.

Tabela 1. Charakterystyka populacji lekarzy

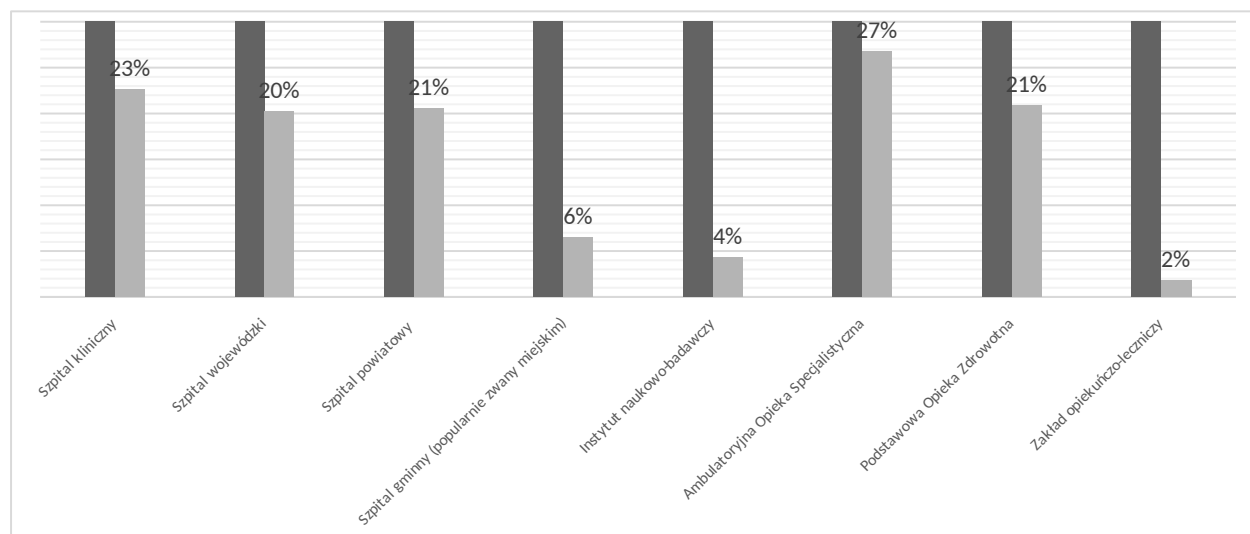
Płeć	Kobieta	697	55%
	Mężczyzna	559	45%
Wiek	Średni wiek	46	
	Mediana wieku	47	
Lekarz	Specjalista	922	73%
	Rezydent	259	21%
	Stażysta	75	6%
Forma zatrudnienia	Umowa o pracę	707	56%
	Kontrakt	608	48%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 2. Charakterystyka populacji pielęgniarek

Płeć	Kobieta	137	92%
	Mężczyzna	11	7,5%
Wiek	Średni wiek	48	
	Mediana wieku	50	
Wykształcenie	Magisterskie	123	72,5%
	Licencjat	35	20,6%
	Pomaturalne	5	3,4%
	Średnie	6	3,5%
Forma zatrudnienia	Umowa o pracę	138	93%
	Kontrakt	22	14,9%
	Indywidualna/grupowa praktyka	9	6%

Źródło: Opracowanie własne.

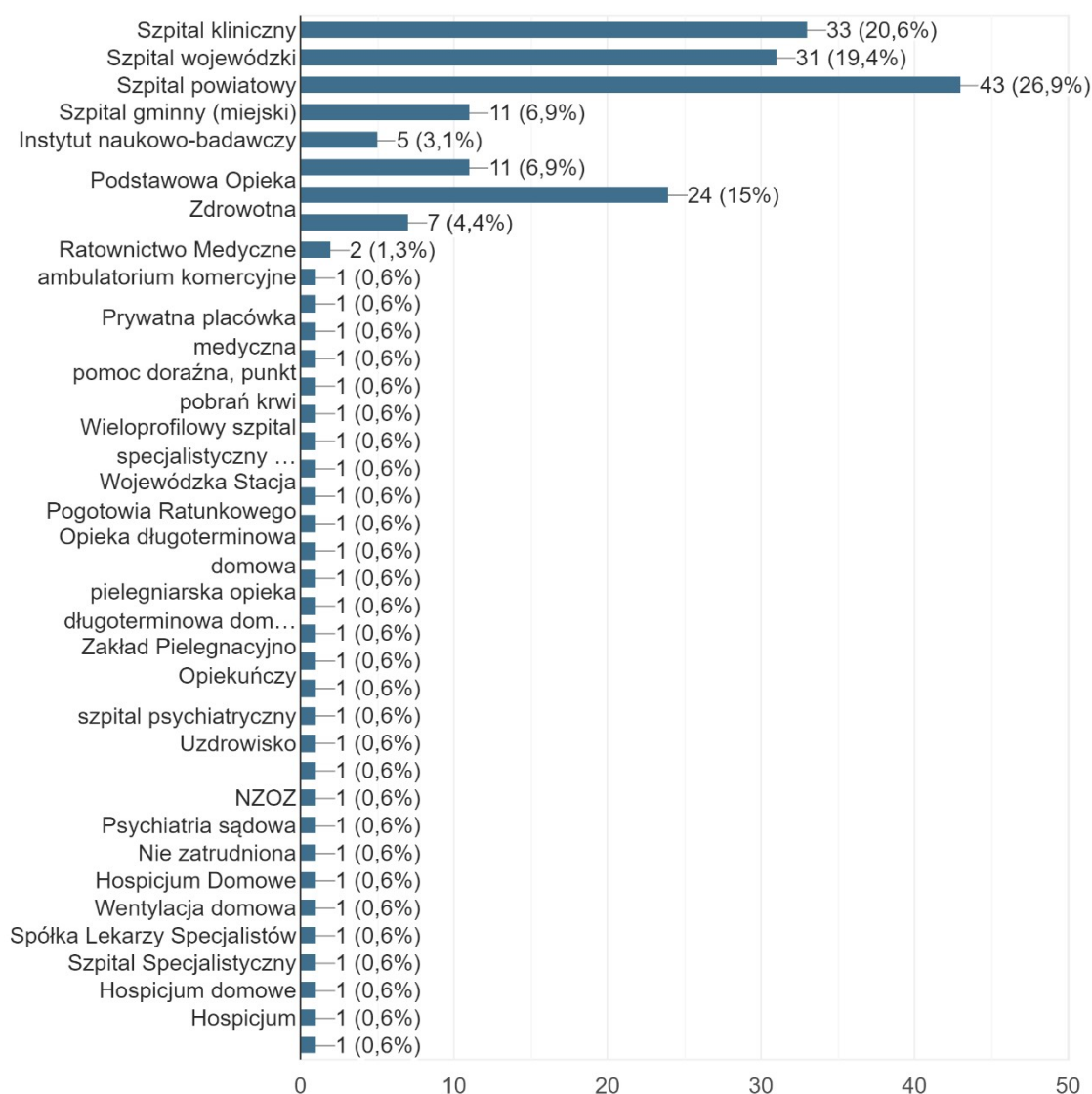


Rysunek 1. Miejsce pracy lekarzy

Źródło: Opracowanie własne.

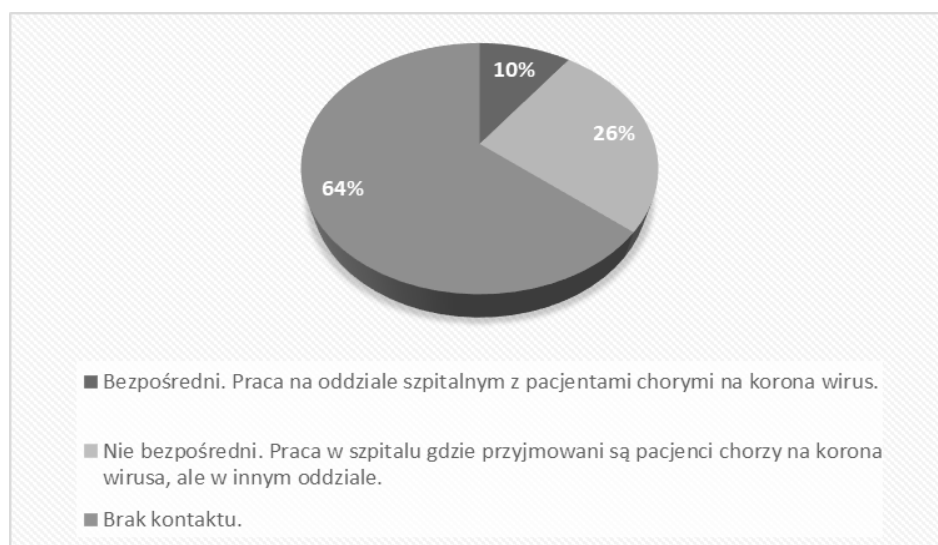
1.6. Miejsce pracy. Proszę zaznaczyć wszystkie adekwatne typy podmiotów leczniczych w których Pani/Pan pracuje

160 odpowiedzi



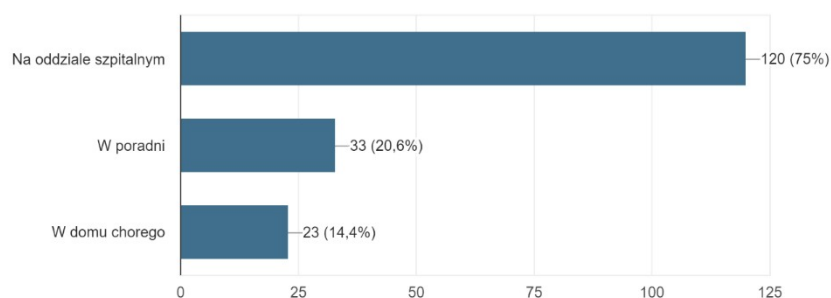
Rysunek 2. Miejsce pracy pielęgniarek

Źródło: Opracowanie własne.



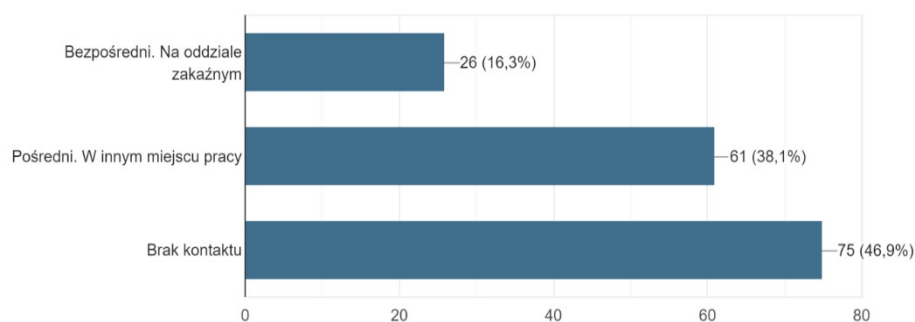
Rysunek 3. Kontakt z pacjentem chorym na korona wirus. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 4. Praca z pacjentem. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 5. Kontakt z pacjentem COVID-19. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.

- Tam gdzie w zasadzie wszystkie procedury finansowane są przez NFZ.
- Tam gdzie część świadczeń (procedur) finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjentów prywatnych (firmy, ubezpieczalnie).
- Tam gdzie procedury opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (firmy, ubezpieczalnie).

Rysunek 6. Miejsce pracy. Finansowanie procedur. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

- Tam gdzie w zasadzie wszystkie procedury finansowane są przez NFZ.
- Tam gdzie część świadczeń (procedur) finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjentów prywatnych (firmy, ubezpieczalnie).
- Tam gdzie procedury opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (firmy, ubezpieczalnie).

Rysunek 7. Miejsce pracy. Finansowanie procedur. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.

Ankieta składa się z pięciu bloków pytań. Pierwszy blok to metryczka z pytaniami dotyczącymi wieku, płci, stażu pracy, wykształcenia, formy zatrudnienia, miejsca pracy (typ podmiotu leczniczego, miejscowość), specjalizacja, zajmowane stanowisko, praca z pacjentem chorym na COVID-19, charakter podmiotu zatrudnienia (publiczny, publiczno-prywatny, prywatny). Drugi blok to pytania o charakterze systemowym: ocena niedoborów kadrowych w systemie ochrony zdrowia, krzyżujące się kompetencje (praca zespołowa), migracje i uznawanie prawa do wykonywania zawodu, ocena funkcjonowania systemu w warunkach COVID-19. Kolejna część to pytania dotyczące dysfunkcyjnych zachowań społecznych w czasie pandemii, głównie zjawiska hejtu i jego sankcjonowania. W następnej części znalazły się pytania dotyczące wsparcia personelu medycznego zajmującego się pacjentem COVID-19 podczas pandemii, głównie w środowisku pracy. Ostatnia część

dedykowana jest zagadnieniom zarządzania personelem medycznym po pandemii. Dla ułatwienia w ankiecie zastosowano terminy potoczne, takie jak: pacjent COVID-19 tj. pacjent zarażony SARS-COV-2, świadczenie COVID-19, tj. świadczenie medyczne udzielane pacjentowi zrażonemu SARS-COV-2.

Badanie jakościowe w formie wywiadu pogłębionego (IDI) (ogółem 11) przeprowadzono wśród lekarzy (2), pielęgniarek (4), diagnostów laboratoryjnych (3) oraz ratowników medycznych (2). Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza badawczego. Scenariusz wywiadu pogłębionego nawiązywał do struktury ankiety i składał się kolejno z pytań systemowych – ocena niedoborów kadrowych, krzyżujące się kompetencje (praca zespołowa), migracje i uznawanie prawa do wykonywania zawodu, ocena funkcjonowania systemu w warunkach COVID-19, oraz pytań dotyczących zarządzaniem w podmiocie leczniczym w czasie pandemii – czyli społecznych zachowań dysfunkcyjnych (hejt) w stosunku do profesjonalistów medycznych, pracowniczego i społecznego wsparcia kadr zajmujących się pacjentami chorymi na COVID-19 oraz zagadnieniom zarządzania personelem medycznym po pandemii. Na udział w badaniach zgodzili się zarówno Pan Prezes Prof. dr hab. Andrzej Matyja, jak i Pani Prezes Zofia Małas.

Spis treści

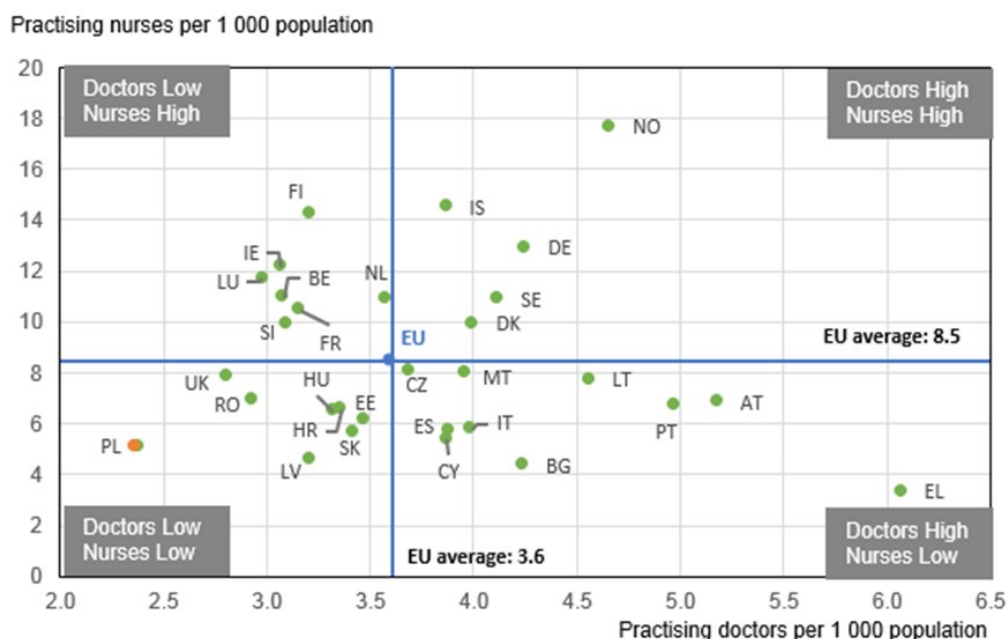
Wprowadzenie	1
Rozdział 1. Zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia (Iwona Kowalska-Bobko)	9
1.1. Zasoby ludzkie w systemie ochrony zdrowia w Polsce.....	9
1.1.1 Planowanie zasobów ludzkich.....	11
1.1.2 Trendy w zatrudnianiu pracowników systemu ochrony zdrowia.....	13
1.1.3 Zasoby ludzkie w czasach walki z epidemią COVID-19.....	15
1.2. Zasoby infrastrukturalne.....	17
1.2.1. Infrastruktura szpitalna i łóżkowa w czasach pandemii COVID-19.....	20
1.3. Krzyżujące się kompetencje (<i>skill mix</i>).....	21
1.4. Migracje profesjonalistów medycznych.....	24
1.5. Wyniki badań empirycznych odnoszących się do uwarunkowań systemowych ZZL w ochronie zdrowia.....	26
1.5.1. Badanie ankietowe.....	26
1.5.2. Wyniki wywiadów.....	39
1.6. Wnioski i rekomendacje.....	40
Rozdział 2. Zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych (Beata Buchelt)	44
2.1. Stan ZZL w Polsce. Badania autorskie przeprowadzone w ramach projektu Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach NCN UMO-2013/11/B/HS4/01062.....	44
2.2. Wyzwania zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Perspektywa lekarzy i pielęgniarek. Wyniki badań ankietowych.....	61
2.2.1. Zjawisko hejtu wobec personelu medycznego w czasie pandemii.....	61
2.2.2. Wsparcie pracodawców podczas pandemii. Psychologiczne aspekty pracy.....	63
2.2.3. Przyszłe potrzeby zatrudnionych pracowników.....	68
2.3. Zagregowane wyniki badań jakościowych dotyczące ZZL.....	74
2.4. Rekomendacje wdrożeniowe.....	76
Wykaz źródeł	84
Załącznik 1. Liczba szpitali zakaźnych i jednoimiennych zakaźnych	86
Spis tabel	90
Spis rysunków	91

Rozdział 1. Zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia (Iwona Kowalska-Bobko)

1.1. Zasoby ludzkie w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Zasoby ludzkie w polskim systemie ochrony zdrowia to jeden z głównych tematów debat eksperckich, badań oraz prowadzonej polityki zdrowotnej. Działania na rzecz właściwego wykorzystania kadr medycznych, począwszy od zasad ich kształcenia, warunków pracy i płacy, odpowiedniej alokacji, właściwej motywacji do pracy, poprzez wykorzystanie kompetencji pracowników medycznych i okołomedycznych (krzyżujące się kompetencje – *skill mix*), pracę zespołową, nowe zawody, migracje, po kwestie odpowiedniego wsparcia w warunkach kryzysowych, to obecnie jedne z najważniejszych zadań w polskim systemie ochrony zdrowia. Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego związanego z pojawieniem się warunków nietypowych (pandemia, terroryzm, kataklizm) wymusza działania doraźne. Aby popełnić wtedy mniej błędów należy postępować według standardów zabezpieczających życie i zdrowie obywateli i służb niosących pomoc, przede wszystkim służb medycznych. COVID-19 wykazał jak bardzo kraje na całym świecie, również te najbardziej rozwinięte gospodarczo, nie radzą sobie z tym problemem. Wynika to z lekceważenia przez decydentów alertów naukowców o zagrożeniach, słabych międzynarodowych standardów w zakresie zdrowia publicznego i niskiej standaryzacji działań systemowych na wypadek długo trwających i powracających zagrożeń.

Polska ma najniższe w UE wskaźniki zatrudnienia zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców (patrz rys. 8). Obecnie w 72% polskich szpitali brakuje pielęgniarek, a w 68% szpitali brakuje lekarzy (Kopacz 2019).



Rysunek 8. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w Polsce należy do najniższych w UE

Uwaga: W przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, czego skutkiem jest znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy (np. o ok. 30% w przypadku Portugalii). W przypadku Austrii i Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach.

Źródło: OECD (2019).

Analiza wskaźników odnoszących się do liczby osób aktywnych zawodowo, udostępnianych przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (na podstawie prowadzonych rejestrów) za lata 2010-2018, pokazuje, że wskaźniki te nieznacznie się poprawiły. Pesymistyczne są natomiast prognozy demograficzne prowadzone przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych wskazujące, że ze względu na aktualną strukturę wiekową należy spodziewać się pogorszenia sytuacji w następnych latach. Zarówno w grupie zawodowej lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych rośnie średnia wieku, czyli są to starzejące się grupy zawodowe o bardzo niekorzystnej strukturze wiekowej. Obecnie średni wiek pracującej pielęgniarki wynosi powyżej 51 lat, lekarza prawie 50 lat, a lekarza ze specjalizacją – powyżej 54 lata. Poważnym problemem systemowym jest więc brak zastępowalności pokoleń, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek (Sowada, Kowalska-Bobko i Sagan 2019).

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2016 roku, dedykowany sprawom kształcenia i przygotowania kadr medycznych, wyraźnie wskazuje, że system kształcenia i szkolenia zawodowego pracowników medycznych nie gwarantuje dostarczenia do systemu zdrowotnego odpowiedniej liczby wyszkolonych profesjonalistów medycznych (NIK 2016).

Proces kształcenia lekarzy trwa łącznie ok. 12 lat. Nie ma też gwarancji, że wszyscy, którzy ukończą studia będą pracować w zawodzie i w polskim systemie. W ostatnich latach podjęto co prawda starania w kierunku zwiększenia liczby studentów, zarówno na kierunku lekarskim, jak i pielęgniarstwie. Systematycznie i znacząco zwiększyła się od roku akademickiego 2016/2017 liczba przyjęć na kierunek lekarski. Studia na kierunku lekarskim zostały uruchomione na nowych uczelniach: Kielce, Rzeszów, Zielona Góra, Radom, Opole oraz na uczelniach prywatnych w Warszawie, Krakowie i Katowicach.

Jednak trudno zlikwidować poważne niedobory w krótkim czasie, biorąc pod uwagę długi czas kształcenia profesjonalistów medycznych. Takie decyzje muszą wynikać z rzetelnej analizy i prognoz, uwzględniających zróżnicowane regionalnie potrzeby, zarówno demograficzne, jak i epidemiologiczne.

1.1.1 Planowanie zasobów ludzkich

Planowanie zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia pozostawia wiele do życzenia, częściowo ze względu na brak kompleksowych danych i analiz w tym obszarze (Domagała i Klich 2018). Według raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) *„Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych”* brakuje kompleksowej strategii w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, uwzględniającej trendy epidemiologiczne i demograficzne, a szkolenie pracowników medycznych nie zapewnia wystarczającej liczby specjalistów medycznych dostosowanych do zmieniających się potrzeb zdrowotnych ludności (NIK 2016). Władze publiczne wspólnie z przedstawicielami profesjonalistów medycznych podejmują jednak wysiłki na rzecz opracowania strategii dla zawodów medycznych o szczególnie dotkliwych niedoborach. W tym celu w grudniu 2017 r. rząd opublikował dokument strategiczny określający krótko-, średnio- i długoterminowe cele rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, a następnie pod koniec 2019 roku dokument *„Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)”* (Polityka 2019).

Minister Zdrowia ponosi ostateczną odpowiedzialność za liczbę miejsc szkolenia medycznego (lekarzy i lekarzy dentystów). W porozumieniu z Ministrem Szkolnictwa Wyższego, Minister Zdrowia ustala liczby przyjęć na studia medyczne, odrębnie dla każdego roku akademickiego i każdej uczelni. W 2012/2013 r. zniesiono liczby przyjęć dla innych

zawodów medycznych. Liczby te są uzależnione od zdolności dydaktycznych uniwersytetów takich jak kadra dydaktyczna, dostępna infrastruktura itp.). Szkolenie medyczne lekarzy odbywało się na uniwersytetach medycznych. Z powodu braku lekarzy, zdecydowano się na stworzenie kierunków medycznych na uczelniach niemedycznych, szczególnie w tych województwach, gdzie nie ma uniwersytetów medycznych: Olsztyn (od 2008 r.), Rzeszów, Kielce, Zielona Góra (od 2015 r.) i Opole (od 2017 r.). Inicjatywy te były wspierane przez samorządy wojewódzkie i wojewódzkie izby lekarskie. W 2018 r. lekarze byli kształceni na 17 uniwersytetach publicznych, z czego 12 to uniwersytety medyczne. Istnieją również trzy prywatne uniwersytety prowadzące szkolenia medyczne dla lekarzy – jeden w Krakowie (od 2016 r.), jeden w Warszawie (od 2017 r.) i jeden w Katowicach (od 2018 r.). W 2015/2016 r. było około 3 200 absolwentów medycyny, a w roku 2017/2018 około 3 300 (tabela 3).

Tabela 3. Liczba absolwentów medycyny (lekarzy i dentyistów), 2010/2011-2016/2017

Rok akademicki	Lekarze			Lekarze dentyści		
	Studia stacjonarne	Studia niestacjonarne	Razem	Studia stacjonarne	Studia niestacjonarne	Razem
2010/2011	2 610	116	2 726	828	51	879
2011/2012	2 674	149	2 823	792	51	843
2012/2013	2 831	143	2 974	742	102	844
2013/2014	2 763	207	2 970	743	65	808
2014/2015	2 875	312	3 187	734	95	829
2015/2016	3 000	238	3 238	702	105	807
2016/2017	2 911	378	3 289	755	148	863

Źródło: Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko (2019).

Pielęgniarki i położne mogą być szkolone zarówno w publicznych, jak i prywatnych szkołach wyższych (w tym uniwersytetach). W 2018 r. licencjat z pielęgniarstwa ukończyło 4 549 studentów (760 w położnictwie) i 3 607 z tytułem magistra pielęgniarstwa (673 w położnictwie) (tabela 4).

Tabela 4. Liczba absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa, 2013/2014-2016/2017

Rok akademicki	Pielęgniarki		Położne		Razem
	Studia licencjackie	Studia magisterskie	Studia licencjackie	Studia magisterskie	
2013/14	5 609	2 344	828	510	9 291
2014/15	4 383	3 080	764	568	8 795
2015/16	3 826	2 353	745	253	7 177
2016/17	4 090	3 039	749	444	8 322
2017/18	4 549	3 607	760	673	9 589

Źródło: Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko (2019).

1.1.2 Trendy w zatrudnianiu pracowników systemu ochrony zdrowia

Według informacji zebranych przez krajowe izby zawodowe w 2018 r. w Polsce było ok. 575 tys. pracowników systemu ochrony zdrowia. Wśród nich było 149 tys. lekarzy (25,9%), 295 tys. pielęgniarek (51,3%), 42 tys. lekarzy dentyistów (7,3%), 38 tys. położnych (6,6%), 35 tys. farmaceutów (6,1%) i 16 tys. diagnostów (2,8%) (GUS 2020).

Dane dotyczące zasobów ludzkich są gromadzone przez kilka instytucji, co powoduje niespójności w oficjalnych statystykach. Utrudnia to również dokładną ocenę liczby pracowników systemu ochrony zdrowia czynnych zawodowo.

Tabela 5. Liczba pracowników medycznych pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej według zawodów, 2015-2018

Zawód	2015	2016	2017	2018
Lekarze	86 533	89 819	88 531	87 749
Lekarze dentyści	12 579	13 283	13 307	12 900
Pielęgniarki	185 860	184 400	183 687	182 681
Położne	22 051	22 400	22 257	22 372
Fizjoterapeuci	17 491	24 022	24 421	25 613
Ratownicy Medyczni	13 083	13 217	13 900	14 234
Diagności Laboratoryjni	8 284	8 975	9 566	9 835

Źródło: Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko (2019).

Rozkład geograficzny personelu medycznego pracującego w jednostkach opieki zdrowotnej jest ważnym czynnikiem wpływającym na dostęp do usług medycznych. W 2017 r. występowały znaczące różnice między województwami w rozmieszczeniu różnych rodzajów pracowników systemu ochrony zdrowia (tabela 6). Na przykład liczba lekarzy na 10 tys. ludności wahała się od 15,6 w województwie wielkopolskim do ponad 26,3 w województwie łódzkim. Podobne różnice zaobserwowano również w przypadku innych rodzajów pracowników medycznych. Zagęszczenie pracowników systemu ochrony zdrowia jest znacznie niższe na obszarach wiejskich w porównaniu z otoczeniem miejskim, co odzwierciedla rozmieszczenie infrastruktury opieki zdrowotnej.

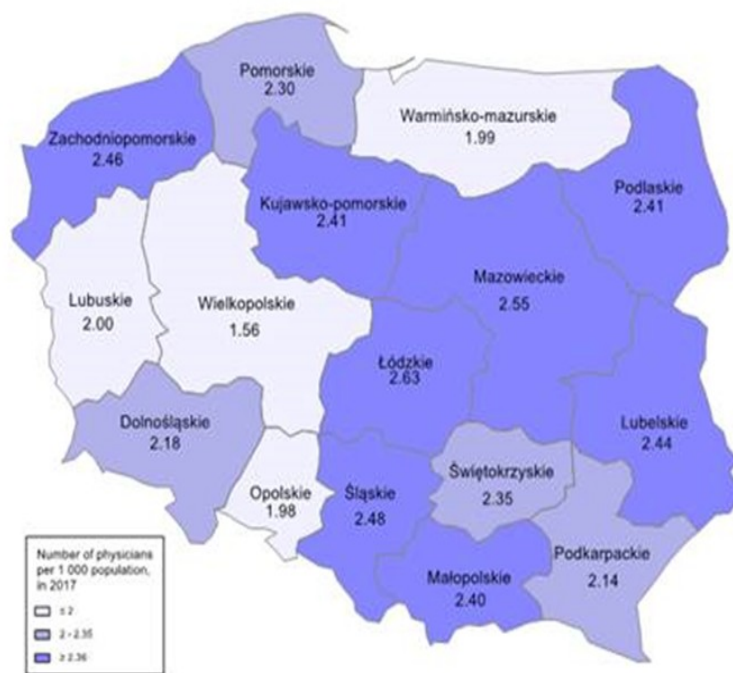
Tabela 6. Rozkład geograficzny pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w jednostkach opieki zdrowotnej (na 10 tys. mieszkańców), 2017 r.

Województwo	Lekarze	Dentyści	Położne		Diagności laboratoryjni
Polska (średnia)	23,0	3,5	47,8	5,8	2,5
dolnośląskie	21,8	3,0	47,1	5,0	2,4
kujawsko-pomorskie	24,1	3,8	49,3	5,8	2,8
łódzkie	26,3	3,8	46,2	6,3	2,4
lubelskie	24,4	3,9	55,5	7,0	2,5
lubuskie	20,0	5,8	44,2	5,4	1,5
małopolskie	24,0	4,4	50,8	5,9	3,2
mazowieckie	25,5	2,9	48,6	5,5	3,0

Województwo	Lekarze	Dentyści	Położne		Diagnozy laboratoryjni
opolskie	19,8	3,9	46,4	5,0	1,8
podkarpackie	21,4	4,5	55,3	7,3	2,6
podlaskie	24,1	3,8	48,6	6,4	2,7
pomorskie	23,0	3,5	39,1	4,9	2,5
śląskie	24,8	3,3	53,4	5,9	2,4
świętokrzyskie	23,5	3,9	55,6	6,4	2,6
warmińsko-mazurskie	19,9	3,7	43,1	4,8	1,8
wielkopolskie	15,6	0,7	36,7	5,9	2,1
zachodniopomorskie	24,6	4,8	42,1	5,3	1,8

Źródło: Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko (2019).

Różnice w gęstości obsadzenia stanowisk lekarzy w Polsce (rys. 9) wyraźnie wskazują na duże zróżnicowanie w tym zakresie. Największa liczba aktywnych zawodowo lekarzy występuje w województwach: łódzkim, mazowieckim, śląskim, zachodniopomorskim, lubelskim, kujawsko-pomorskim, podlaskim i małopolskim. Najniższe wskaźniki obserwujemy w województwach wielkopolskim, opolskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim.



Rysunek 9. Różnice w gęstości obsadzenia stanowisk przez lekarzy w Polsce

Źródło: OECD (2019).

Według danych OECD z 2017 r. zatrudnienie w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej jako udział w całkowitym zatrudnieniu w Polsce wyniosło zaledwie 6% w porównaniu do średnio 10,1% w krajach OECD (OECD 2019). Polska ma najniższy odsetek praktykujących lekarzy na 1 tys. mieszkańców wśród krajów UE – 2,4 w 2017 r. w porównaniu ze średnią 3,6 w UE (dane z 2017 r.; OECD 2019). Ponadto liczba praktykujących

lekarzy na 1 tys. mieszkańców pozostała w Polsce dość stała, chociaż od 2013 r. można zaobserwować pewien wzrost. Większość polskich lekarzy to kobiety – 57% w 2017 r. w porównaniu ze średnią OECD 48%. Według danych opublikowanych przez Krajową Izbę Lekarską średni wiek lekarzy w Polsce w 2017 r. wynosił 50,2 lat (oraz 54,2 lat dla lekarzy specjalistów). Ponad 26% polskich lekarzy ma ponad 60 lat, a tylko około 22% ma mniej niż 35 lat (NIL 2018). W 2017 r. liczba praktykujących pielęgniarek na 1 tys. ludności wyniosła 5,1 i była znacznie niższa niż średnia dla OECD wynoszącej 8,8 (OECD 2019). Około jedna trzecia praktykujących pielęgniarek była w wieku 46-55 lat (NIPiP 2017).

1.1.3 Zasoby ludzkie w czasach walki z epidemią COVID-19

Regulacje prawne dotyczące reorganizacji pracy profesjonalistów medycznych w związku z walką z pandemią COVID-19 zostały wdrożone 28 kwietnia 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem. Od 29 kwietnia 2020 r. pracownikom medycznym, którzy mają kontakt z pacjentami lub osobami z podejrzeniem zakażenia COVID-19, zakazano pracy w więcej niż jednym miejscu. Aby zrekompensować im utratę dochodów z powodu tego ograniczenia, Minister Zdrowia polecił NFZ zapewnić im comiesięczne świadczenia pieniężne, finansowane z budżetu państwa. Świadczenia te są ograniczone do 10 tys. zł miesięcznie i będą naliczane w wysokości 80% wynagrodzenia otrzymywanego w miejscu pracy, w którym po wprowadzeniu ograniczenia pracownik przestał pracować lub, co najmniej w wysokości 50% wynagrodzenia otrzymywanego w miejscu, w którym zdecydował się pracować po wprowadzeniu ograniczenia. Odszkodowanie będzie pokrywać koszty składek na ubezpieczenie społeczne płatnych przez pracodawcę.

Aby zapobiec niedoborowi personelu medycznego, lekarze nieposiadający specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych lub nie będący anestezjologami mogą zostać przeniesieni lub oddelegowani (na okres do 3 miesięcy) do oddziałów chorób zakaźnych lub innych placówek, w których potrzebna jest pomoc. Ponadto lekarze przechodzący specjalistyczne szkolenie mogą zostać oddelegowani do walki z epidemią lub do wykonywania wyznaczonych zadań, zgodnie z ich aktualnymi umiejętnościami i

doświadczeniem. Niektóre szpitale uzupełniły wynagrodzenie swoich pracowników o dodatek, aby zrekompensować im narażenie na kontakt z pacjentami zakażonymi koronawirusem.

W sprawie powyższej regulacji wypowiedziała się na etapie jego projektowania Naczelna Rada Lekarska podkreślając, że przyjęte rozwiązanie doprowadzi do drastycznego ograniczenia dostępu innych pacjentów do możliwości uzyskania należnych im świadczeń opieki zdrowotnej. Rada zauważyła także, że z treści rozporządzenia nie wynika wprost czy będzie ono obejmowało wszystkich lekarzy czy też wyłącznie lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę w podmiotach objętych wykazem ustawowym, zwalczających COVID-19. Zauważono także, że rozporządzenie zupełnie nie uwzględnia sytuacji osób, które wykonują pracę w podmiocie zwalczającym COVID-19 jedynie w ramach części etatu, co dotyczy, np. większości szpitali uniwersyteckich oraz osób, dla których praca w podmiocie zwalczającym COVID-19 jest jedynie dodatkowym a nie podstawowym miejscem pracy. Osoby te z dnia na dzień zostaną pozbawione swojego głównego miejsca pracy, dostępu do swoich pacjentów, a strata poniesiona z tego tytułu nie będzie w pełni zrekompensowana. Rozporządzenie nie uwzględniło także sytuacji, w której dana osoba wykonująca zawód medyczny poza zatrudnieniem w podmiocie leczącym pacjentów z COVID-19 wykonuje równocześnie świadczenia na rzecz innego podmiotu świadczącego usługi medyczne na rzecz podmiotu leczącego pacjentów z COVID-19. W takiej sytuacji zakaz pracy nie powinien obowiązywać, ponieważ zamiast wzmocnić zasoby kadrowe podmiotu zwalczającego COVID-19 – dodatkowo je osłabi.

W zakresie pomocy psychologicznej dla personelu medycznego i innych pracowników, którzy pracują w czasie epidemii, Naczelna Izba Lekarska podjęła inicjatywę stworzenia bazy danych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, którzy są skłonni bezpłatnie oferować swoje usługi lekarzom, pielęgniarkom, sanitariuszom i innym medykom, zarówno przez Internet, jak i telefonicznie. Ponadto Państwowy Zakład Ubezpieczeń (PZU Życie) uruchomił infolinię oferującą wsparcie psychologiczne dla pracowników medycznych.

1.2. Zasoby infrastrukturalne

W 2016 r. w Polsce istniało 926 szpitali, w większości (65%) publicznych (tabela 7). Większość szpitali publicznych (462, czyli 77%) działa w formie tzw. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Ich struktura własności jest rozdrobniona: dzieli się na trzy poziomy samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo), ministerstwa i uczelnie medyczne. Większość SPZOZ (84%) jest własnością samorządów terytorialnych. Około jedna piąta (21%) szpitali publicznych działa jako spółki na podstawie kodeksu spółek handlowych, a większość udziałów (lub wszystkie) należy do samorządów terytorialnych (biorąc pod uwagę tę większość udziałów, klasyfikujemy je jako publiczne, a nie prywatne) (Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko 2019).

Prywatne szpitale działają głównie jako spółki podlegające kodeksowi spółek handlowych. Stanowią one 12% całkowitej liczby łóżek szpitalnych i są zwykle małymi pojedynczymi jednostkami specjalistycznymi – w 2016 r. 52% prywatnych szpitali miało mniej niż 50 łóżek. Jednak liczba prywatnych szpitali wzrosła w ostatnich latach, a liczba publicznych SPZOZ zmalała (Dubas-Jakóbczyk 2017). Było to spowodowane przekształcaniem SPZOZ w spółki na podstawie kodeksu spółek handlowych, a także fuzjami i likwidacjami. Ponieważ prywatne szpitale nie są odporne na bankructwo, są na ogół bardziej stabilne finansowo niż ich publiczne odpowiedniki. Problem długów w sektorze szpitali publicznych występuje od dawna (Sowada, Kowalska-Bobko i Sagan 2020).

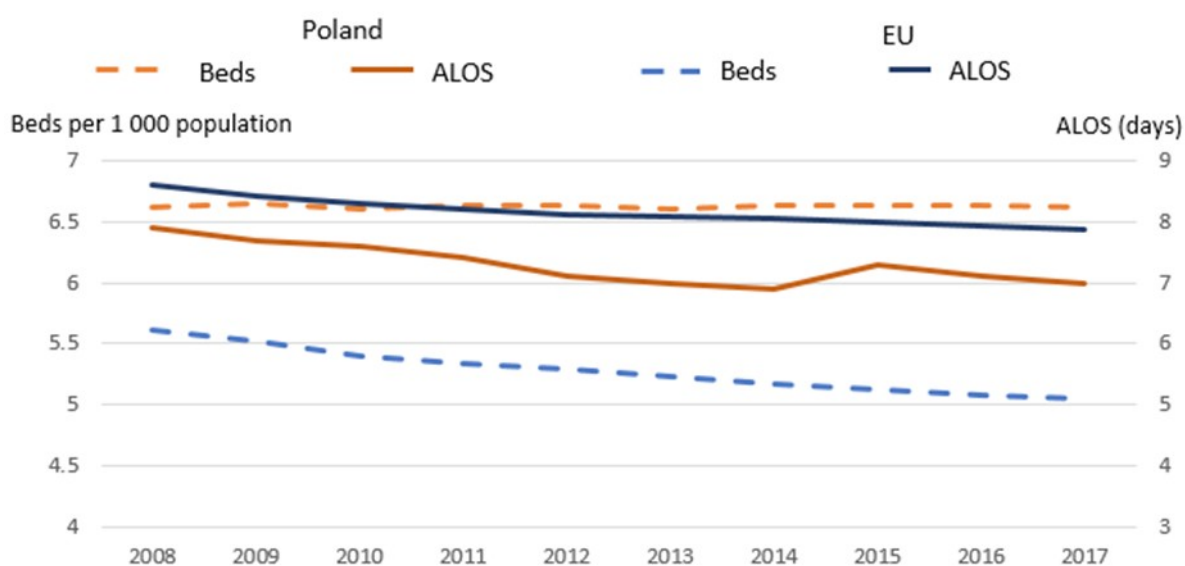
Tabela 7. Liczba szpitali i łóżek według rodzaju szpitala i formy własności, 2016 r.

Rodzaj i forma własności	liczba	łóżka (liczba)	łóżka (procent)
SPZOZ:			
Jednostki samorządowe	389	123 369	58,1
Uniwersytety medyczne	36	19 514	9,2
Ministerstwa	37	7 497	3,5
Ogółem SPZOZ	462	150 380	70,8
Instytuty medyczne	15	6 290	3,0
Skomercjalizowane publiczne	123	30 017	14,1
Publiczne łącznie	600	186 687	87,9
Prywatne	326	25 687	12,1
Suma	926	212 374	100,0

Źródło: Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko (2019).¹

1 Uwagi: Dotyczy tylko podmiotów posiadających więcej niż 10 łóżek. Może to nie być spójne z innymi statystykami, ponieważ w Polsce nie ma oficjalnej definicji „szpitala”. Na przykład szpitale posiadające mniej niż 10 łóżek i/lub posiadające wyłącznie łóżka opieki dziennej są również objęte oficjalnym rejestrem szpitali. Do 2017 r. oficjalne dane nie zawierały informacji o odsetku akcji posiadanych przez organ publiczny (zazwyczaj samorządy terytorialne). W tabeli 4.1 zakładamy, że skomercjalizowane szpitale będące własnością publiczną są publiczne, tzn. mają większość lub pełną własność publiczną.

W ostatnim dziesięcioleciu liczba łóżek na mieszkańca pozostaje stosunkowo stabilna, a jej poziom jest znacznie wyższy od średniej UE. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego powiązano liczby zatrudnionych pielęgniarek w szpitalach z liczbą dostępnych łóżek. Był to bodziec dla dyrektorów szpitali do ograniczenia liczby łóżek, w reakcji na wyższe koszty wynikające z niedawnych podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek. Jednocześnie średni czas pobytu w szpitalu skrócił się od 2005 r. i obecnie jest krótszy od średniej UE. Również wskaźnik obłożenia łóżek jest stosunkowo niski (66% w porównaniu z 77% w UE). Sugeruje to znaczną możliwość zwolnienia i ponownej alokacji zasobów szpitalnych.



Rysunek 10. Liczba łóżek szpitalnych jest znacznie wyższa niż w UE pomimo coraz krótszego średniego czasu pobytu

Źródło: OECD (2019).

Klasyfikacja oparta na strukturze własności została częściowo odzwierciedlona w sieci szpitali wdrożonej w październiku 2017 r. Szpitale zostały podzielone na siedem poziomów. W zależności od rodzaju świadczonych usług uzyskały gwarancje finansowania publicznego przez 4 lata, bez konieczności udziału w postępowaniu przetargowym na kontrakty Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Sieć obejmuje 594 szpitale, w zdecydowanej większości publiczne, w których znajduje się około 145 tys. łóżek. Sieć obejmuje wyłącznie predefiniowane specjalizacje — wskazane typy oddziałów szpitalnych/przychodni ambulatoryjnych. Zatem w niektórych szpitalach (ze strukturami oddziałów znacznie różniącymi się od tych proponowanych w przepisach) połowa oddziałów i usług ambulatoryjnych może być włączona do sieci, podczas gdy pozostałe są zawierane na

niezmienionych zasadach, poza siecią. Usługi świadczone w ramach sieci obejmują, oprócz opieki szpitalnej, opiekę specjalistyczną na ambulatoryjnych oddziałach szpitalnych, usługi rehabilitacyjne oraz opiekę poza godzinami pracy świadczonymi w porze nocnej i świątecznej. W sieci nie uwzględniono szpitali psychiatrycznych ani zakładów opieki długoterminowej.

Chociaż nie istnieją formalne poziomy odniesienia dla szpitali, w przypadku szpitali publicznych typ właściciela zazwyczaj odpowiada rodzajowi świadczonych usług. W związku z tym powiaty i miasta na prawach powiatu zwykle posiadają szpitale ogólne, które zapewniają podstawowe usługi społecznościom lokalnym; województwa posiadają bardziej wyspecjalizowane szpitale, które obejmują ich populacje i zapewniają bardziej złożone usługi, podczas gdy uniwersytety i ministerstwa posiadają wysoce wyspecjalizowane jednostki, które zapewniają opiekę o najwyższym stopniu złożoności dla całej populacji kraju.

W latach 1990-2009 liczba łóżek szpitalnych dla stanów nagłych znacznie spadła – z 6,3 do 4,4 na 1 tys. mieszkańców, co było zgodne z trendem obserwowanym w Europie Zachodniej. Wartość ta w latach 2010-2016 zatrzymała się na poziomie około 4,9 łóżek na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy w Europie Zachodniej nadal spadała: średnia dla państw członkowskich UE-15 obniżyła się do 3,8 w 2014 r. Nie podjęto żadnych centralnych inicjatyw na rzecz zmniejszenia liczby łóżek – można to prawdopodobnie wytłumaczyć rozdrobnieniem własności szpitali. Ogólnie rzecz biorąc, chociaż całkowita liczba łóżek szpitalnych jest w Polsce wyższa niż średnio w UE (6,6 na 1 tys. mieszkańców w 2016 r. w porównaniu z 5,1 w UE w 2015 r.), istnieje deficyt łóżek w opiece długoterminowej w obiektach pielęgnacji i opieki stacjonarnej. W 2016 r. w Polsce było 1,9 łóżka w opiece długoterminowej na 1 tys. mieszkańców, co jest wartością bardzo niską w porównaniu z innymi krajami, gdzie liczba ta wahała się od 6,8/1 tys. w Czechach do 11,4/1 tys. w Niemczech (Sowada, Sagan i Kowalska-Bobko 2019). Liczba łóżek szpitali ogólnych (tj. niespecjalistycznych) na 1 tys. mieszkańców jest różna w poszczególnych województwach. W 2017 r. wahała się ona od 3,9 w województwie pomorskim do 5,5 w województwie śląskim. Istnieją również znaczne różnice między regionami w dostępności do wysoce specjalistycznego sprzętu medycznego. Na przykład w 2017 r. liczba aparatów do MRI na 100 tys. mieszkańców wahała się od 0,3 w województwie opolskim do 1,2 w województwie kujawsko-pomorskim. Dwa z 16 województw nie miały aparatów do PET-TK, chociaż w całym kraju istniały 24 takie aparaty (10 z nich znajduje się w dwóch województwach) (CSIOZ 2018).

Wiele do życzenia pozostawia stan obiektów. Według Ministerstwa Zdrowia ogólny stan infrastruktury opieki zdrowotnej jest zły i wymaga inwestycji, a liczne budynki szpitalne mają więcej niż 100 lat (MZ 2017). Istotnie stara i w dużej mierze przestarzała infrastruktura stanowi poważny problem dla wielu szpitali: wiele placówek ma trudności ze spełnieniem wymagań technicznych i sanitarnych określonych przez Ministerstwo Zdrowia. W rezultacie oficjalny termin, do którego szpitale muszą spełnić określone standardy techniczne, musiał zostać kilkakrotnie przesunięty. Ostateczny termin ustalono na 31 grudnia 2017 r. Usługodawcy, którzy nie dotrzyмали tego terminu, byli zobowiązani do poddania się formalnej ocenie przez Główny Inspektorat Sanitarny (ocena ma na celu ustalenie czy niespełnienie standardów stanowi jakiegokolwiek ryzyko dla pacjentów).

1.2.1. Infrastruktura szpitalna i łóżkowa w czasach pandemii COVID-19

Na początku roku 2020 w Polsce funkcjonowało 85 podmiotów leczniczych zawierających w swoich strukturach oddziały o profilu zakaźnym, na których znajdowało się ponad 2 tys. łóżek. Obecnie w Polsce mamy 91 szpitali zakaźnych. Na czas epidemii COVID-19 w Polsce Ministerstwo Zdrowia przekształciło 21 szpitali w jednoimienne zakaźne, aby mogły zajmować się wyłącznie pacjentami z koronawirusem SARS-CoV-2 lub podejrzanymi o zakażenie (załącznik 1).

Zgodnie z zaleceniami resortu zdrowia od połowy kwietnia 2020 roku już nie tylko szpitale jednoimienne i zakaźne, ale wszystkie szpitale w Polsce mają być gotowe na przyjęcie takich pacjentów. Do dyrektorów szpitali w Polsce wysłano 8 kwietnia 2020 r. zalecenia konsultanta krajowego ds. chorób zakaźnych, aby w każdej placówce zostały wydzielone miejsca izolacji dla pacjentów z podejrzeniem koronawirusa i strefy opieki. Strefę czerwoną, przeznaczoną dla pacjentów, u których stwierdzono obecność koronawirusa lub u których występuje takie podejrzenie, strefę pomarańczową, w której pracownicy służby zdrowia będą zakładać i zdejmować środki ochrony osobistej, strefę zieloną, gdzie nie przebywają pacjenci z koronawirusem.

Pod koniec maja 2020 r. w 21 w szpitalach jednoimiennych zajętych było 1 155 łóżek i 72 respiratory. Resort zdrowia przekazał, że największe obłożenie w kraju mają szpitale jednoimienne na Śląsku, gdzie (zgodnie ze stanem z 18 maja) przebywało 239 chorych na 592 miejsca. Dla porównania w lubuskim nie było ani jednego pacjenta, w woj. warmińsko-

mazurskim – 15 pacjentów, a w woj. lubelskim – 16. Wkrótce powinny zostać podjęte pierwsze decyzje dotyczące ograniczenia liczby szpitali jednoimiennych w tych regionach, w których rzeczywiście jest to możliwe, czyli w których występuje więcej niż jeden taki podmiot (Puls Medycyny 2020).

1.3. Krzyżujące się kompetencje (*skill mix*)

Według Raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku właściwe zaprojektowanie i wdrożenie krzyżujących (łączących) się kompetencji (*skill mix*) ma ogromne znaczenie dla organizacji, zarządzania i efektywności działań podejmowanych w systemach zdrowotnych (WHO 2000). Braki profesjonalistów medycznych, głównie lekarzy oraz koszty pracownicze w ochronie zdrowia należą do jednych z najbardziej obciążających system czynn timerów, a zatem zarówno decydenci (poziom makro), jak i zarządzający podmiotami leczniczymi (poziom mikro) starają się identyfikować możliwości i tworzyć w oparciu o dostępne zasoby najbardziej efektywne zespoły pracowników sektorowych.

Obecny kryzys kadr medycznych jest implikowany wieloma czynnikami. Najważniejsze z nich to: problemy z efektywnym zarządzaniem zasobami ludzkimi i brak racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczonych usług, deficyty planowania w systemie edukacji, a także w wielu krajach – niedofinansowania ochrony zdrowia.

Ważnym dokumentem, inicjującym międzynarodową debatę na temat kadr medycznych w Europie jest raport WHO pt. „*Human resources for health in the WHO European Region*”, identyfikujący obecne problemy w sektorze zdrowia jako „ogólnoświatowy kryzys zasobów kadr medycznych” (WHO 2006). Unia Europejska w innym swoim dokumencie „*EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends*” prognozuje, że braki zasobów ludzkich w systemach zdrowotnych UE już w 2020 roku będą wynosić około 1 mln pracowników, w tym niedobory lekarzy szacowane są na poziomie około 230 tys. (European Union 2012). Tematyka ta została także pokazana w 2010 roku w *The Lancet* w opracowaniu „*Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*” (Frenk i in. 2010).

Termin *skill mix* (krzyżujących się, mieszających się, łączących się umiejętności/kompetencji) jest zwykle używany w celu opisania nachodzących na siebie kompetencji określonych grup zawodowych, podejmujących czynności w ramach tej samej organizacji. Może także odnosić się do kombinacji działań lub umiejętności niezbędnych do wykonania zadań w organizacji. *Skill mix* w literaturze przedmiotu definiuje się jako kombinację kompetencji różnych grup pracowniczych w określonym środowisku pracy, we wskazanych działaniach oraz w danym czasie (Buchan i Calman 2004). Można je także definiować jako zestaw kompetencji odnoszący się do umiejętności i doświadczenia personelu, jego ciągłego doksztalcania się i rozwoju zawodowego, wieloletniego doświadczenia i sposobu ich łączenia (krzyżowania), aby wpłynąć na ich profesjonalny rozwój oraz osąd. *Skill mix* przedstawia się także jako zestaw umiejętności łączący potrzeby z dostępnymi umiejętnościami i wynikami w określonym środowisku pracy z określoną grupą klientów.

Dobrze przygotowane i wdrożone krzyżowanie się kompetencji przyczynia się do podniesienia jakości opieki nad pacjentem, jego zadowolenia i lepszych wyników klinicznych. Najczęściej, w sytuacjach epidemiologicznie stabilnych *skill mix* wymuszają rosnące koszty personelu wysoko wykwalifikowanego (lekarzy, pielęgniarek). Ich ocena natomiast polega na optymalnym dopasowaniu kompetencji pracowników sektorowych do potrzeb systemowych i oczekiwań pacjentów. Choć należy również zauważyć, że osiągnięcie optymalnej mieszanki umiejętności w ochronie zdrowia jest bardzo trudne ze względu na wiele czynników takich jak np. hierarchiczny system pracowniczy czy wysoka odrębność profesjonalna lekarzy, pielęgniarek. W procesie mieszania się kompetencji dochodzi do zamiany dotychczas sprawowanych ról. Podczas gdy profesjonaliści (np. lekarze) rozszerzają istniejące role, inni pracownicy (np. pielęgniarki) są zobowiązani do przyjęcia niektórych aspektów poprzedniej roli. Przy krzyżowaniu się kompetencji często pojawiają się też nowe role, nowe zawody (np. asystent lekarza, koordynator opieki zdrowotnej), które projektuje się tak, aby pasowały do zakresu obowiązującej praktyki, np. nowe role pielęgniarek, ratowników, radiologów, absolwentów zdrowia publicznego. Należy wyraźnie podkreślić, że wyłącznie partnerskie podejście do rozwoju tego typu kompetencji będzie miało kluczowe znaczenie dla rozwoju zjawiska i jego pozytywnego wpływu na system ochrony zdrowia (Kowalska-Bobko i in. 2020).

W 2007 roku wprowadzono do systemu ochrony zdrowia w Polsce zawód opiekuna medycznego, jako zawód pomocniczy dla pielęgniarek. Niestety aktualne regulacje prawne nie określają szczegółowo w sposób jednoznaczny i całościowy wzajemnych relacji między członkami zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, w tym w szczególności zasad współpracy między opiekunem medycznym a pielęgniarką. Kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny w latach 2009-2018 uzyskało 49 341 osób (dane Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w Warszawie). W zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej, według stanu na 31 grudnia 2017 r., zatrudnionych było 5 181 opiekunów. Powyższe pozwala na stwierdzenie, że pomimo kształcenia opiekunów medycznych od 2007 r. nadal zawód ten nie jest w satysfakcjonującym stopniu rozpowszechniony i wykorzystywany w polskim systemie opieki zdrowotnej (Polityka 2019).

Tabela 8. Asystenci opieki zdrowotnej/asystenci opieki pielęgniarskiej/opiekunowie medyczni w Polsce

Liczba pielęgniarek	Wskaźnik na 1 tys. mieszkańców		Liczba asystentów/opiekunów	Czas kształcenia asystentów/opiekunów	Podległość
199 188	Pielęgniarki	Opiekunowie	Tytuł zawodowy – opiekun medyczny. Kwalifikacje uzyskało 43 299 osób (w kraju pracuje ok. 4 500)	Szkoła 1 rok (880 godz.)	Brak ustawowego nadzoru pielęgniarek. Praca wykonywana samodzielnie.
	5,24	0,6			

Źródło: Polityka (2019), dostęp: 03.06.2020.

Tabela 9. Krzyżujące się kompetencje w Polsce. Przykłady rozwiązań

POLSKA			
Ocena pacjenta i komunikacja. Koordynacja usług zdrowotnych i opieki społecznej.	Wprowadzenie do nowej profesji. Powiększanie i wzmacnianie roli.	Pielęgniarka środowiskowa	Krajowa
Wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne. Prawo do samodzielnej ordynacji medycznej.	Wprowadzanie nowej roli. Powiększanie, wzmacnianie roli, a także zastępowanie roli do tej pory przypisanej lekarzom.	Pielęgniarki i położne z tytułem magistra lub skończoną specjalizacją	Krajowa
Wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne. Proces nadzorowany.	Wprowadzanie nowej roli. Powiększanie, wzmacnianie roli	Pielęgniarki i położne z tytułem licencjata	Krajowa
Diagnostyka onkologiczna. Karta DiLO.	Wprowadzanie nowych zadań. Powiększanie i wzmacnianie roli.	Lekarz rodzinny, lekarz specjalista	Krajowa
Zarządzanie czasem oczekiwania w pakiecie onkologicznym (max. 7 tygodni).	Wprowadzanie nowej roli.	Koordinator medyczny	Poszczególne podmioty lecznicze (duże szpitale)
Zwiększenie czynności medycznych dla ratowników medycznych. Praca na oddziałach, wspomaganie personelu pielęgniarskiego.	Wprowadzenie nowych zadań i nowej roli. Powiększanie, wzmacnianie roli i zastępowanie roli pielęgniarki.	Ratownik medyczny	Krajowa
Samodzielna wizyta	Wprowadzenie nowych zadań	Fizjoterapeuta	Krajowa

fizjoterapeutyczna. Prawo do samodzielności decyzyjnej fizjoterapeuty.	i nowej roli. Powiększanie i wzmacnianie roli. Zastępowanie roli lekarza.		
--	---	--	--

Źródło: Kowalska-Bobko i in. (2020).

Zwykle badania czy działania praktyczne dotyczące *skill mix* dotyczą sytuacji stabilnej pod względem epidemicznym, a przyjmowane rozwiązania przyjmuje się głównie w kontekście zagrożenia chorobami przewlekłymi. Jednak stan epidemii czy pandemii w związku z zagrożeniem życia i zdrowia chorobami zakaźnymi i podejmowane działania w sytuacji kryzysowej, tym bardziej uzasadniają strukturyzację pracy w warunkach organizacji oraz budowanie nowych zespołów kompetencyjnych. Wynika to nie tylko z sytuacji zagrożenia, w której się znajdujemy czy braku kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarских), ale też czynników psychologicznych takiej pracy (ciągłe zagrożenie zdrowia i życia, przemęczenie, stres, wypalenie zawodowe, konieczność decydowania o życiu i śmierci w warunkach ograniczonych zasobów sprzętowych i inne).

Z literatury przedmiotu wynika, że podczas pandemii placówki ochrony zdrowia będą musiały zmierzyć się z wieloma trudnościami w funkcjonowaniu. Zaliczyć do nich należy przede wszystkim: 1. konieczność przyjęcia nieproporcjonalnie dużej liczby pacjentów w porównaniu do możliwości systemu ochrony zdrowia; 2. niedobór personelu, leków, szczepionek czy sprzętu medycznego; 3. absencję wśród pracowników medycznych; 4. problemy wynikające z dużej liczby zgonów; 5. problemy logistyczne związane z transportem chorych czy wyczerpywaniem się zapasów, np. leków; 6. problemy finansowe poszczególnych placówek ochrony zdrowia (Religioni i in. 2014).

Reasumując trzy najważniejsze obszary działania, wymagające budowania zespołów wspierających się specjalistów to: zarządzanie kryzysowe, logistyka i udzielanie świadczeń medycznych. W sytuacji kryzysowej wszyscy pracownicy szpitala muszą być włączeni w działania kryzysowe. Należy zadbać o to, aby na miejscu był personel najlepiej wykwalifikowany oraz zaktualizować wykaz kompetencji całego personelu tak, aby można je było w zależności od rozwoju sytuacji optymalnie wykorzystać.

1.4. Migracje profesjonalistów medycznych

Migracja personelu medycznego jest jednym z ważniejszych tematów w kontekście rozważań o niedoborach kadrowych w systemie ochrony zdrowia. Zdajemy sobie sprawę

ze skłonności migracyjnych polskich profesjonalistów medycznych, wynikających z takich powodów jak: trudne warunki pracy, duże obciążenie i długie godziny pracy, niskie zarobki, bariery w rozwoju zawodowym, w tym problemy związane z podyplomowym wykształceniem medycznym (ograniczona liczba miejsc na niektóre specjalizacje medyczne, niskie wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne).

Lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne i farmaceuci mogą ubiegać się (w ramach swoich izb zawodowych) o zaświadczenia potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe i dające im prawo do wykonywania zawodu w innych krajach UE na podstawie dyrektywy UE 2005/36/WE. Od przystąpienia Polski do UE w 2004 r. do połowy 2016 r. wydano prawie 9 400 świadectw dla lekarzy (około 7,1% praktykujących lekarzy) (Domagała i Klich 2018).

Z danych gromadzonych w rejestrach Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że liczba zaświadczeń pobranych w celu potwierdzenia prawa wykonywania zawodu w innych krajach UE stanowi ok. 7% ogółu wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie skala migracji wygląda w grupie pielęgniarek. Wyniki badań pokazują, że najwyższy odsetek deklarujących gotowość i chęć migracji występuje w grupie studentów, nieco mniejsza jest już w grupie rezydentów, a najniższa w grupie specjalistów. Deklaracje związane z chęcią migracji są skorelowane z wiekiem – młodszy lekarze, młodsze pielęgniarki częściej deklarują, że rozważają emigrację, a personel z dłuższym stażem zawodowym rzadziej deklaruje chęć emigracji zawodowej. Najczęstszymi deklarowanymi powodami migracji są przesłanki ekonomiczne, konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, ale także nadmierne obciążenie pracą i bariery w ścieżce kariery zawodowej.

Według Krajowej Izby Pielęgniarek i Położnych między przystąpieniem Polski do UE a końcem 2017 r. takie świadectwa otrzymało ponad 20,5 tys. pielęgniarek (NIPiP 2018). Wiele pielęgniarek podejmuje pracę w krajach UE jako opiekunowie medyczni i nie ubiega się o świadectwa potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe. Według danych opublikowanych przez kraje docelowe, od 2004 r. do września 2018 r. podjęto ponad 6 500 decyzji dotyczących uznawania kwalifikacji w odniesieniu do polskich pielęgniarek (ponad 5 300 pozytywnych) i ponad 600 w przypadku polskich położnych (prawie 450 pozytywnych) (Rutkowska 2018). Większość pielęgniarek miało kwalifikacje uznawane w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Irlandii, Norwegii i Belgii, podczas gdy większość położnych miało kwalifikacje uznawane w Niemczech i Wielkiej Brytanii (MZ 2016).

Z drugiej strony Polska staje się atrakcyjnym miejscem pracy dla pracowników medycznych zza naszej wschodniej granicy, których absorpcja obecnie jest jednak na bardzo niskim poziomie. W 2015 r. udział lekarzy przeszkolonych za granicą wynosił w Polsce zaledwie 1,8% ogólnej liczby lekarzy medycyny w porównaniu ze średnią z 28 krajów OECD wynoszącą 16,9% (OECD 2017). Pracownicy medyczni zza wschodniej granicy nie posiadają prawa wykonywania zawodu w Polsce i zobligowani są do nostryfikacji dyplomu, która jest procesem długotrwałym i złożonym. W Polsce zaledwie 1,8% ogółu zatrudnionych lekarzy to lekarze innej narodowości, przy średniej dla krajów OECD na poziomie 17,3%. W przypadku pielęgniarek wskaźniki te są jeszcze niższe. Ważne jest podjęcie działań ukierunkowanych na rekrutację pracowników medycznych zza wschodniej granicy, przy jednoczesnym systemowym procesie ułatwiania procesu administracyjnego dotyczącego legalizacji pobytu w Polsce, uzyskaniu pozwolenia na pracę, pomocy w nauce języka polskiego i uproszczeniu procesu nostryfikacji dyplomu. Należy jednak pamiętać, że po nostryfikacji i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu w Polsce – czyli kraju Unii Europejskiej – osoby te mogą wyjechać do innych krajów UE oferujących lepsze warunki zatrudnienia.

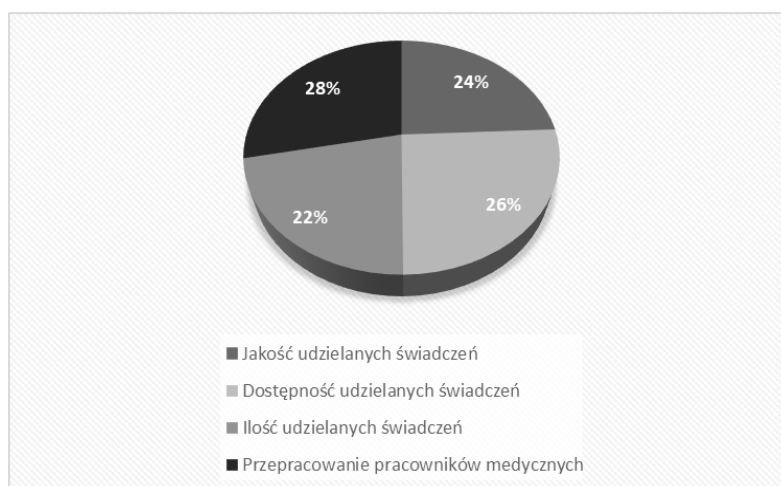
1.5. Wyniki badań empirycznych odnoszących się do uwarunkowań systemowych ZZL w ochronie zdrowia

1.5.1. Badanie ankietowe

1.5.1.1. Respondenci (lekarze)

2.1. Na co Twoim zdaniem wpływają niedobory personelu w systemie ochrony zdrowia?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Jakość udzielanych świadczeń	936	24%
Dostępność udzielanych świadczeń	988	26%
Ilość udzielanych świadczeń	844	22%
Przepracowanie pracowników medycznych	1 090	28%

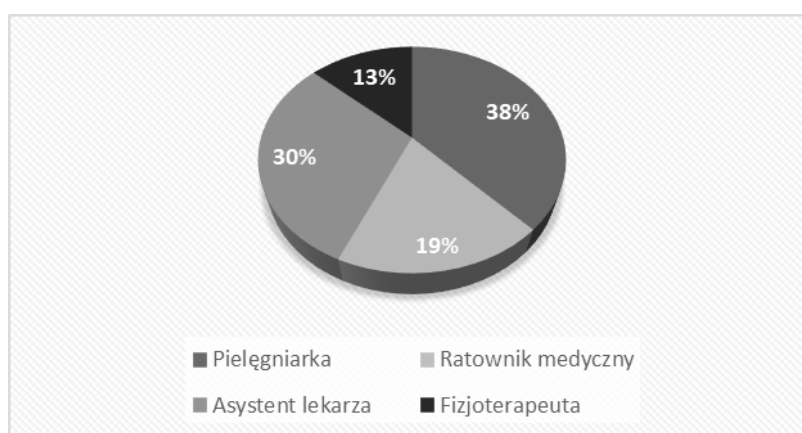


Rysunek 11. Skutki systemowe braku profesjonalistów medycznych – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.2. Kto Twoim zdaniem jest w stanie wspomóc lekarza profesjonalnie w wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Pielęgniarka	971	38%
Ratownik medyczny	477	19%
Asystent lekarza	774	30%
Fizjoterapeuta	338	13%

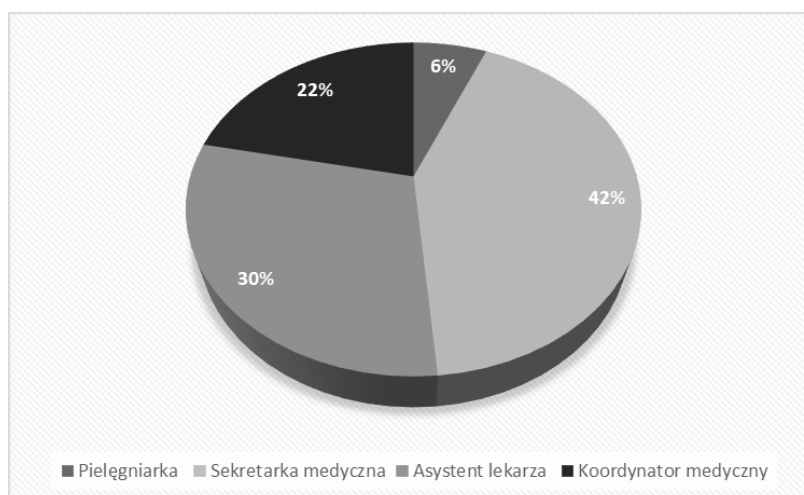


Rysunek 12. Krzyżowanie się kompetencji medycznych (skill mix) – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.3. Kto Twoim zdaniem jest w stanie wspomóc lekarza w realizacji zadań o charakterze administracyjnym?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Pielęgniarka	156	6%
Sekretarka medyczna	1 050	42%
Asystent lekarza	737	30%
Koordinator medyczny	538	22%

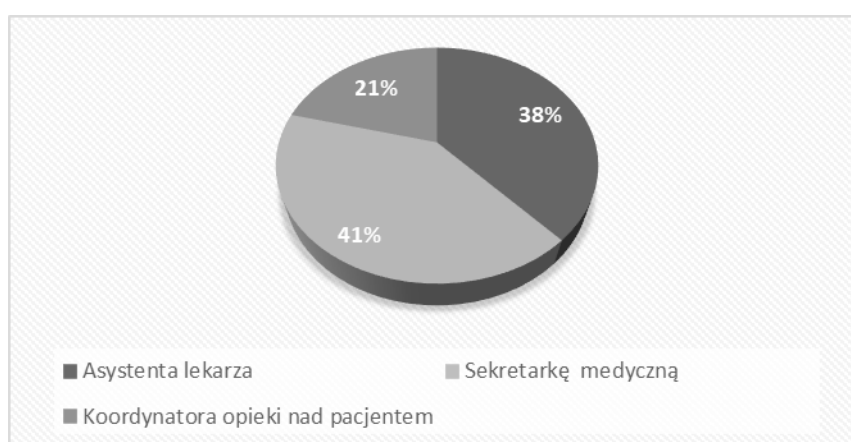


Rysunek 13. Wsparcie administracyjne w wykonywaniu czynności medycznych – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.4 Który z tzw. nowych zawodów wspierających należałoby według Ciebie najpilniej kompleksowo wdrożyć w systemie:

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Asystent lekarza	735	38%
Sekretarka medyczna	786	41%
Koordinator medyczny	402	21%

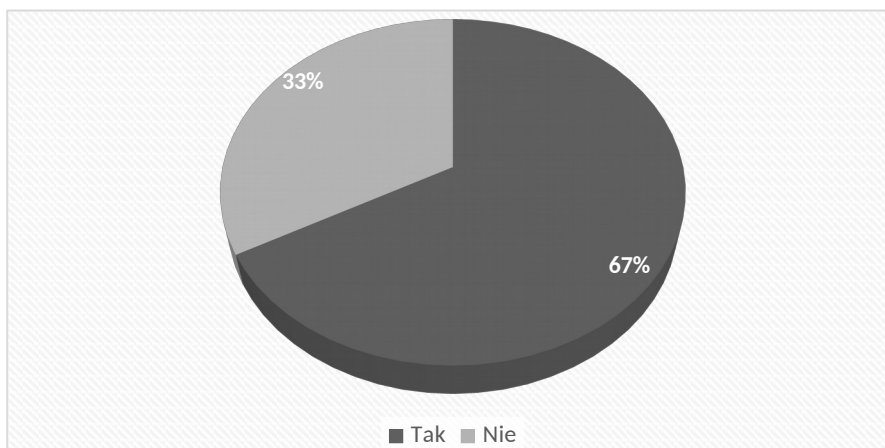


Rysunek 14. Nowe zawody w ochronie zdrowia – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.5 Czy uważasz, że podmioty lecznicze, zwłaszcza te duże tj. szpitale, powinny zatrudniać specjalistę ds. zarządzania personelem (w organizacjach biznesowych zwanego HR partnerem), zadaniem którego jest dostarczanie efektywnych metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych, a nie administracja spraw kadrowych (urlopy, świadczenia socjalne, zaświadczenia itp.)

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Tak	840	67%
Nie	416	33%

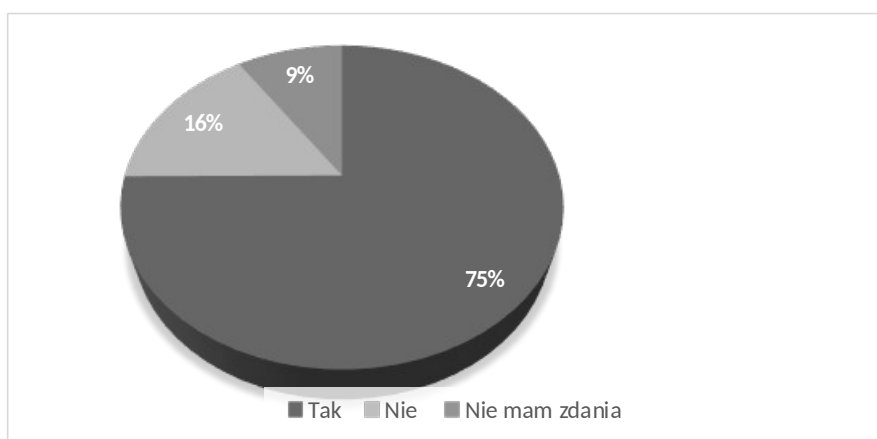


Rysunek 15. Zatrudnienie specjalisty ds. HR w jednostkach szpitalnych - lekarze

Źródło Opracowanie własne.

2.6 Czy uważasz, że należy wprowadzić rozwiązania tele-medyczne tam gdzie to tylko możliwe?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Tak	941	75%
Nie	198	16%
Nie mam zdania	117	9%



Rysunek 16. Rozwiązania tele-medyczne w systemie ochrony zdrowia - lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.7. Jak oceniasz decyzję niektórych wojewodów o mobilizacji personelu medycznego do pomocy w szpitalach w warunkach zagrożenia pandemią?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Pozytywnie, to jest wyjątkowa sytuacja	104	8%
Pozytywnie, ale pod warunkiem, że decyzje te są zaplanowane	650	52%
Negatywnie	435	35%
Nie mam zdania	67	5%



Rysunek 17. Przymusowa mobilizacja pracowników medycznych przez władze publiczne w czasie pandemii – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.8. Czy uważasz, że lekarze z zagranicy (spoza UE) zamierzający wykonywać zawód w Polsce powinni móc podjąć zatrudnienie

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
najszybciej jak to możliwe: należy im w najdalej idący sposób ułatwić uznanie ich dyplomów – może nawet znosząc wymóg nostryfikacji – i uzyskanie prawa wykonywania zawodu	98	7%
przechodząc analogiczną drogę jak polscy absolwenci – tj. po nostryfikacji dyplomu odbywają staż podyplomowy, składają egzamin LEK i uzyskują prawo wykonywania zawodu	767	57%
po odbyciu 2-3 letniego szkolenia zawodowego w charakterze zbliżonym do lekarza stażysty, w trakcie którego nostryfikują dyplom, składają egzamin LEK i uzyskują prawo wykonywania zawodu	453	34%
powinni powtarzać studia medyczne lub ich zasadniczą część w Polsce	23	2%

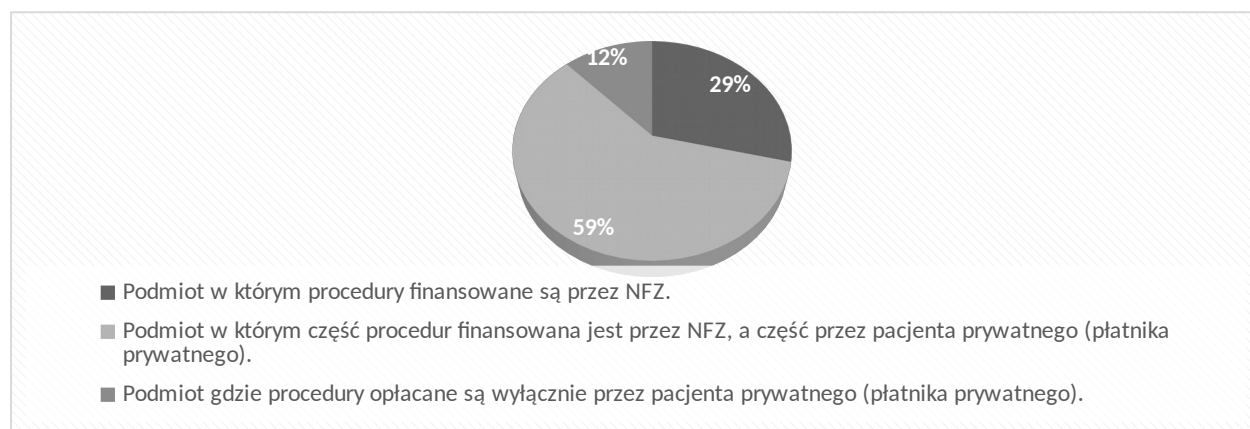
- najszybciej jak to możliwe: należy im w najdalej idący sposób ułatwić uznanie ich dyplomów - może nawet znosząc wymóg nostryfikacji - i uzyskanie prawa wykonywania zawodu
- przechodząc analogiczną drogę jak polscy absolwenci - tj. po nostryfikacji dyplomu odbywają staż podyplomowy, składają egzamin LEK i uzyskują prawo wykonywania zawodu
- po odbyciu 2-3 letniego szkolenia zawodowego w charakterze zbliżonym do lekarza stażysty, w trakcie którego nostryfikują dyplom, składają egzamin LEK i uzyskują prawo wykonywania zawodu
- powinni powtarzać studia medyczne lub ich zasadniczą część w Polsce

Rysunek 18. Uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla profesjonalistów medycznych zza wschodniej granicy – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.9 Gdybyś miał wybrać tylko 1 typ podmiotu leczniczego, któremu udzielasz świadczeń medycznych, to wybrałbyś:

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Podmiot w którym procedury finansowane są przez NFZ	333	29%
Podmiot w którym część procedur finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjenta prywatnego (płatnika prywatnego).	686	59%
Podmiot gdzie procedury opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (płatnika prywatnego).	138	12%



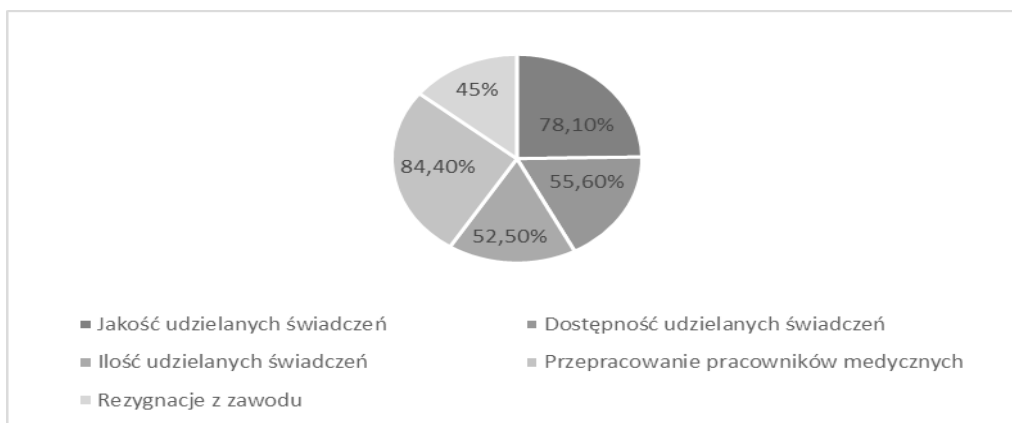
Rysunek 19. Wybór miejsca zatrudnienia – lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

1.5.1.2. Respondenci (pielęgniarki/położne)

2.1. Na co Twoim zdaniem wpływają niedobory personelu w systemie ochrony zdrowia?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Jakość udzielanych świadczeń	125	78,1%
Dostępność udzielanych świadczeń	89	55,6%
Ilość udzielanych świadczeń	84	52,5%
Przepracowanie pracowników medycznych	135	84,4%
Rezygnacje z zawodu	72	45,0%

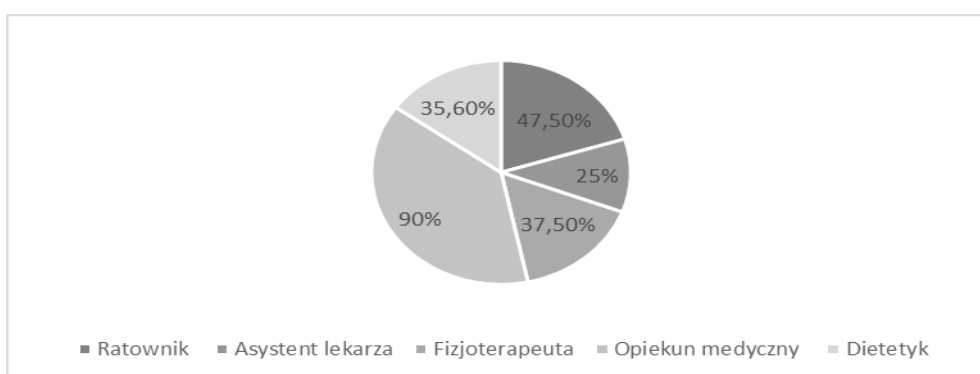


Rysunek 20. Skutki systemowe braku profesjonalistów medycznych (pielęgniarki i położne)

Źródło: Opracowanie własne.

2.2. Kto Twoim zdaniem jest w stanie wspomóc pielęgniarkę/położną profesjonalnie w wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Ratownik medyczny	76	47,5%
Asystent lekarza	40	25,0%
Fizjoterapeuta	60	37,5%
Opiekun medyczny	144	90,0%
Dietetyk	57	35,0%

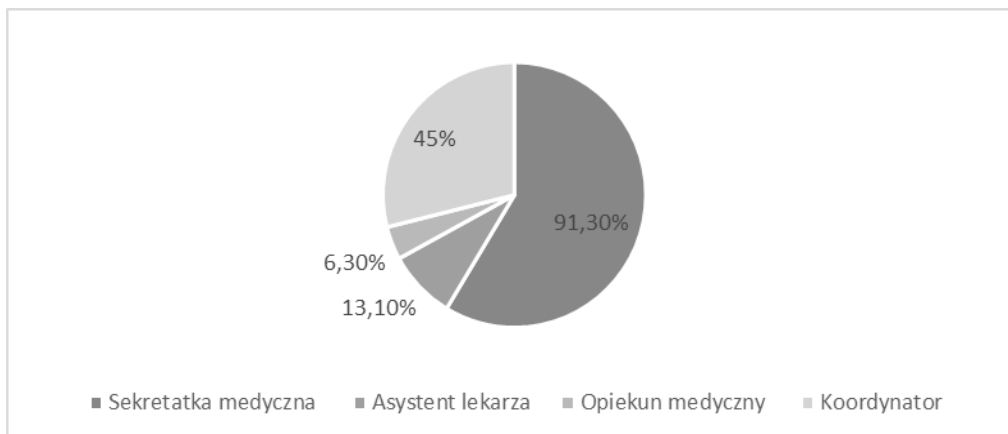


Rysunek 21. Krzyżowanie się kompetencji medycznych (*skill mix*) – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.3. Kto Twoim zdaniem jest w stanie wspomóc pielęgniarkę/położną w realizacji zadań o charakterze administracyjnym?

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Sekretarka medyczna	146	91,3%
Asystent lekarza	21	13,1%
Opiekun medyczny	10	6,3%
Koordinator medyczny	72	45,0%

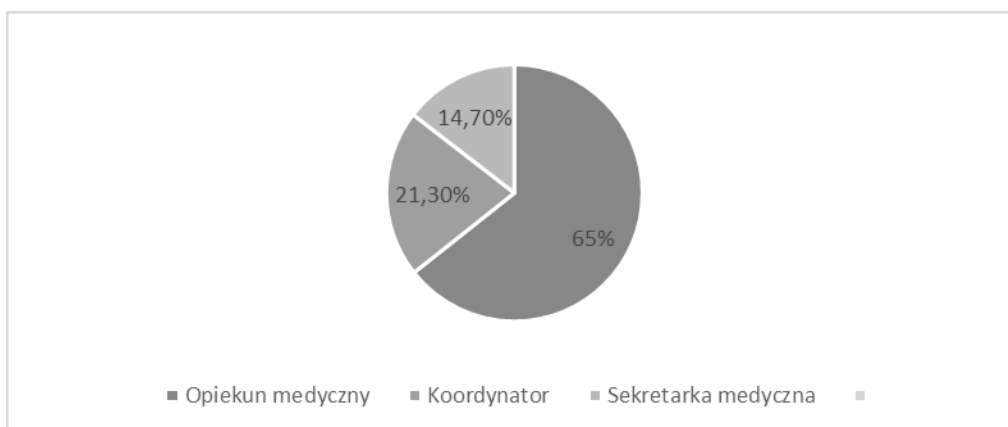


Rysunek 22. Wsparcie administracyjne w wykonywaniu czynności medycznych – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.4 Który z tzw. nowych zawodów wspierających należałoby według Ciebie najpilniej kompleksowo wdrożyć w systemie:

Odpowiedź	Odsetek
Opiekun medyczny	65,0%
Sekretarka medyczna	14,7%
Koordinator medyczny	21,3%

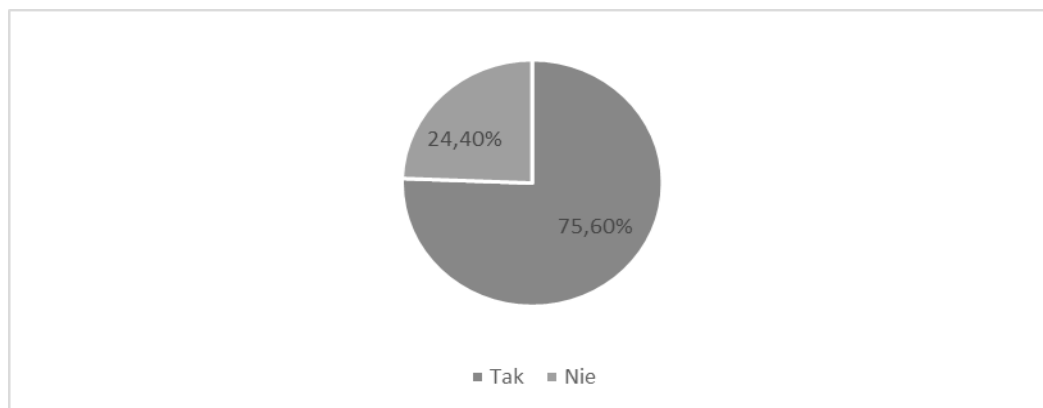


Rysunek 23. Nowe zawody w ochronie zdrowia – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.5 Czy uważasz, że podmioty lecznicze, zwłaszcza te duże tj. szpitale, powinny zatrudniać specjalistę ds. zarządzania personelem (w organizacjach biznesowych zwanego HR partnerem), zadaniem którego jest dostarczanie efektywnych metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych, a nie administracja spraw kadrowych (urlopy, świadczenia socjalne, zaświadczenia itp.).

Odpowiedź	Odsetek
Tak	75,6%
Nie	24,4%



Rysunek 24. Zatrudnienie specjalisty ds. HR w jednostkach szpitalnych – pielęgniarki i położne

Źródło Opracowanie własne.

2.6. Czy uważasz, że należy wprowadzić rozwiązania tele-medyczne tam gdzie to tylko możliwe?

Odpowiedź	Odsetek
Tak	81,9%
Nie	13,7%
Nie mam zdania	4,4%

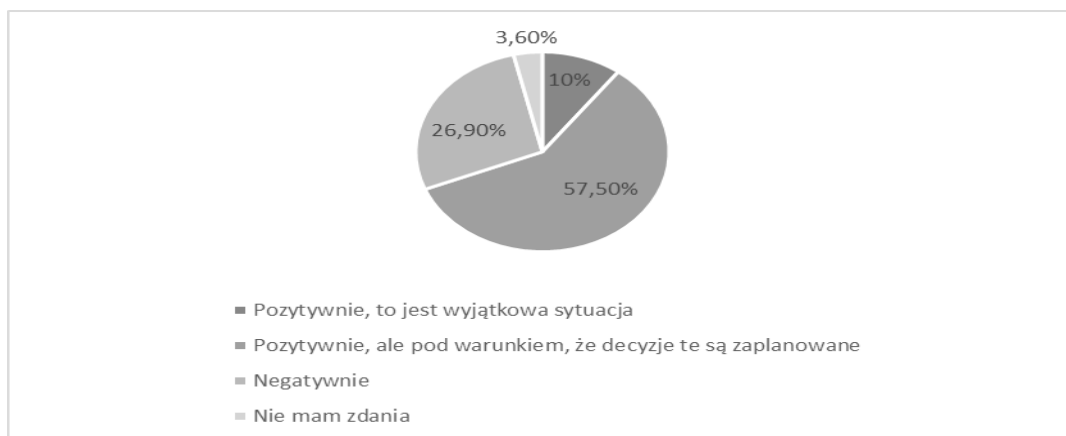


Rysunek 25. Rozwiązania tele-medyczne w systemie ochrony zdrowia – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.7. Jak oceniasz decyzję niektórych wojewodów o mobilizacji personelu medycznego do pomocy w szpitalach w warunkach zagrożenia pandemią?

Odpowiedź	Odsetek
Pozytywnie, to jest wyjątkowa sytuacja	10,0%
Pozytywnie, ale pod warunkiem, że decyzje te są zaplanowane	57,5%
Negatywnie	26,9%
Nie mam zdania	3,6%



Rysunek 26. Przymusowa mobilizacja pracowników medycznych przez władze publiczne w czasie pandemii – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.8. Czy uważasz, że pielęgniarki/położne z zagranicy (spoza UE) zamierzający wykonywać zawód w Polsce powinni móc podjąć zatrudnienie

Odpowiedź	Odsetek
najszybciej jak to możliwe: należy im w najdalej idący sposób ułatwić uznanie ich dyplomów i uzyskanie prawa wykonywania zawodu	22,5%
po odbyciu 2-3 letniego szkolenia zawodowego, w trakcie którego nostryfikują dyplom i uzyskują prawo do wykonywania zawodu	60,0%
powinni powtarzać studia pielęgniarские lub ich zasadniczą część w Polsce	17,5%

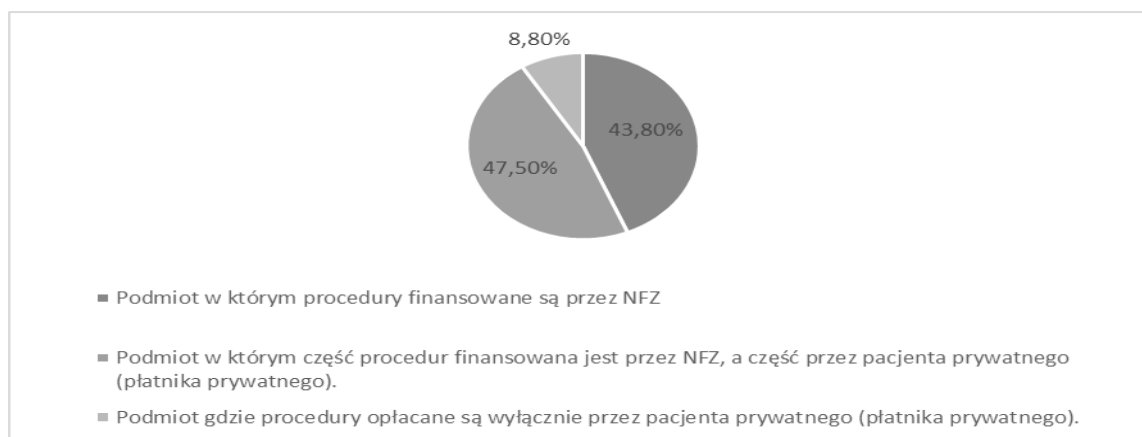


Rysunek 27. Uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla profesjonalistów medycznych zza wschodniej granicy – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

2.9 Gdybyś miał wybrać tylko 1 typ podmiotu leczniczego, któremu udzielasz świadczeń medycznych, to wybrałbyś:

Odpowiedź	Odsetek
Podmiot w którym procedury finansowane są przez NFZ.	43,8%
Podmiot w którym część procedur finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjenta prywatnego (płatnika prywatnego).	47,5%
Podmiot gdzie procedury opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (płatnika prywatnego).	8,8%



Rysunek 28. Wybór miejsca zatrudnienia – pielęgniarki i położne

Źródło: Opracowanie własne.

Niedobory profesjonalistów medycznych rzutują na wiele kwestii systemowych i pracowniczych. Jest to też ważny temat debaty publicznej i niezbędnych reform, które powinny iść w kierunku zarówno zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości, jak i bezpieczeństwa warunków pracy profesjonalistów medycznych, szczególnie w czasach kryzysu epidemiologicznego. Respondenci (lekarze) uznali, że każdy z wymienionych czynników – jakość udzielanych świadczeń, dostępność do nich, liczba udzielonych usług, podobnie jak przepracowanie pracowników medycznych wynikają w podobnym stopniu z braków kadr medycznych. Pielęgniarki i położne natomiast uznały, że niedobory w ich grupie zawodowej przyczyniają się do nadmiernego przepracowania (84,4%), pogorszenia jakości usług medycznych (78,8%) oraz rezygnacji z zawodu (45%).

Zarządzanie zasobami ludzkimi wymaga podjęcia działań w zakresie planowania strategicznego i ich standaryzacji. Aż 52% lekarzy i 57,5% pielęgniarek i położnych uznała decyzję niektórych wojewodów o mobilizacji personelu medycznego do pomocy w szpitalach w warunkach zagrożenia pandemią za pozytywną, pod warunkiem, że wynikałaby ona z planowania. Tylko 8% lekarzy i 10% pielęgniarek i położnych uznało ją za pozytywną, a 35% lekarzy i 27% pielęgniarek i położnych za negatywną. Respondenci badania bardzo pozytywnie (75% w obu badanych grupach) ocenili wprowadzane w czasie pandemii tele-

porad medycznych. Jest to niewątpliwie rozwiązanie, które powinno rozwijać się i podlegać dalszej standaryzacji, uwzględniającej specyfikę sektora ochrony zdrowia.

Najbardziej kontrowersyjną kwestią była sprawa wyboru sektora zatrudnienia. Najwyżej preferowana wśród lekarzy jest opcja hybrydowa (59%), czyli zatrudnienie w podmiocie, w którym część procedur finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjenta lub prywatnego ubezpieczyciela, co biorąc pod uwagę braki kadrowe, limitowanie dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych wydaje się najbardziej uzasadnioną formułą; 29% respondentów wybrało sektor wyłącznie publiczny a 12% wyłącznie prywatny. Wśród pielęgniarek i położnych 47,5% respondentów wybrałoby wariant hybrydowy, ale aż 43,8% sektor publiczny, jedynie 8,8% prywatny.

Niedobory kadrowe można uzupełniać poprzez stosowanie mechanizmów miękkich, wynikających z wieloletniego planowania strategicznego, np. budowanie dogodnych warunków na krzyżowanie się kompetencji profesjonalistów medycznych i okołomedycznych (*skill mix*). Stosowanie mechanizmów *skill mix* w systemie ochrony zdrowia, uświadamianie pracownikom medycznych ich pozytywnego wpływu na wyniki pracy i satysfakcję zawodową, pozwala na budowanie zasad efektywnej pracy zespołowej oraz wygospodarowanie oszczędności systemowych. Jest to również ważny mechanizm wsparcia kompetencyjnego w warunkach zagrożenia epidemicznego. Większość respondentów badania – 38% uznała, że to pielęgniarka jest w stanie wspomóc profesjonalnie lekarza w wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych. Wydaje się zatem, że dalsza profesjonalizacja i usamodzielnianie zawodu pielęgniarki i położnej to dobry kierunek zmian w systemie. Jednak aż 30% uznało, że może to być asystent lekarza, a 19% ratownik medyczny. Oznacza to, że idea wprowadzenia nowego zawodu – asystenta lekarza – do polskiego systemu ochrony zdrowia, forsowana od lat przez Prof. Zembalę, zyskuje na akceptacji i popularności. W USA asystent lekarza to profesjonalista medyczny podejmujący zatrudnienie głównie w: systemie ratownictwa medycznego, intensywnej terapii, na oddziałach zabiegowych (asysta przy operacjach) oraz w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ). Pielęgniarki i położne za najważniejszy zawód wspomagający je w czynnościach medycznych uznały opiekuna medycznego (90%). Ponad 45% wskazań dotyczyło ratownika medycznego, a prawie 40% fizjoterapeuty i dietetyka, co jest dobrym gruntem do budowy zespołów profesjonalistów bazujących na kompetencjach wspierających proces udzielania świadczeń przez lekarzy.

W czynnościach administracyjnych – według respondentów – lekarzy jak i pielęgniarek i położnych powinny wspomagać przede wszystkim sekretarki medyczne (41% lekarze, 91,3% pielęgniarki i położne) i koordynatorzy medyczni (21% lekarze i 45% pielęgniarki i położne). Lekarze wskazywali także na asystentów lekarza (38%). Wyniki badań także w tym przypadku są zbieżne z działaniami decydentów na rzecz szerokiego wdrożenia w systemie zdrowotnym zawodu sekretarki medycznej. Inaczej sytuacja wygląda z koordynatorem medycznym. W tym przypadku zapotrzebowanie na takiego specjalistę i jego kompetencje administracyjne jest widoczne wśród respondentów, a brakuje go w systemie. Do dzisiaj nie wiadomo, jakie kompetencje powinien mieć koordynator medyczny. W wielu szpitalach funkcje te przejmują pielęgniarki, ale także coraz częściej absolwenci Zdrowia Publicznego. Przerzucanie pielęgniarek na ten odcinek pracy wydaje się nieuzasadnione w kontekście ich niedoborów. Natomiast specjalistów Zdrowia Publicznego powinno się wykorzystywać bardziej efektywnie – zarówno w podmiotach leczniczych jako administratorów, koordynatorów licznych programów opieki koordynowanej, jak i w systemie zdrowotnym jako specjalistów od zdrowia populacyjnego (promocji zdrowia, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, bezpieczeństwa zdrowotnego, zarządzania kryzysowego).

Aż 67% respondentów wśród lekarzy i 75,6% wśród pielęgniarek i położnych uważa, że podmioty lecznicze, powinny zatrudniać specjalistę ds. zarządzania personelem (w organizacjach biznesowych zwanego HR partnerem), którego zadaniem jest dostarczanie efektywnych metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych, a nie administracja sprawami kadrowymi (urlopy, świadczenia socjalne, zaświadczenia itp.). Poświadczą to deficyty zarządzania w tym zakresie w polskich szpitalach, nieprzygotowanych do profesjonalnego zarządzania zasobami ludzkimi, co jest szczególnie dotkliwe i widoczne w czasach pandemii.

Uzyskane wyniki badania ankietowego wskazują, że 57% ankietowanych lekarzy uważa, że lekarze zza wschodniej granicy powinni przechodzić analogiczną drogę jak polscy absolwenci – tj. po nostryfikacji dyplomu odbywać staż podyplomowy, złożyć egzamin LEK i uzyskać prawo wykonywania zawodu. Tylko 2% respondentów uważa, że powinni oni powtarzać całe studia medyczne w Polsce. Taka odpowiedź oznacza uznanie za właściwą i pożądaną jedną z dłuższych ścieżek potwierdzania kwalifikacji zawodowych przez profesjonalistów medycznych spoza UE. Wydaje się, że najbardziej kompromisowym

rozwiązaniem byłoby uznawanie dla takich specjalistów prawa do wykonywania zawodu po odbyciu 2-3 letniego szkolenia zawodowego w charakterze zbliżonym do lekarza stażysty, w trakcie którego nostryfikują dyplom, składają egzamin LEK i uzyskują prawo wykonywania zawodu, co znalazło zrozumienie u 34% badanych. W przypadku pielęgniarek za najbardziej optymalne rozwiązanie (60%) zostało uznane przyznanie prawa do wykonywania zawodu dla pielęgniarek spoza UE po odbyciu 2-3 letniego szkolenia zawodowego, w trakcie którego nostryfikują dyplom.

1.5.2. Wyniki wywiadów

Przeprowadzone wywiady pogłębione w większości przypadków potwierdzają wyniki ankiet. Jedynym wyjątkiem są diagnozy laboratoryjne, bardzo mocno podkreślający systemowe zróżnicowanie w zakresie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia tego zawodu, a także wyraźnych różnic płacowych pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym w tej branży. Ten ostatni powód jest przyczyną dużej rotacji pracowniczej w tej grupie zawodowej. Młodzi, dobrze wykształceni profesjonalści wybierają sektor prywatny, gwarantujący im pobory o 1 tys. zł wyższe. Przekłada się to wyraźnie na problemy rekrutacyjne w publicznych jednostkach.

Z wywiadów pogłębionych z pielęgniarkami wynika, że oczekują one wsparcia przede wszystkim opiekuna medycznego w zakresie wykonywanych czynności zawodowych. Powołując się na dokumenty strategiczne przyjęte dla pielęgniarstwa, a szczególnie na *Politykę Wieloletnią Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce z 2019* zwracają uwagę, że nowy zawód medyczny jako zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej jest niezbędny. Postuluje się dokonanie zmian legislacyjnych w zakresie formalnego uregulowania współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych oraz upowszechnienia i bardziej efektywnego wykorzystania zawodu opiekuna medycznego w systemie opieki zdrowotnej. Ważne jest także poszerzenie wiedzy i umiejętności zawodowych opiekuna medycznego w celu dostosowania ich do potrzeb pacjentów (m.in. psychiatria, geriatria, pediatria, neurologia). Podkreślano, że zawód opiekuna medycznego nie jest wystarczająco wypromowany wśród kierowników podmiotów leczniczych realizujących świadczenia stacjonarne, a także, że Uchwały Prezydium NRPiP

w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, mogą stanowić punkt wyjścia do dyskusji ukierunkowanej na kwestię ewentualnego rozszerzenia kompetencji opiekuna medycznego przy jednoczesnym zmniejszeniu zadań wykonywanych przez pielęgniarki (przesunięcie kompetencji od zawodu pielęgniarki do zawodu opiekuna medycznego). Realizacja tego działania może nastąpić przez działania legislacyjne polegające na umieszczeniu opiekuna medycznego w systemie realizacji stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Środowisko pielęgniarskie natomiast dość sceptycznie (w wywiadach pogłębionych) odnosi się do wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia w Polsce zawodu asystenta lekarza. Uważają, że nie ma zapotrzebowania, ani przestrzeni kompetencyjnej na ten nowy zawód. Trudno jest im wyobrazić sobie wzajemne relacje w systemie z takim profesjonalistami. Napięte są także relacje na linii pielęgniarka-ratownik. Z wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami obu grup zawodowych wynika, że nie ma w tym przypadku przestrzeni do kompromisu, a raczej zauważa się doszukiwanie wzajemnych deficytów. Przedstawiciele środowiska pielęgniarskiego, wyraźnie podkreślali, że pomysł zatrudniania ratowników na oddziałach w placówkach leczniczych jest nie tylko niemożliwy, ze względu na niewystarczające kompetencje zawodowe ratowników, ale wręcz nielegalny. Ratownicy z kolei podkreślali braki kompetencyjne pielęgniarek w zakresie samodzielności zawodowej, wyuczone posłuszeństwo względem lekarzy, co według nich utrudnia profesjonalizację zawodu pielęgniarki i położnej. Przedstawiciele tej grupy zawodowej podkreślają, że mają wystarczające kompetencje, aby po krótkim przeszkoleniu głównie w zakresie pielęgnacji pacjenta, wspomóc pielęgniarki w pracy na oddziałach szpitalnych. Uważają, że istnieje wiele potencjalnych pól krzyżowania kompetencji z pielęgniarkami, np. w zespołach ds. nagłych.

1.6. Wnioski i rekomendacje

Aktualna sytuacja kadr medycznych w Polsce, zarówno lekarskich jak i pielęgniarskich jest kluczowym wyzwaniem dla decydentów zdrowotnych. Sytuację tę charakteryzują następujące problemy: najniższy wskaźnik zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na 1 tys.

mieszkańców wśród krajów UE, niekorzystna struktura wiekowa, deficyty kadrowe oraz zjawisko emigracji zawodowej. Na pozytywne podkreślenie zasługuje przyjęcie w 2019 r. *Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*, która m.in. definiuje kierunki działań jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej i położniczej. Kluczowe jest zdefiniowanie polityki migracyjnej (emigracyjnej i imigracyjnej) w odniesieniu do pracowników medycznych oraz monitorowanie skali migracji. Aktualnie zjawisko to znamy jedynie z szacunków, trudno więc skutecznie mu przeciwdziałać. Ważne jest aktywne uczestnictwo w inicjatywach na szczeblu międzynarodowym, których celem jest wymiana doświadczeń, wzajemne wsparcie krajów członkowskich, upowszechnianie sprawdzonych narzędzi i dobrych praktyk w zakresie planowania kadr oraz podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy zasobów kadrowych.

Systemowym warunkiem zabezpieczenia dostępu do efektywnych i wysokiej jakości usług zdrowotnych zorientowanych na pacjenta jest m.in. odpowiednio wykwalifikowana kadra, zmotywowana do pracy, rozwijająca swoje kompetencje w warunkach optymalnej ich absorpcji systemowej. Remedium na wskazane w analizie i wnioskach badawczych bolączki systemowe może być powiększanie, wzmacnianie i zastępowanie dotychczasowych ról pełnionych przez profesjonalistów medycznych w systemie ochrony zdrowia nowymi przenikającymi się kompetencjami (*skill mix*) (Kowalska-Bobko i in. 2020). *Skill mix* (krzyżowanie się kompetencji), a także tworzenie nowych profesji medycznych może stanowić trend niwelujący niedoskonałości systemowe w kierunku optymalnego reagowania na potrzeby pacjentów w sytuacji ograniczonych zasobów ludzkich i finansowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa wywołanego pandemią. W Polsce krzyżowanie się kompetencji jest tematem nowym, poddawany wstępnym analizom naukowym i badaniom prowadzonym w praktyce. Należy jednak zauważyć, że proces ten przebiega często raczej w atmosferze rywalizacji i walki, niż uznania dobrodziejstw płynących z pracy grupowej. Doskonałym przykładem takiego właśnie zachowania jest konflikt na linii pielęgniarki-ratownicy. Obie grupy zawodowe walczą, wypominając sobie własne deficyty i raczej nie są skore do systemowego uporządkowania własnych relacji zawodowych tak, aby wypracować model optymalny, zapewniający efektywną pracę grupową. Zasadniczo większość zmian systemowych w Polsce w odniesieniu do *skill mix* dotyczy zjawiska powiększania i wzmacniania ról zawodowych pielęgniarek, ratowników i fizjoterapeutów. Przy okazji

przejmowania nowych uprawnień tych ostatnich wzmacnia się rola tzw. personelu wspomagającego, czyli np. opiekunów medycznych, sekretarek medycznych itp. Wiąże się to także w niektórych przypadkach z zastępowaniem ról do tej pory regulacyjnie przynależnych wyłącznie lekarzom, np. pielęgniarki uzyskujące prawo do samodzielnej ordynacji medycznej czy wypisywania recept czy fizjoterapeuci prowadzący samodzielne wizyty.

Pojawianie się nowych koordynowanych programów kompleksowej opieki nad pacjentem wymusza realną koordynację działań w przypadku takich programów, co oznacza z kolei konieczność tworzenia zupełnie nowych ról zawodowych – koordynatora medycznego. Odpowiedź na pytanie kto ma odpowiednie kompetencje do ich pełnienia jest kluczowa, szczególnie przy braku wykształconego specjalisty w tym zakresie. Pielęgniarkom wchodzącym w te role brakuje bowiem wiedzy w zakresie organizacji i zarządzania, a absolwent zdrowia publicznego, który również często zostaje koordynatorem w programie kompleksowej opieki nad pacjentem ma wyraźne deficyty wiedzy medycznej.

Wnioski	Rekomendacje
1. Polskę charakteryzuje najniższy wskaźnik zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców wśród krajów UE oraz niekorzystna struktura wiekowa. 2. Bolączką systemu jest także brak długofalowej polityki dotyczącej kadr medycznych w kontekście ich kształcenia, doszkalania, właściwej alokacji, zasad współpracy, polityki płacowej, zagrożeń życia i zdrowia na wypadek nagłych kryzysów np. pandemii itp.	1) Zwiększenie liczby studentów na kierunkach medycznych, głównie: lekarskich, pielęgniarskich przy uwzględnieniu jakości kształcenia.
	2) Poprawa jakości kształcenia na kierunkach medycznych. Rozwijanie treści nie tylko medycznych, ale także związanych z komunikacją interpersonalną, zarządzaniem w ochronie zdrowia, prawem medycznym, <i>e-health</i> , innowacyjnymi technologiami medycznymi.
	3) Poprawa warunków pracy profesjonalistów medycznych. Stabilność zatrudnienia i gwarancja godziwych wynagrodzeń. Eliminowanie zbyt dużych dysproporcji dochodowych wśród różnych grup zawodów medycznych.
	4) Utrzymanie hybrydowego zatrudniania profesjonalistów medycznych (zgodnie z oczekiwaniami środowisk medycznych), zarówno w podmiotach finansowanych ze środków publicznych, jak i na rynku komercyjnym.
	5) Rozwijanie elementów zarządzania kryzysowego na rzecz gwarancji bezpieczeństwa życia i zdrowia w warunkach pracy. Rozwój zarządzania strategicznego i operacyjnego na poziomie państwa, regionu i podmiotu leczniczego w odniesieniu do pracowników medycznych.
	6) Normy zatrudnienia – określenie liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń (rozporządzenia „koszykowe”).

Wnioski	Rekomendacje
3. Powiększanie, wzmacnianie i zastępowanie dotychczasowych ról pełnionych przez profesjonalistów medycznych w systemie ochrony zdrowia nowymi przenikającymi się kompetencjami (<i>skill mix</i>).	7) Trwałe rozwiązania sektorowe wymagają bezwzględnego uwzględnienia szeregu zidentyfikowanych uwarunkowań, w tworzeniu nowej przestrzeni zawodowej dla profesjonalistów medycznych i przygotowaniu takich strategii postępowania, które pozwolą na osiągnięcie zamierzonych zmian.
	8) Przygotowanie matrycy krzyżujących się kompetencji, będącej podstawą kształcenia, doksztalcania i budowania pracy zespołowej.
	9) Określenie ról i kompetencji ratowników w systemie ochrony zdrowia.
	10) Określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.
	11) Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodów wspomagających pracę profesjonalistów medycznych zgodnie z koncepcją <i>skill mix</i> (asystentów lekarzy, opiekunów medycznych, koordynatorów opieki, sekretarek medycznych, specjalistów od zarządzania zasobami ludzkimi).
4. Szacunkowość polityki migracyjnej. 5. Zbyt skomplikowany i długotrwały system uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla profesjonalistów medycznych spoza UE.	12) Kluczowe jest zdefiniowanie polityki migracyjnej (emigracyjnej i imigracyjnej) w odniesieniu do pracowników medycznych oraz monitorowanie skali migracji. 13) Wprowadzenie rozwiązań systemowych pozwalających na uznawanie kwalifikacji zawodowych dla pracowników medycznych spoza UE, po dodatkowym, obowiązkowym szkoleniu i przeprowadzeniu stosowanych egzaminów. Jeśli nie jest możliwe ze względu na zbyt duże różnice programowe w kształceniu uznanie kwalifikacji zawodowych należy zatrudniać ich np. w roli opiekunów medycznych, asystentów.

Rozdział 2. Zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych (Beata Buchelt)

2.1. Stan ZZL w Polsce. Badania autorskie przeprowadzone w ramach projektu Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach NCN UMO-2013/11/B/HS4/01062

Stan realizacji funkcji personalnej w podmiotach leczniczych zostanie przedstawiony na podstawie autorskich badań ankietowych jakie przeprowadzono w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki w ramach grantu pt. *Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach*. Badania ankietowe będące jednym z elementów projektu badawczego zostały przeprowadzone w 285 szpitalach w Polsce. W każdym ze szpitali ankietę kierowano do 5 respondentów tj. dyrektor placówki lub osoba przez niego wskazana, ordynator, pielęgniarka oddziałowa, lekarz i pielęgniarka. Do przedstawienia stanu realizacji funkcji personalnej wybrano wyniki badań lekarzy i pielęgniarek. Jednocześnie zidentyfikowanie kluczowego problemu jakim jest umiejscowienie specjalisty/działu ds. zarządzania personelem w strukturach szpitalnych nastąpiło na podstawie ankiet skierowanych do ordynatorów i pielęgniarki oddziałowe, bowiem to ich pytano w czasie bada o te kwestie.

Wejściowym procesem ZZL jest rekrutacja. Z uwagi na to, że zasób lekarzy i pielęgniarek jest wyraźnie ograniczony, szpitale powinny stosować strategię proaktywną w rekrutacji przedstawicieli tych profesji. Z analizy danych zawartych w tabelach 10 i 11 wynika, że sytuacja w tym zakresie nie jest zła, ale też nie jest optymalna. Dążeniem szpitali, czy też innych podmiotów leczniczych powinno być jak najszerze upowszechnianie informacji na temat wakatów. Porównując wyniki w obu tych tabelach zauważyć natomiast można, że lekarze częściej niż pielęgniarki deklarowali, że szpital posługuje się specjalistycznymi firmami rekrutacyjnymi.

Tabela 10. Rekrutacja pracowników. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Kandydaci sami dowiadują się o wakacie i składają swoje oferty.	16	5,6%
Kandydaci sami dowiadują się o wakacie i składają swoje oferty. Tylko w wyjątkowych (krytycznych) sytuacjach podejmowane są działania zmierzających do poinformowania potencjalnych kandydatów o wakacie.	51	17,9%
Szpital stara się upowszechniać informację o wybranych wakatach (np. kluczowe stanowiska) tak, aby dotarła ona do jak najszerzego grona potencjalnych kandydatów. W przypadku innych stanowisk informację o wakacie upowszechnia się lokalnie.	113	39,6%
Szpital upowszechnia informację o wakatach tak, aby dotarła do jak najszerzego	62	21,8%

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
grona potencjalnych kandydatów.		
Szpital upowszechnia informację o wakatach tak, aby dotarła do jak najszerszego grona potencjalnych kandydatów. W przypadku stanowisk kluczowych lub specjalistycznych, na które pojawiają się trudności w znalezieniu kandydatów zleca ten proces na zewnątrz tj. posługuje się firmami specjalizującymi się w rekrutacji personelu medycznego.	43	15,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 11. Rekrutacja pracowników. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Kandydaci sami dowiadują się o wakacie i składają swoje oferty.	28	9,8%
Kandydaci sami dowiadują się o wakacie i składają swoje oferty. Tylko w wyjątkowych (krytycznych) sytuacjach podejmowane są działania zmierzających do poinformowania potencjalnych kandydatów o wakacie.	47	16,5%
Szpital stara się upowszechnić informację o wybranych wakatach (np. kluczowe stanowiska) tak, aby dotarła ona do jak najszerszego grona potencjalnych kandydatów. W przypadku innych stanowisk informację o wakacie upowszechnia się lokalnie.	124	43,5%
Szpital upowszechnia informację o wakatach tak, aby dotarła do jak najszerszego grona potencjalnych kandydatów.	61	21,4%
Szpital upowszechnia informację o wakatach tak, aby dotarła do jak najszerszego grona potencjalnych kandydatów. W przypadku stanowisk kluczowych lub specjalistycznych, na które pojawiają się trudności w znalezieniu kandydatów zleca ten proces na zewnątrz tj. posługuje się firmami specjalizującymi się w rekrutacji personelu medycznego.	25	8,8%

Źródło: Opracowanie własne.

Szpitalom według respondentów korzystają ze zdywersyfikowanych narzędzi rekrutacji. W tabelach 12 i 13 znajdują się zbiory technik rekrutacyjnych jakie wybierali lekarze i pielęgniarki. Zestaw narzędzi wskazywanych przez lekarzy i pielęgniarki z jednej strony jest podobny, z drugiej różni się. I tak, pielęgniarki wskazywały częściej ogłoszenia prasowe, a lekarze ogłoszenia w prasie branżowej. Pielęgniarki częściej wskazywały częściej rekomendacje pracowników, a lekarze rekomendacje przedstawicieli środowiska danej grupy medycznej. Innymi często wskazywanymi narzędziami były: internet, ogłoszenia wewnętrzne, dni otwarte czy portale społecznościowe. Zestaw wskazywanych narzędzi z jednej strony jest tradycyjny, a z drugiej posiada elementy zgodne z rozwiązaniami spotykanymi w organizacjach biznesowych. Przy czym, zasadniczo kwestię ujmując, podmioty medyczne powinny zrezygnować z ogłoszeń w tradycyjnej prasie na rzecz rozwoju aktywności rekrutacyjnej w internecie. Tam właśnie jest dziś potencjalny kandydat do pracy.

Tabela 12. Dotarcie z ofertą do kandydatów. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
ogłoszenia prasowe	169	59,3%
ogłoszenia prasowe w prasie branżowej	127	44,6%
rekomendacje pracowników	123	43,2%
rekomendacje przedstawicieli środowiska danej grupy medycznej	92	32,3%
ogłoszenia wewnętrzne	73	25,6%
internet	107	37,5%
intranet	8	2,8%
pośrednictwo pracy	18	6,3%
agencje doradztwa personalnego	17	6,0%
portale poświęcone pracy i karierze	2	0,7%
giełdy pracy/targi kariery	5	1,8%
współpraca z urzędami pracy	3	1,1%
portale społecznościowe	31	10,9%
dni otwartych drzwi	74	26,0%
bezpośrednie dotarcie do kandydata	22	7,7%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 13. Dotarcie z ofertą do kandydatów. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
ogłoszenia prasowe	171	60,0%
ogłoszenia prasowe w prasie branżowej	124	43,5%
rekomendacje pracowników	136	47,7%
rekomendacje przedstawicieli środowiska danej grupy medycznej	88	30,9%
ogłoszenia wewnętrzne	70	24,6%
internet	106	37,2%
intranet	12	4,2%
pośrednictwo pracy	10	3,5%
agencje doradztwa personalnego	8	2,8%
portale poświęcone pracy i karierze	3	1,1%
giełdy pracy/targi kariery	5	1,8%
współpraca z urzędami pracy	9	3,2%
portale społecznościowe	26	9,1%
dni otwartych drzwi	68	23,9%
bezpośrednie dotarcie do kandydata	31	10,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród personelu pielęgniarskiego częściej niż u lekarzy wskazywana była analiza dokumentów pod kątem kwalifikacji podczas zatrudnienia [zob. tab. 14 i 15]. W obu grupach stosowana jest rozmowa rekrutacyjna. Narzędzie, którego efektywność obliczona została na 25%. W około 40% przypadków sprawdza się kwalifikacje. Wydaje się uzasadnione, aby stwierdzić, że wskaźnik ten w dzisiejszych czasach powinien być podwyższony. Wśród lekarzy częściej sprawdza się opinię w środowisku niż u pielęgniarek. Proces ten można uskutecznić

poprzez zaadaptowanie wykorzystania nowoczesnych technologii, a mianowicie tzw. screening pracownika przy użyciu systemów informatycznych.

Tabela 14. Narzędzia selekcji. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Analiza dokumentów pod względem ich zgodności z wymaganymi kwalifikacjami	217	76,1%
Rozmowa kwalifikacyjna	237	83,2%
Formalne sprawdzenie rekomendacji	115	40,4%
Nieformalne sprawdzenie rekomendacji (opinii w środowisku)	73	25,6%
Testy psychologiczne	61	21,4%
Próbki pracy	62	21,8%
Zlecone zadania	43	15,1%
Studia przypadków	61	21,4%
Assessment Center (centrum zogniskowanej oceny)	14	4,9%
Rekrutację prowadziła firma rekrutacyjna a nie Szpital	16	5,6%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 15. Narzędzia selekcji. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Analiza dokumentów pod względem ich zgodności z wymaganymi kwalifikacjami	235	82,5%
Rozmowa kwalifikacyjna	238	83,5%
Formalne sprawdzenie rekomendacji	113	39,6%
Nieformalne sprawdzenie rekomendacji (opinii w środowisku)	64	22,5%
Testy psychologiczne	65	22,8%
Próbki pracy	66	23,2%
Zlecone zadania	60	21,1%
Studia przypadków	76	26,7%
Assessment Center (centrum zogniskowanej oceny)	14	4,9%
Rekrutację prowadziła firma rekrutacyjna a nie Szpital	16	5,6%

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedzi w tabelach 16 i 17 wyraźnie wskazują fakt, iż szpitale zaadoptowały wytyczne CMJ odnoszące się do ZZL. 47% lekarzy i 49,8% pielęgniarek wskazało, że ocena odbywa się raz do roku, z tego 13% lekarzy zadeklarowało, że są oni wyłączani z tej oceny. Na takie wykluczenie zwróciło uwagę 19,6% pielęgniarek. Pożądany stan oceny rocznej polegającej nie tylko na ocenianiu wszystkich pracowników, ale i przeprowadzeniu rozmowy oceniającej (dostarczenie informacji zwrotnej) wskazało tylko 19,3% lekarzy i 15,1% pielęgniarek.

Tabela 16. Formalna ocena pracownicza. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie ma sformalizowanej oceny pracownicznej.	45	15,8%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku, ale dotyczy ona personelu pielęgniarskiego lub innych pracowników sfery medycznej. Ocenie nie podlegają lekarze.	38	13,3%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego.	98	34,4%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego. Przy czym tylko w grupach personelu pielęgniarskiego i innych pracowników medycznych przeprowadza się rozmowę oceniającą.	49	17,2%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego. Po niej przeprowadzana jest rozmowa oceniająca.	55	19,3%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 17. Formalna ocena pracownicza. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie ma sformalizowanej oceny pracownicznej (przejsz do pytania 2.8).	43	15,1%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku, ale dotyczy ona personelu pielęgniarskiego lub innych pracowników sfery medycznej. Ocenie nie podlegają lekarze.	56	19,6%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego.	86	30,2%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego. Przy czym tylko w grupach personelu pielęgniarskiego i innych pracowników medycznych przeprowadza się rozmowę oceniającą.	57	20,0%
Tak, taka ocena prowadzona jest co roku i dotyczy wszystkich grup personelu medycznego. Po niej przeprowadzana jest rozmowa oceniająca.	43	15,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci poproszeni również zostali o wskazanie podmiotów biorących udział w ocenie. Zgodnie ze standardem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) szpitale powinny wprowadzić ocenę bezpośredniego przełożonego oraz samoocenę. Na takie rozwiązanie wskazało 28,8% lekarzy i 28,7% pielęgniarek. Włączanie pacjentów i ich rodzin zasygnalizowało 29,2% lekarzy i 32,8%. I choć z doświadczeń autorki m.in. jako konsultanta dużego szpitala wojewódzkiego wynika, że takie rozwiązania są niezmiernie rzadkie, można przyjąć, że z uwagi na zmianę postaw pacjentów i ich rodzin, bezpośredni przełożeni mogą uwzględniać aspekt relacji pacjent – personel medyczny w ocenie rocznej. Istotne jest też to, że akredytacja jakościowa CMJ wymaga oceny jakości świadczeń udzielanych pacjentowi. To też ma niebagatelne znaczenie. Unowocześnienie struktur organizacyjnych w kierunku grup terapeutycznych mogło wpłynąć na wskazania dotyczące optymalnych rozwiązań w zakresie podmiotów uczestniczących w ocenie pracownicznej [zob. tab. 18 i 19].

Tabela 18. Podmioty oceniające. Lekarze*

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Pani/Pana bezpośredni przełożony.	18	7,5%
Pani/Pana bezpośredni przełożony oraz Pani/Pan (samoocena).	69	28,8%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena) oraz pacjenci lub ich rodziny.	70	29,2%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena), pacjenci lub ich rodziny oraz współpracownicy z tej samej grupy zawodowej.	39	16,3%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena), pacjenci lub ich rodziny oraz współpracownicy z różnorodnych grup zawodowych.	44	18,3%

* 45 pustych – tyle osób nie podało odpowiedzi na to pytanie, liczba wskazań – 240

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 19. Podmioty oceniające. Pielęgniarki*

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Pani/Pana bezpośredni przełożony.	26	10,7%
Pani/Pana bezpośredni przełożony oraz Pani/Pan (samoocena).	70	28,7%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena) oraz pacjenci lub ich rodziny.	80	32,8%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena), pacjenci lub ich rodziny oraz współpracownicy z tej samej grupy zawodowej.	33	13,5%
Pani/Pana bezpośredni przełożony, Pani/Pan (samoocena), pacjenci lub ich rodziny oraz współpracownicy z różnorodnych grup zawodowych.	35	14,3%

* 41 pustych – tyle osób nie podało odpowiedzi na to pytanie, liczba wskazań – 244

Źródło: Opracowanie własne.

Założenia o wpływie akredytacji CMJ na odpowiedzi respondentów potwierdzają dane w tabelach 20 i 21. Respondenci zapytani o cele oceny pracowniczej najczęściej wskazywali 'Spełnianie wymogów akredytacji jakościowej', a następnie 'Informacja dołączana jest do akt (funkcja administracyjna)'. Jest to bardzo niekorzystne połączenie oceny pracowniczej. Ocena pracownicza powinna przede wszystkim służyć poprawie efektywności pracy oraz podjęciu decyzji co do zastosowania odpowiednich narzędzi stymulowania efektywności pracy. Warto jednak zaznaczyć, że relatywnie duża część respondentów łączy ocenę ze szkoleniami i awansem. Widoczne jest też połączenie oceny z wynagrodzeniem stałym i ruchomym.

Tabela 20. Cele oceny pracowniczej. Lekarze*

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Informacja dołączana jest do akt (funkcja administracyjna).	135	56,3%
Spełnianie wymogów akredytacji jakościowej.	150	62,5%
Planowanie szkoleń wewnętrznych.	129	53,8%
Planowanie szkoleń zewnętrznych.	74	30,8%
Wynagradzanie (płaca zasadnicza).	48	20,0%
Wynagradzanie (premia).	60	25,0%
Wynagradzanie (inne nagrody finansowe).	33	13,8%

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Oficjalna pochwała, wyróżnienie.	31	12,9%
Awans.	103	42,9%
Zwolnienie z pracy.	27	11,3%
Przemieszczenia na inne stanowiska pracy.	4	1,7%

* 45 pustych – tyle osób nie podało odpowiedzi na to pytanie, liczba wskazań – 240

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 21. Cele oceny pracowniczej. Pielęgniarki*

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Informacja dołączana jest do akt (funkcja administracyjna).	133	54,5%
Spełnianie wymogów akredytacji jakościowej.	140	57,4%
Planowanie szkoleń wewnętrznych.	111	45,5%
Planowanie szkoleń zewnętrznych.	74	30,3%
Wynagradzanie (płaca zasadnicza).	53	21,7%
Wynagradzanie (premia).	65	26,6%
Wynagradzanie (inne nagrody finansowe).	44	18,0%
Oficjalna pochwała, wyróżnienie.	32	13,1%
Awans.	97	39,8%
Zwolnienie z pracy.	21	8,6%
Przemieszczenia na inne stanowiska pracy.	7	2,9%

* 41 pustych – tyle osób nie podało odpowiedzi na to pytanie, liczba wskazań – 244)

Źródło: Opracowanie własne.

Dążeniem nowoczesnych organizacji jest przeprowadzanie oceny bieżącej. Niektóre z nich nawet rezygnują z oceny rocznej, sformalizowanej na korzyść tej bieżącej. Odsetek respondentów wskazujących, że ocena taka dokonywana jest rzadko jest wysoki. W obu grupach wyniósł on około 40%. W grupie pielęgniarek częściej wskazywano, że ocena taka dokonywana jest na bieżąco 27,4% vs 24,9%. Natomiast w grupie lekarzy zdecydowanie więcej respondentów niż w grupie pielęgniarek wskazało, że ocena bieżąca jest stałą praktyką bezpośredniego przełożonego, 16,8 vs 11,6% [zob. tab. 22 i 23].

Tabela 22. Przeprowadzanie oceny bieżącej. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie, nie przeprowadza takiej oceny.	23	8,1%
Tak, taka ocena jest przeprowadzana, ale bardzo rzadko.	27	9,5%
Tak, taka ocena jest przeprowadzana rzadko.	116	40,7%
Tak, taka ocena przeprowadzana przeważnie systematycznie (na bieżąco).	71	24,9%
Tak, taka ocena przeprowadzana jest systematycznie. Jest stałą i stosowaną praktyką zarządzania mojego bezpośredniego przełożonego.	48	16,8%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 23. Przeprowadzanie oceny bieżącej. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie, nie przeprowadza takiej oceny.	31	10,9%
Tak, taka ocena jest przeprowadzana, ale bardzo rzadko.	24	8,4%
Tak, taka ocena jest przeprowadzana rzadko.	119	41,8%
Tak, taka ocena przeprowadzana przeważnie systematycznie (na bieżąco).	78	27,4%
Tak, taka ocena przeprowadzana jest systematycznie. Jest stałą i stosowaną praktyką zarządzania mojego bezpośredniego przełożonego.	33	11,6%

Źródło: Opracowanie własne.

W obu grupach respondentów zauważyć można, że udzielanie informacji zwrotnej podwładnemu następuje wtedy gdy przejawia zachowanie niepożądane. Przy czym w obu grupach respondentów widoczna jest tendencja do wskazywania tego, że przełożeni niezależnie od popełnianych błędów starają się udzielać informacji zwrotnej. Udzielanie informacji zwrotnej od bezpośredniego przełożonego (mentora) jest wpisane w genotyp obu tych profesji medycznych, a szczególnie lekarzy, co można zauważyć w tabelach 24 i 25.

Tabela 24. Informacja zwrotna. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie udziela mi informacji zwrotnej.	15	5,3%
Bardzo sporadycznie udziela mi informacji zwrotnej, przeważnie wtedy gdy zaobserwuje kilka moich błędów (zachowań niepożądanych).	24	8,4%
Tak, sporadycznie udziela mi informacji zwrotnej, przeważnie wtedy gdy zauważy mój błąd (zachowanie niepożądane).	104	36,5%
Tak, udziela mi informacji zwrotnej, kiedy zachodzi taka potrzeba i niekoniecznie wtedy gdy pojawiają się błędy (zachowania niepożądane).	68	23,9%
Tak, udziela mi informacji zwrotnej systematycznie i niezależnie od pojawiania się błędów (zachowań niepożądanych).	74	26,0%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 25. Informacja zwrotna. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie udziela mi informacji zwrotnej.	23	8,1%
Bardzo sporadycznie udziela mi informacji zwrotnej, przeważnie wtedy gdy zaobserwuje kilka moich błędów (zachowań niepożądanych).	23	8,1%
Tak, sporadycznie udziela mi informacji zwrotnej, przeważnie wtedy gdy zauważy mój błąd (zachowanie niepożądane).	99	34,7%
Tak, udziela mi informacji zwrotnej, kiedy zachodzi taka potrzeba i niekoniecznie wtedy gdy pojawiają się błędy (zachowania niepożądane).	78	27,4%
Tak, udziela mi informacji zwrotnej systematycznie i niezależnie od pojawiania się błędów (zachowań niepożądanych).	62	21,8%

Źródło: Opracowanie własne.

I lekarze i pielęgniarki wskazali jako najważniejszy obszar oceny 'wiedzę specjalistyczną i jej adekwatność do realizowanych zadań'. W grupie pielęgniarek bardziej niż u lekarzy zwraca się uwagę na aktualizację wiedzy. Taka relacja nie jest dobra, gdyż to

lekarze dysponują zasobami szpitala, materialnymi i niematerialnymi i powinni na bieżąco aktualizować swoją wiedzę. U lekarzy bardziej zwraca się uwagę na wiedzę, a u pielęgniarek na umiejętności. Wynika to zapewne z charakteru wykonywanej pracy oraz roli organizacyjnej [zob. tab. 26 i 27].

Tabela 26. Obszary oceny. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Wiedza specjalistyczna, jej aktualność	173	60,7%
Wiedza specjalistyczna, jej adekwatność do zadań realizowanych na stanowisku pracy	194	68,1%
Umiejętności specjalistyczne, ich aktualność	125	43,9%
Umiejętności specjalistyczne, ich adekwatność do zadań realizowanych na stanowisku pracy	131	46,0%
Postawa wobec pracy	150	52,6%
Zachowania na stanowisku pracy	114	40,0%
Wyniki pracy (liczba realizowanych procedur)	92	32,3%
Wyniki pracy (jakość realizowanych procedur)	71	24,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 27. Obszary oceny. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Wiedza specjalistyczna, jej aktualność	181	63,5%
Wiedza specjalistyczna, jej adekwatność do zadań realizowanych na stanowisku pracy	194	68,1%
Umiejętności specjalistyczne, ich aktualność	133	46,7%
Umiejętności specjalistyczne, ich adekwatność do zadań realizowanych na stanowisku pracy	158	55,4%
Postawa wobec pracy	153	53,7%
Zachowania na stanowisku pracy	120	42,1%
Wyniki pracy (liczba realizowanych procedur)	93	32,6%
Wyniki pracy (jakość realizowanych procedur)	78	27,4%

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedzi respondentów na temat wyznaczania celów ilościowych wskazują na to, że dominujący udział w wyznaczaniu takich celów ma bezpośredni przełożony, który ogranicza się do zasięgania opinii swoich podwładnych. Przy czym z rozkładu odpowiedzi ujętych w tabelach 28 i 29 wynika, że bardziej partycypacyjny styl zarządzania stosowany jest w grupie lekarzy. Tutaj aż 23% respondentów skazało, że o celach ilościowych dyskutuje się w zespole. Przy czym decydujący głos ma bezpośredni przełożony.

Tabela 28. Wyznaczanie celów ilościowych. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony.	36	12,6%
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony. Sporadycznie zasięga mojej lub innych swoich podwładnych opinii.	36	12,6%
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony. Zasięga jednak mojej lub innych swoich podwładnych opinii.	133	46,7%
Cele ustalane są w trakcie dyskusji zespołowej. Przy czym bezpośredni przełożony ma decydujący głos.	67	23,5%
Cele ustalane są w trakcie dyskusji zespołowej.	13	4,6%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 29. Wyznaczanie celów ilościowych. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony.	30	10,5%
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony. Sporadycznie zasięga mojej lub innych swoich podwładnych opinii.	47	16,5%
Cele wyznacza mój bezpośredni przełożony. Zasięga jednak mojej lub innych swoich podwładnych opinii.	137	48,1%
Cele ustalane są w trakcie dyskusji zespołowej. Przy czym bezpośredni przełożony ma decydujący głos.	52	18,2%
Cele ustalane są w trakcie dyskusji zespołowej.	19	6,7%

Źródło: Opracowanie własne.

Wyznaczanie celów jakościowych, albo inaczej rozwojowych ma swoją specyfikę w podmiotach sektora ochrony zdrowia, a precyzyjnie rzecz ujmując wśród profesjonalistów medycznych. Stwierdzenie to dotyczy przede wszystkim personelu lekarskiego i jest kolejnym wyznacznikiem genotypu lekarzy. Zasada starszeństwa, dominacji lekarzy starszych (mentorów) wpisana jest niedosłownie w Kodeks Etyki Lekarskiej. To wyjaśnia rozkład wyników w tabelach 30 i 31. Pielęgniarki ewidentnie mają większą swobodę ustalania sobie celów rozwojowych. I choć w praktyce zasada dzielenia się kompetencjami wśród personelu pielęgniarskiego, to zasada ta nie jest tak wyraźnie artykułowana jak w przypadku personelu lekarskiego.

Tabela 30. Wyznaczanie celów rozwojowych. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Takie cele nie są wyznaczane, gdyż to moja indywidualna sprawa	32	11,2%
Cele rozwojowe wyznaczane są przez bezpośredniego przełożonego, są to cele, które jej/jego zdaniem powinnam/powinienem realizować	45	15,8%
Cele rozwojowe wyznaczane są przez bezpośredniego przełożonego, są to cele, które jej/jego zdaniem powinnam/powinienem realizować. Sporadycznie konsultuje je ze mną	97	34,0%
Wspólnie z bezpośrednim przełożonym ustalam swoje cele rozwojowe	57	20,0%
To ja wychodzę z inicjatywą układu moich celów rozwojowych. Bezpośredni przełożony je tylko konsultuje	54	18,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 31. Wyznaczanie celów rozwojowych. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Takie cele nie są wyznaczane, gdyż to moja indywidualna sprawa	36	12,6%
Cele rozwojowe wyznaczane są przez bezpośredniego przełożonego, są to cele, które jej/jego zdaniem powinnam/powinienem realizować	42	14,7%
Cele rozwojowe wyznaczane są przez bezpośredniego przełożonego, są to cele, które jej/jego zdaniem powinnam/powinienem realizować. Sporadycznie konsultuje je ze mną	82	28,8%
Wspólnie z bezpośrednim przełożonym ustaliam swoje cele rozwojowe	71	24,9%
To ja wychodzę z inicjatywą układu moich celów rozwojowych. Bezpośredni przełożony je tylko konsultuje	54	18,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Współczesne szpitale powinny tak sterować swoją polityką szkoleniową, aby ta odpowiadała na wyzwania jakie kreuje ich otoczenie. Zadaniem zatem polityki szkoleniowej powinno zatem być dbałość zarówno o kompetencje specjalistyczne, jak i pozaspecjalistyczne np. interpersonalne, ponieważ podstawą efektywnego funkcjonowania szpitala jest efektywny zespół terapeutyczny oraz pozytywna relacja personelu medycznego z pacjentem i/lub jego rodziną. Jak wynika z tabel 32 i 33 około 26% lekarzy i 24% pielęgniarek wskazało, że w szpitalach realizowane są szkolenia, które mają albo charakter obowiązkowy, albo wynikają z przepisów prawnych. Kolejne 32% lekarzy i 31,2% pielęgniarek wskazało, że w szpitalach doskonalone są kompetencje specjalistyczne. Więcej pielęgniarek niż lekarzy zwróciło uwagę na to, że w szpitalu realizowane są szkolenia poza specjalistyczne. A odwrotna sytuacja występuje przy stwierdzeniu wskazującym na to, że szpitale kształcą swoich pracowników w zakresie kompetencji, które wykraczają poza te aktualnie potrzebne. Taki układ wskazań tłumaczyć można tym, że specyfika pracy pielęgniarek polega na częstszym kontakcie z pacjentami i istotność tych kompetencji jest dla nich bardziej oczywista, a przez to chętnie uczestniczą w takich szkoleniach. Warto przy tym zaznaczyć, że personel pielęgniarski, a w zasadzie Izby Pielęgniarek i Położnych oferują swoim członkom szkolenia o charakterze poza specjalistycznym. Dzieje się tak od lat. Takie szkolenia, jak wynika z doświadczeń zawodowych autorki, organizowane są również w szpitalach, w których dana grupa pielęgniarek pracuje, choć fundusze na realizację takich szkoleń są zewnętrzne. Odpowiedzi lekarzy warunkowane mogą być natomiast tym, że lekarze nierzadko podejmują szkolenia wychodzące poza dotychczasowe obowiązki pracy. Często podejmują aktywności zmierzające do uzyskania dodatkowej specjalizacji. Gdy jest ona korzystna dla szpitali są w tym zakresie wspierani, również finansowo.

Tabela 32. Polityka szkoleniowa. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu organizowane są obowiązkowe szkolenia wynikające z przepisów prawnych (np. BHP, zakażenia szpitalne itp.)	23	8,1%
W Szpitalu organizowane są obowiązkowe szkolenia wynikające z przepisów prawnych oraz z potrzeb związanych z przestrzeganiem innych regulacji np. akredytacja	54	18,9%
W Szpitalu organizowane są nie tylko szkolenia obowiązkowe oraz te wynikające z akredytacji, ale również szkolenia, których celem jest aktualizacja kompetencji specjalistycznych personelu medycznego	93	32,6%
Personel medyczny Szpitala ma możliwość uczestnictwa nie tylko w szkoleniach obowiązkowych (przepisy, akredytacja), czy też aktualizujących kompetencje specjalistyczne, ale też rozwijających kompetencje poza-specjalistyczne (np. zarządzanie stresem, komunikacja interpersonalna)	61	21,4%
Personel medyczny Szpitala ma możliwość uczestnictwa nie tylko w szkoleniach obowiązkowych (przepisy, akredytacja), czy aktualizujących kompetencje specjalistyczne oraz rozwijających kompetencje poza-specjalistyczne (np. zarządzanie stresem, komunikacja interpersonalna), ale takich, które rozwijają kompetencje specjalistyczne poza dotychczas wykonywaną pracę	54	18,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 33. Polityka szkoleniowa. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu organizowane są obowiązkowe szkolenia wynikające z przepisów prawnych (np. BHP, zakażenia szpitalne itp.)	28	9,8%
W Szpitalu organizowane są obowiązkowe szkolenia wynikające z przepisów prawnych oraz z potrzeb związanych z przestrzeganiem innych regulacji np. akredytacja	41	14,4%
W Szpitalu organizowane są nie tylko szkolenia obowiązkowe oraz te wynikające z akredytacji, ale również szkolenia, których celem jest aktualizacja kompetencji specjalistycznych personelu medycznego	89	31,2%
Personel medyczny Szpitala ma możliwość uczestnictwa nie tylko w szkoleniach obowiązkowych (przepisy, akredytacja), czy też aktualizujących kompetencje specjalistyczne, ale też rozwijających kompetencje poza-specjalistyczne (np. zarządzanie stresem, komunikacja interpersonalna)	77	27,0%
Personel medyczny Szpitala ma możliwość uczestnictwa nie tylko w szkoleniach obowiązkowych (przepisy, akredytacja), czy aktualizujących kompetencje specjalistyczne oraz rozwijających kompetencje poza-specjalistyczne (np. zarządzanie stresem, komunikacja interpersonalna), ale takich, które rozwijają kompetencje specjalistyczne poza dotychczas wykonywaną pracę	50	17,5%

Źródło: Opracowanie własne.

Szpitala powinny dbać nie tylko o rozwój kompetencji, ale też i podnoszenie kwalifikacji przez zatrudnionych pracowników. Z deklaracji dużej części lekarzy i pielęgniarek wynika, że tak właśnie jest. Na podstawie analizy danych zawartych w tabelach 34 i 35 można wnioskować, że szpitale tworzą warunki do podnoszenia kwalifikacji swoim pracownikom. Zapewne jest to realizowane poprzez uzyskanie tzw. miejsc rezydenckich w danym oddziale. W kontraście jednak do rozwiązań spotykanych np. w Wielkiej Brytanii szpitale nie zapewniają jednak personelowi medycznemu możliwości realizacji całego

procesu szkolenia w tych podmiotach medycznych. Przy czym nie jest to 'wina' szpitali, lecz adekwatnych przepisów prawnych. Trzeba również tutaj zaznaczyć, że podnoszenie kwalifikacji jest również hamowane poprzez środowiska, które tworzą swoistego rodzaju monopol realizacji danego świadczenia medycznego.

Tabela 34. Możliwości podnoszenia kwalifikacji. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu personel medyczny nie ma możliwości uczestnictwa w żadnych kursach/szkoleniach, które skutkują lub prowadzą do podniesienia kwalifikacji	26	9,1%
Personel medyczny Szpitala niewielką część kursów/szkoleń niezbędnych do podnoszenia formalnych kwalifikacji może zrealizować w Szpitalu	63	22,1%
Personel medyczny Szpitala zdecydowaną większość kursów/szkoleń niezbędnych do podnoszenia formalnych kwalifikacji może zrealizować w Szpitalu	132	46,3%
Kursy/szkolenia podnoszące kwalifikacje personelu medycznego są organizowane w całości na miejscu w Szpitalu. Po ich zakończeniu szkoleni poddają się weryfikacji formalnej (np. egzaminowi, sprawdzianowi praktycznemu) poza Szpitalem	32	11,2%
Kursy/szkolenia podnoszące kwalifikacje personelu medycznego są organizowane w całości na miejscu w Szpitalu. Po ich zakończeniu szkoleni mogą również w Szpitalu poddać się weryfikacji formalnej (np. egzaminowi, sprawdzianowi praktycznemu)	32	11,2%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 35. Możliwości podnoszenia kwalifikacji. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu personel medyczny nie ma możliwości uczestnictwa w żadnych kursach/szkoleniach, które skutkują lub prowadzą do podniesienia kwalifikacji.	32	11,2%
Personel medyczny Szpitala niewielką część kursów/szkoleń niezbędnych do podnoszenia formalnych kwalifikacji może zrealizować w Szpitalu.	83	29,1%
Personel medyczny Szpitala zdecydowaną większość kursów/szkoleń niezbędnych do podnoszenia formalnych kwalifikacji może zrealizować w Szpitalu.	109	38,2%
Kursy/szkolenia podnoszące kwalifikacje personelu medycznego są organizowane w całości na miejscu w Szpitalu. Po ich zakończeniu szkoleni poddają się weryfikacji formalnej (np. egzaminowi, sprawdzianowi praktycznemu) poza Szpitalem.	35	12,3%
Kursy/szkolenia podnoszące kwalifikacje personelu medycznego są organizowane w całości na miejscu w Szpitalu. Po ich zakończeniu szkoleni mogą również w Szpitalu poddać się weryfikacji formalnej (np. egzaminowi, sprawdzianowi praktycznemu).	26	9,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z analizy danych zawartych w tabelach 36 i 37, szpitale w odniesieniu do swoich pracowników skupione są na 'tu i teraz', a nie na celach długoterminowych, kształtowaniu polityki sukcesji czy awansu. Jest to bezwzględnie słaba strona polityki szeroko-rozumianego rozwoju kapitału ludzkiego w szpitalach. Tylko w przypadku 15,8%

lekarzy i 14% pielęgniarek ustalane są i formalizowane długoterminowe cele rozwojowe oraz i te operacyjne.

Tabela 36. Plany rozwojowe. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie mam takiego planu.	70	24,6%
Mam ustalone bieżące cele rozwojowe, ale w sposób niesformalizowany (nie spisany).	30	10,5%
Mam ustalone i sformalizowane bieżące cele rozwojowe.	110	38,6%
Mam ustalone bieżące cele rozwojowe (sformalizowane lub nie) oraz niesformalizowane długoterminowe cele rozwojowe.	30	10,5%
Mam ustalone i sformalizowane długoterminowe cele rozwojowe oraz cele bieżące (sformalizowane lub nie).	45	15,8%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 37. Plany rozwojowe. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie mam takiego planu.	75	26,3%
Mam ustalone bieżące cele rozwojowe, ale w sposób niesformalizowany (nie spisany).	36	12,6%
Mam ustalone i sformalizowane bieżące cele rozwojowe.	100	35,1%
Mam ustalone bieżące cele rozwojowe (sformalizowane lub nie) oraz niesformalizowane długoterminowe cele rozwojowe.	34	11,9%
Mam ustalone i sformalizowane długoterminowe cele rozwojowe oraz cele bieżące (sformalizowane lub nie).	40	14,0%

Źródło: Opracowanie własne.

Szkolenia to inwestycja w kapitał ludzki, dlatego pomiar ich efektywności jest kluczowy. Dane zawarte w tabelach 38 i 39 wskazują, że relatywnie duża część szpitali nie dokonuje żadnej oceny efektywności szkoleń w jakich uczestniczy personel i lekarski, i pielęgniarski. Gorzej jest jednak w grupie lekarzy, bo tam aż 17,9% respondentów wskazało taką odpowiedź. I jedni i drudzy respondenci zadeklarowali, że wypełniają ankietę satysfakcji ze szkolenia (około 20% w każdej z grup). A po mniej więcej 40% respondentów, zadeklarowała, że po szkoleniu sprawdzana jest ich wiedza. I na tym w zdecydowanej większości szpitali kończy się pomiar efektywności szkoleń pomimo tego, że najważniejszym celem udziału pracownika w szkoleniu jest przeniesienie zdobytej wiedzy i umiejętności na trwałe zachowania – modyfikacja starych zachowań.

Tabela 38. Pomiar efektywności szkoleń. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie przeprowadza się takiej analizy.	51	17,9%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia.	57	20,0%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, ale sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia.	122	42,8%

Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia ale też analizuje się czy wykorzystuje nabytą wiedzę i umiejętności na stanowisku pracy.	12	4,2%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia ale też analizuje się czy wykorzystuje nabytą wiedzę i umiejętności na stanowisku pracy. W Szpitalu badany jest wpływ szkoleń na efekty działalności Szpitala.	43	15,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 39. Pomiar efektywności szkoleń. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Nie przeprowadza się takiej analizy.	36	12,6%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia.	58	20,4%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, ale sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia.	128	44,9%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia ale też analizuje się czy wykorzystuje nabytą wiedzę i umiejętności na stanowisku pracy.	15	5,3%
Po szkoleniu wypełniam ankietę oceniającą szkolenie albo jestem pytany o moje zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia, sprawdza się czy rozwinęłam(em) swoją wiedzę i/lub umiejętności podczas szkolenia ale też analizuje się czy wykorzystuje nabytą wiedzę i umiejętności na stanowisku pracy. W Szpitalu badany jest wpływ szkoleń na efekty działalności Szpitala.	48	16,8%

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza czynników wpływających na wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek wykazuje, że systemy wynagradzania są przestarzałe i mało kompatybilne z zarządzaniem efektywnością szpitala. Lekarze wskazali, że na ich wynagrodzenie wpływają przede wszystkim czynniki o charakterze kwalifikacyjnym a nie kompetencyjnym czy efektywnościowym. Charakter wskazań pielęgniarek jest taki sam. Podstawowym czynnikiem determinującym wynagrodzenie w obu grupach jest poziom wykształcenia. Należy zatem zadać sobie pytanie czy charakter usług medycznych realizowanych przez szpital kreuje potrzebę zatrudniania wysoko wykwalifikowanych specjalistów, czy kwalifikacje zatrudnionych powinny odzwierciedlać faktyczne potrzeby szpitali? Czy szpitale stać na zatrudnianie takich specjalistów i czy są oni niezbędni do realizacji zakresu świadczeń udzielanych przez szpital? Wysokość wynagrodzenia determinuje też specjalizacja. Jest to wynik sposobu kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń medycznych, a w zasadzie wymogów kwalifikacyjnych wobec zatrudnianych przez szpitale pracowników sfery medycznej, zwłaszcza lekarzy [zob. tab. 40 i 41].

Tabela 40. Czynniki kształtujące płacę zasadniczą. Lekarze

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Poziom inflacji	113	39,6%
Staż pracy	139	48,8%
Regulacje prawne	130	45,6%
Wyniki oceny pracowniczej	70	24,6%
Liczba realizowanych procedur	64	22,5%
Wyniki zespołu (komórki organizacyjnej, oddziału)	72	25,3%
Efekty osiągnięte przez Szpital	118	41,4%
Wyrównanie do konkurencji (sytuacja rynkowa)	51	17,9%
Poziom wykształcenia	152	53,3%
Rodzaj specjalizacji medycznej	131	46,0%
Kompetencje interpersonalne	79	27,7%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 41. Czynniki kształtujące płacę zasadniczą. Pielęgniarki

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
Poziom inflacji	117	41,1%
Staż pracy	136	47,7%
Regulacje prawne	139	48,8%
Wyniki oceny pracowniczej	84	29,5%
Liczba realizowanych procedur	86	30,2%
Wyniki zespołu (komórki organizacyjnej, oddziału)	74	26,0%
Efekty osiągnięte przez Szpital	114	40,0%
Wyrównanie do konkurencji (sytuacja rynkowa)	72	25,3%
Poziom wykształcenia	156	54,7%
Rodzaj specjalizacji medycznej	115	40,4%
Kompetencje interpersonalne	69	24,2%

Źródło: Opracowanie własne.

Z ankiet skierowanych do ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych wynika dodatkowo, że dział, który powinien być strategiczny dla podmiotów leczniczych znajduje się na operacyjnym lub taktycznym poziomie w hierarchiach organizacyjnych szpitali [zob. tab. 42 i 43]. Relatywnie duża grupa respondentów w przypadku lekarzy, ale i pielęgniarek wskazała właściwie, że działu personalnego jako takiego w szpitalach nie ma, jest tylko specjalista dbający o kwestie personalne (administracyjne).

Tabela 42. Osoba odpowiedzialna za ZZL w strukturach organizacyjnych. Ordynatorzy

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu nie ma stanowiska, na którym pracownik zajmuje się kwestiami personalnymi	0	0,0%
W Szpitalu zatrudniony jest specjalista, który między innymi zajmuje się kwestiami personalnymi	26	9,1%
W Szpitalu zatrudniony jest specjalista, który zajmuje się tylko kwestiami personalnymi	125	43,9%
W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono dział ds. personalnych,	99	34,7%

którym zarządza kierownik średniego szczebla		
W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono dział ds. personalnych, którym zarządza dyrektor lub członek zarządu	35	12,3%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 43. Osoba odpowiedzialna za ZZL w strukturach organizacyjnych. Pielęgniarki oddziałowe

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek
W Szpitalu nie ma stanowiska, na którym pracownik zajmuje się kwestiami personalnymi	0	0,0%
W Szpitalu zatrudniony jest specjalista, który między innymi zajmuje się kwestiami personalnymi	24	8,4%
W Szpitalu zatrudniony jest specjalista, który zajmuje się tylko kwestiami personalnymi	121	42,5%
W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono dział ds. personalnych, którym zarządza kierownik średniego szczebla	90	31,6%
W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono dział ds. personalnych, którym zarządza dyrektor lub członek zarządu	50	17,5%

Źródło: Opracowanie własne.

Reasumując analizy prowadzone w tym rozdziale należy podkreślić, że stan realizacji funkcji personalnej w polskich szpitalach poprawił się w porównaniu z wcześniejszymi badaniami jakie przeprowadzone były przez autorkę w pierwszej dekadzie lat dwutysięcznych. Nie jest on jednak wystarczająco dobry w relacji do wyzwań jakie stoją przez podmiotami sektora ochrony zdrowia. Szpitale nie unowocześniają wystarczająco swojego podejścia do pozyskiwania personelu medycznego. Nie wykorzystują atrybutów oceny pracowniczej, traktując ją bardziej jako wymóg administracyjny niż narzędzie zarządzania. Nie tworzą warunków rozwoju kariery zawodowej. Z drugiej jednak strony szkolą swoich pracowników. Co naturalnie tworzy zagrożenie odejścia wysoce wykwalifikowanych specjalistów. Reorientacji wymaga też strategia wynagradzania pracowników. Należy odejść od tradycyjnych rozwiązań opartych na kwalifikacjach w kierunku bardziej nowoczesnych, ale nie opartych na kontraktach, które wspierają głównie efektywność ilościową. Rekomendacje na temat poprawy systemu ZZL w podmiotach leczniczych zostaną przedstawione w dalszej części po skonfrontowaniu ich z wynikami badań przeprowadzonymi z perspektywy personelu medycznego, szczególnie lekarzy i pielęgniarek.

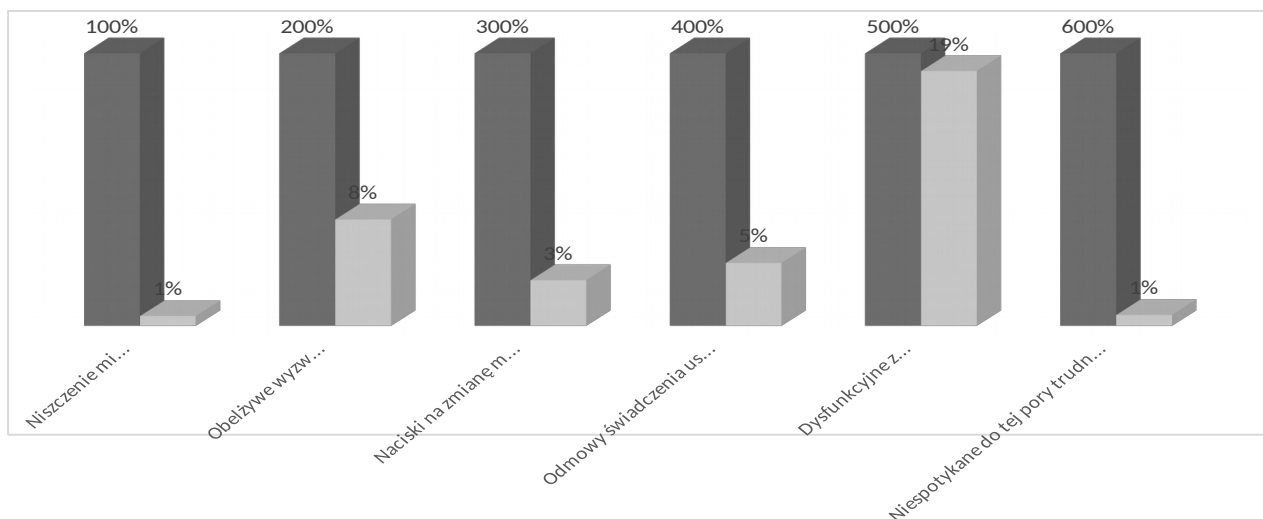
2.2. Wyzwania zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Perspektywa lekarzy i pielęgniarek. Wyniki badań ankietowych

W kontekście tematu i celu niniejszej ekspertyzy niezwykle istotne stało się uzyskanie odpowiedzi w następujących obszarach funkcjonowania personelu medycznego w podmiotach medycznych w czasie pandemii:

- zjawisko hejtu,
- wsparcie pracodawców podczas pandemii oraz psychologiczne jej skutki,
- kompetencje hybryd menedżerów,
- oraz czynniki determinujące retencje personelu medycznego, bez których trudno byłoby zaproponować skuteczne rozwiązania w zakresie poprawy w obszarze ZZL podmiotów leczniczych.

2.2.1. Zjawisko hejtu wobec personelu medycznego w czasie pandemii

Hejt doświadczony został przez 27% respondentów z grupy lekarzy i 33,8% biorących udział w badaniu pielęgniarek. W obu grupach to zjawisko dotyczyło przede wszystkim respondentów, 75% wskazań lekarzy i 61,9% pielęgniarek. U lekarzy na drugim miejscu znalazły się inne osoby im bliskie, a na trzecim ich dzieci. W grupie pielęgniarek 9,5% wskazało, że hejtu doświadczyły ich dzieci. Hejt dotyczył również ich partnerów (mężów), rodziców, znajomych czy współpracowników. Respondenci doświadczający hejtu zapytani zostali o jego przejawy. W obu grupach respondenci wskazywali najczęściej na 'dysfunkcyjne zachowania' [zob. rys. 29 i 30]. Wśród lekarzy na drugim miejscu były to obelżywe wyzwiska, a u pielęgniarek odmowy świadczenia usług.

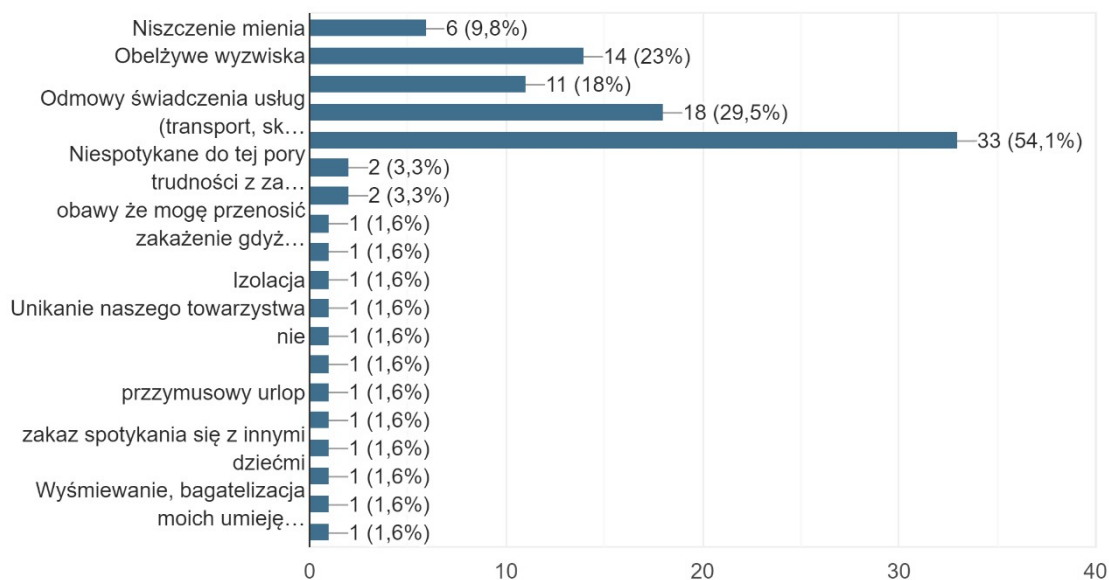


Rysunek 29. Przejawy hejtu. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

3.3. Jaką formę przybrał doświadczony hejt?

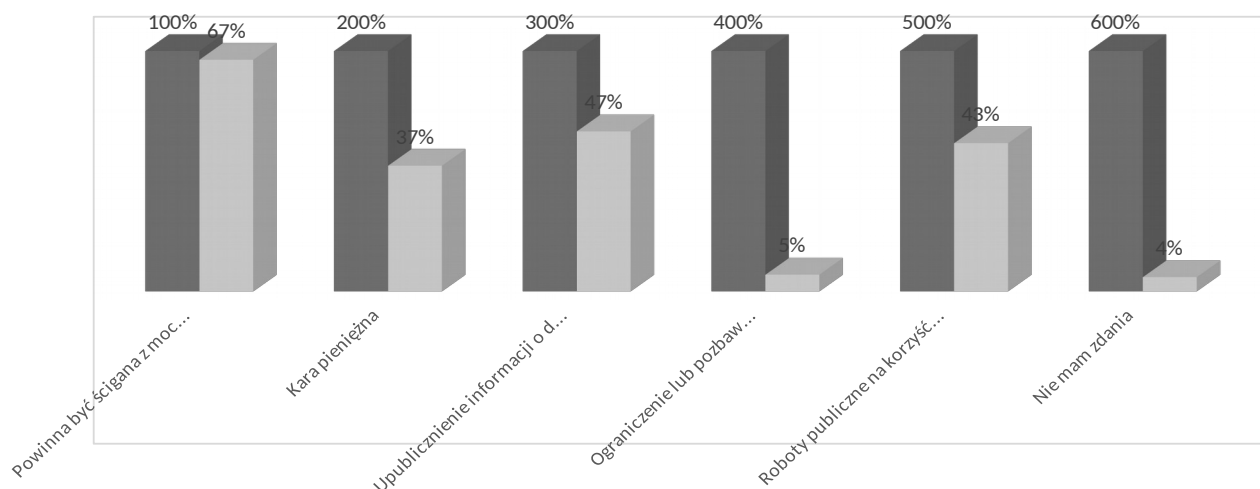
61 odpowiedzi



Rysunek 30. Przejawy hejtu. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.

Wszystkich respondentów zapytano jak karany być powinien hejter. Według największej grupy lekarzy osoba taka powinna być ścigana z mocy prawa [zob. rys. 31]. To samo wskazały pielęgniarki [zob. rys. 32]. Jako drugie lekarze wskazali upublicznienie informacji o osobie hejtującej, a pielęgniarki – roboty publiczne na korzyść społeczności. Na trzecim miejscu wskazania odwróciły się, lekarze wskazywali roboty publiczne, a pielęgniarki upublicznienie informacji na temat hejtera.

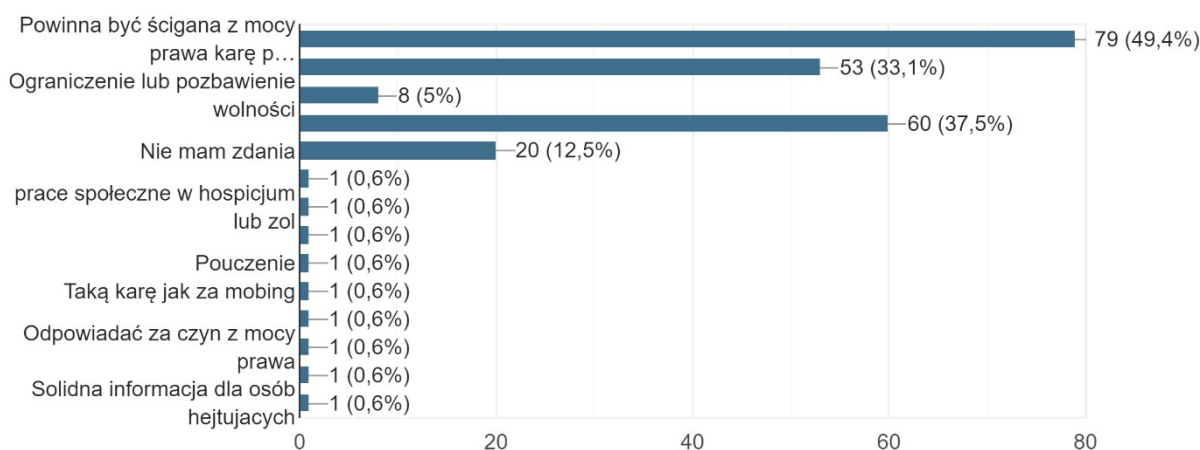


Rysunek 31. Konsekwencje dla hejterów wg lekarzy

Źródło: Opracowanie własne.

3.4. Jakie konsekwencje powinna ponieść osoba stosująca hejt wobec personelu medycznego?

160 odpowiedzi



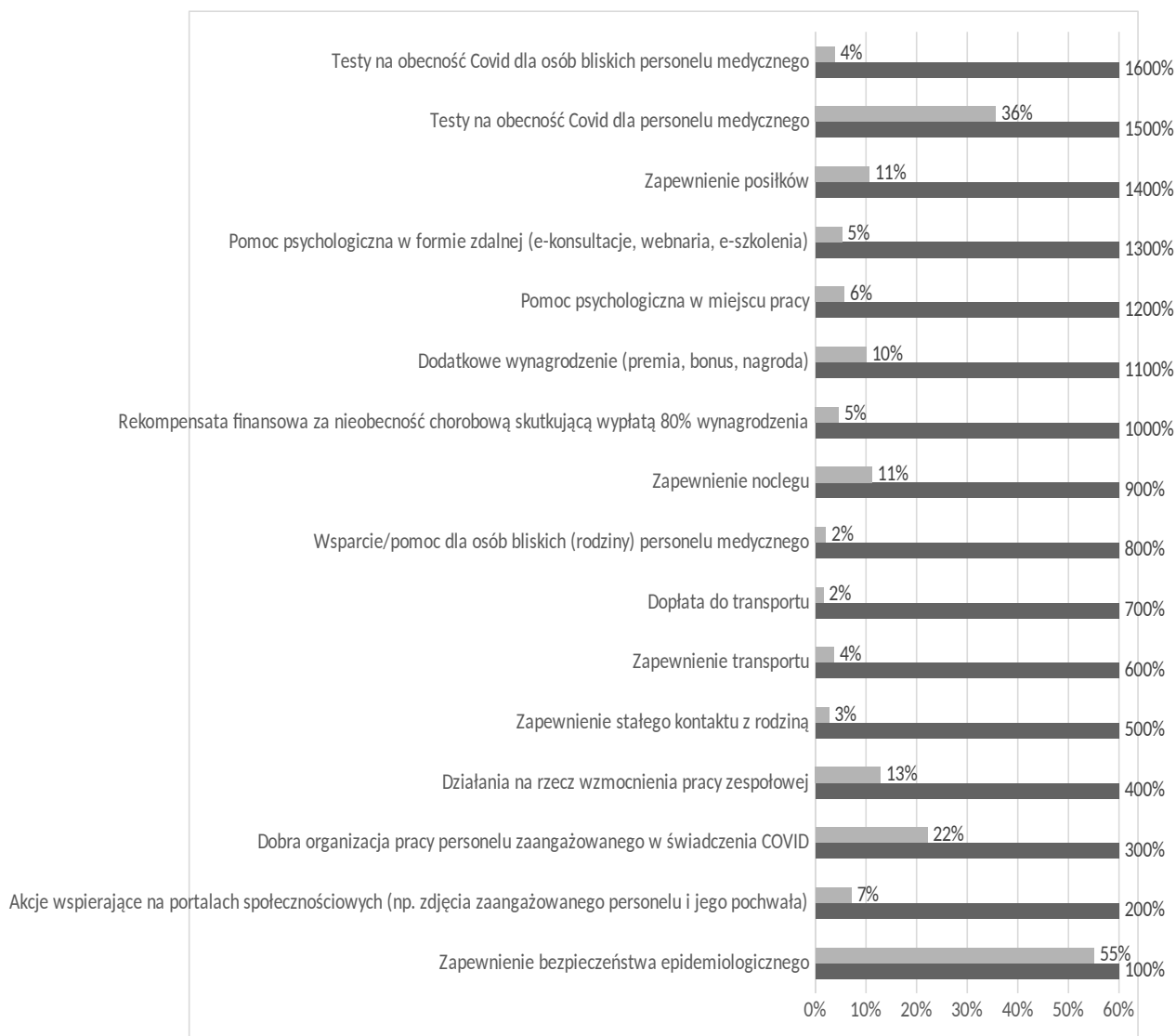
Rysunek 32. Konsekwencje dla hejterów wg pielęgniarek

Źródło: Opracowanie własne.

2.2.2. Wsparcie pracodawców podczas pandemii. Psychologiczne aspekty pracy

Istotnym zagadnieniem było ustalenie jak pracodawcy wspierali personel medyczny podczas pandemii. Z analizy danych zaprezentowanych na rysunkach 33 i 34 wynika, że w odniesieniu do obu grup pracodawcy dbali o zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego. Zabezpieczali oni też możliwość przeprowadzenia testów na obecność SARS-CoV-2. Lekarze wskazali jeszcze na dobrą organizację pracy, a pielęgniarki na

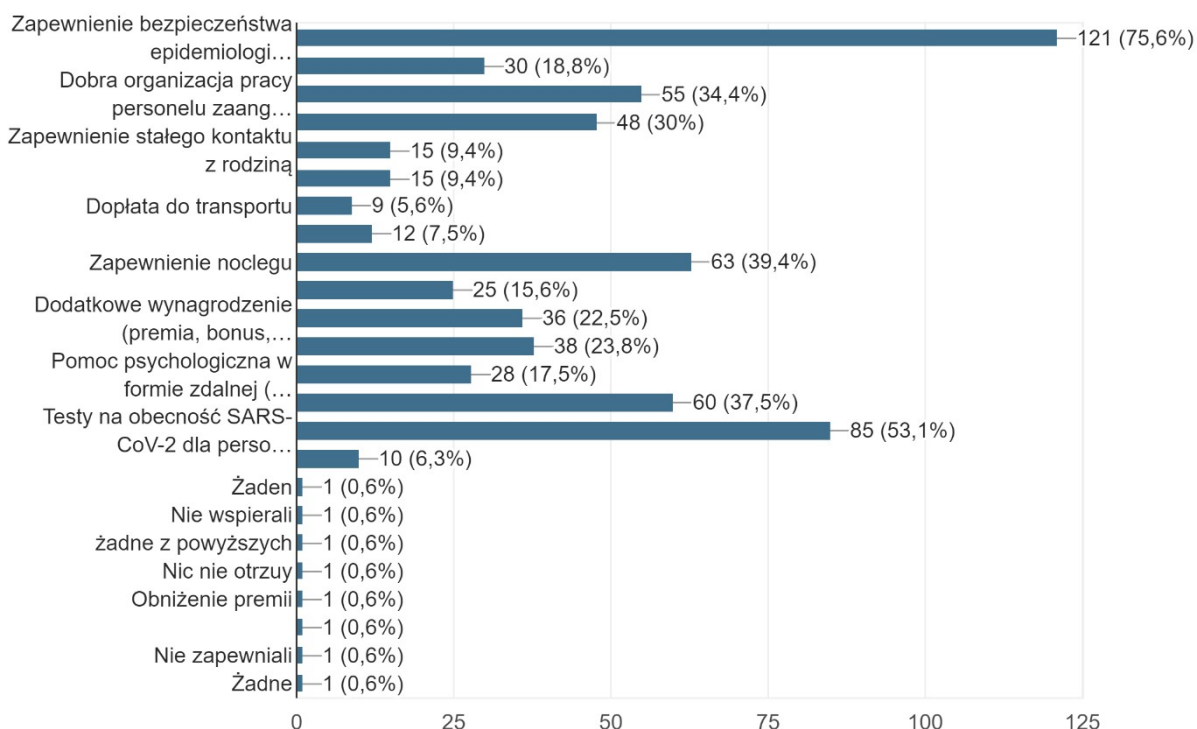
zapewnianie noclegu, dobrą organizację pracy, czy zapewnianie posiłków. Z analizy danych wynika, że personel pielęgniarski był wyraźniej wspierany niż lekarski.



Rysunek 33. Aktywności podmiotów leczniczych wspierające personel medyczny. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

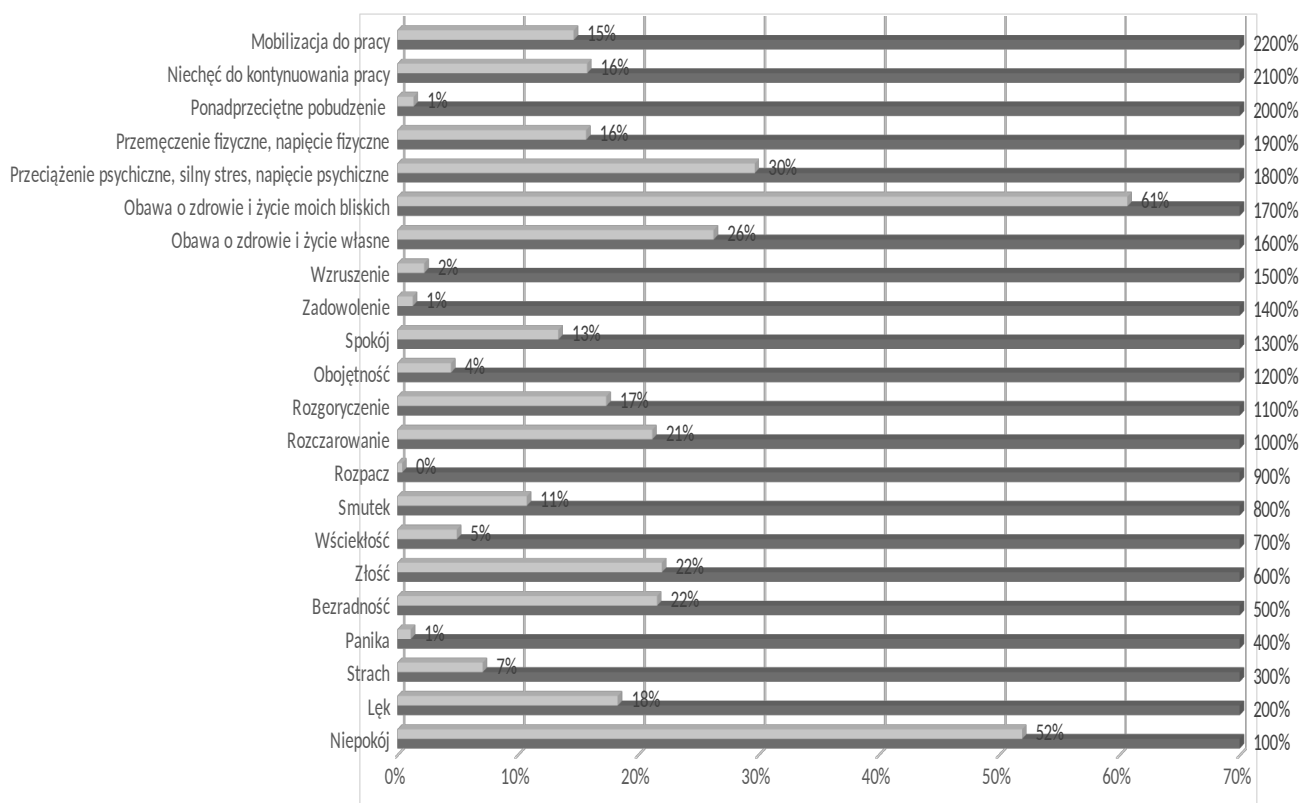
160 odpowiedzi



Źródło: Opracowanie własne.

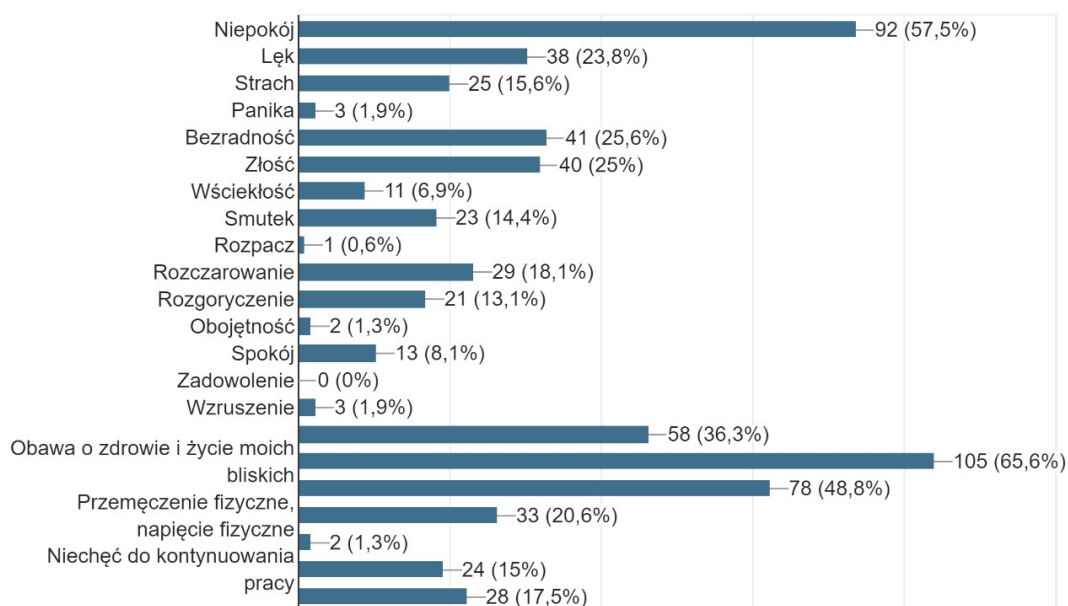
Respondentów zapytano o to jak oceniają wsparcie społeczne akcji wspierających personel medyczny. I tak 66% lekarzy odparło, że są one potrzebne, ponieważ dają im odczuć, że ich praca jest ważna. Tego samego zdania było 80,6% pielęgniarek.

Sytuacje kryzysowe, nieznane i stresogenne rodzą gamę spójnych lub sprzecznych emocji i odczuć, wpływają one na kondycję psychiczną ludzi, którzy takich sytuacji doświadczają. Jako że badania na świecie wskazują, że duża część personelu medycznego może doświadczać wypalenia zawodowego, co może kreować bardzo negatywne skutki nie tylko dla pojedynczych podmiotów leczniczych, ale i dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, respondentom zadano szereg pytań związanych z aspektami psychologicznymi. Na pytanie o stany psychologiczne skierowane do lekarzy wskazali oni przede wszystkim: obawę o zdrowie i życie bliskich, niepokój, przeciążenie psychiczne i silny stres oraz obawę o zdrowie i życie własne. Pielęgniarki wskazały jako kluczowy zestaw te same emocje, przy czym deklarowały one jeszcze lęk, bezradność, złość [zob. rys. 35 i 36].



Rysunek 35. Stany psychiczne. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

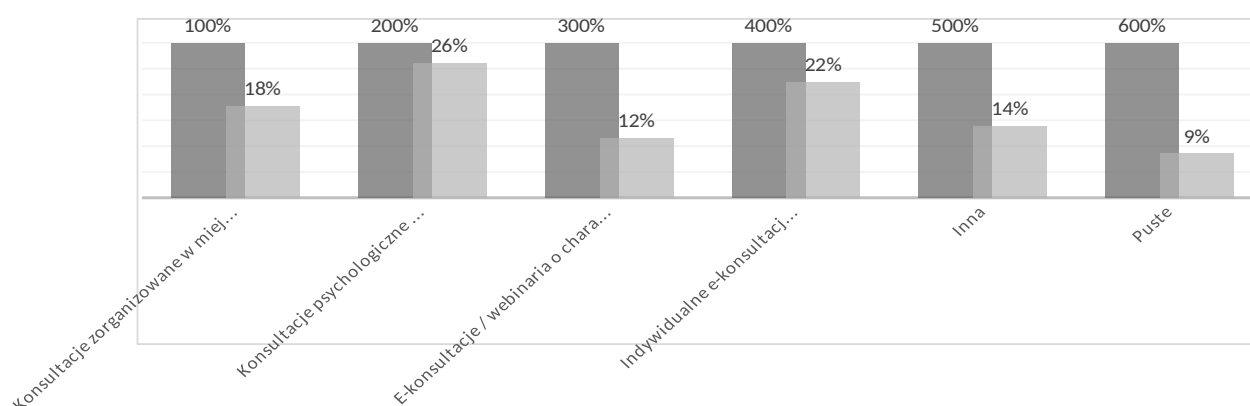


Rysunek 36. Stany psychiczne. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.

Pytaniu o stany emocjonalne wtórowało pytanie o to czy stan epidemiologiczny, praca lub możliwość pracy z pacjentami chorymi na koronawirus wpłynął w sposób negatywny na ich kondycję psychiczną. 35% lekarzy odpowiedziało, że tak. 43%, że nie, 14% iż nie ma zdania, a w przypadku 8% nie uzyskano odpowiedzi w ogóle. W przypadku

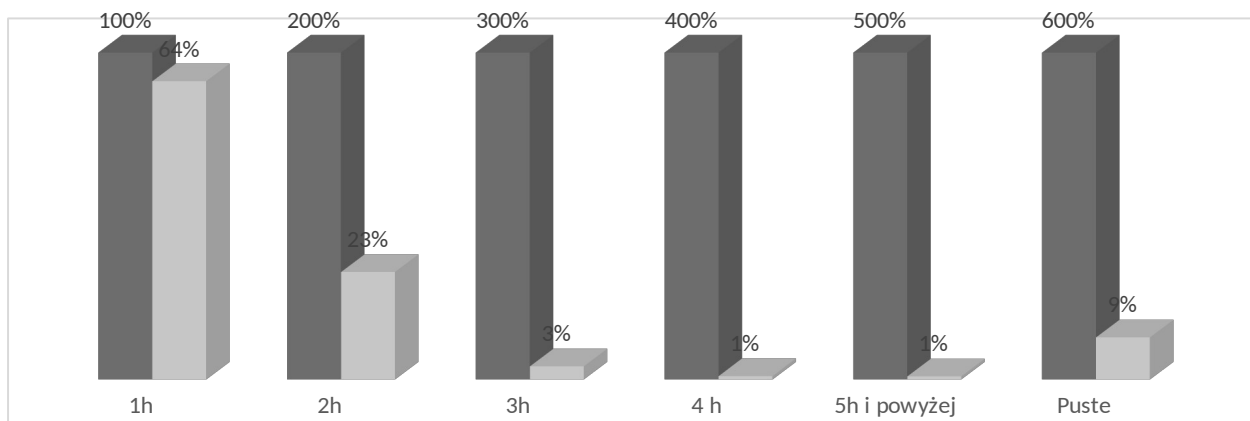
pielęgniarek pandemia pogorszyła stan psychiczny 38% respondentek, 45% zadeklarowało, że nie, a 15,6% że nie ma zdania. Podążając w tym nurcie, respondentów biorących udział w badaniach ankietowych zapytano o to jaka forma wsparcia / konsultacji psychologicznych byłaby dla nich najbardziej akceptowalna i/lub pożądana. Lekarze najchętniej skorzystaliby z: konsultacji psychologicznych poza miejscem pracy, indywidualnych e-konsultacji, oraz z konsultacji zorganizowanych w szpitalu przez psychologa zatrudnionego w miejscu pracy [zob. rys. 37]. Pielęgniarki natomiast skorzystałyby z: konsultacji psychologicznych poza miejscem pracy 30%, z indywidualnych e-konsultacji 29,4%, konsultacji u psychologa zatrudnionego w miejscu pracy 26,9%.



Rysunek 37. Forma współpracy z psychologami zapewniana przez pracodawcę lub inne instytucje

Źródło: Opracowanie własne.

Lekarzy i pielęgniarki zapytano również o to czy poważnie rozważają samodzielne konsultacje z psychologiem, a nie te organizowane przez pracodawcę. 72% lekarzy odparło, że tak, 10%, że nie, reszta zadeklarowała, że nie ma zdania lub nie udzieliła odpowiedzi. W grupie pielęgniarek te proporcje były nieco inne, a mianowicie: 63,7% odpowiedziało, że nie, 20%, że tak, a 16,2%, że nie ma zdania. Na pracę z psychologiem lekarze mogliby przeznaczyć 1h na tydzień (64%) lub maksymalnie 2h na tydzień (23%). Reszta pozycji kafeterii uzyskała bardzo małą liczbę wskazań [zob. rys. 38]. W przypadku pielęgniarek liczebności wskazań ułożyły się podobnie. Tu 65,6% przeznaczyłoby 1h w tygodniu na konsultacje z psychologiem, a 25% 2h.

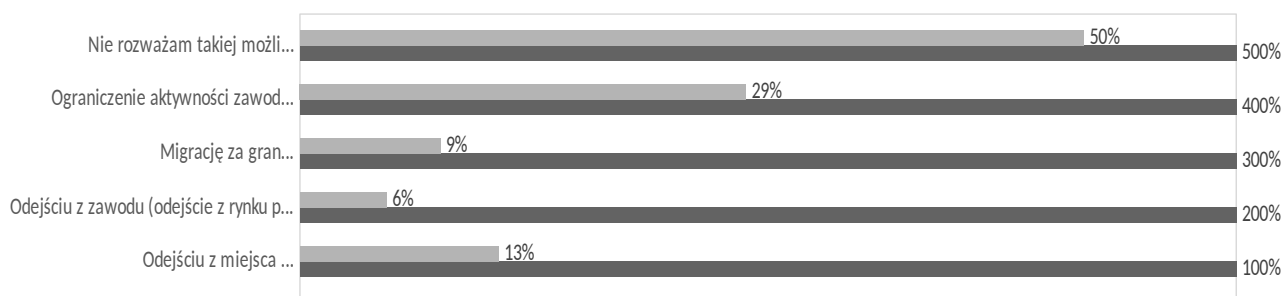


Rysunek 38. Czas który może być przeznaczony na pracę z psychologiem. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

2.2.3. Przyszłe potrzeby zatrudnionych pracowników

Kluczowe dla funkcjonowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie polskiego systemu ochrony zdrowia, stało się pytanie o to jak pandemia wpłynęła na dalsze decyzje respondentów. 50% lekarzy stwierdziło, że pandemia nie wpłynęła na ich przyszłe decyzje. 29% zamierza ograniczyć swoją aktywność zawodową. Konsekwencją czego może stać się jeszcze wyraźniejszy problem niedoboru lekarzy. 13% chce odejść z aktualnego miejsca pracy. 9% zamierza wyemigrować, a 6% odejść z zawodu, czyli w zasadzie 15% zamierza odejść z rynku pracy [zob. rys. 39]. W przypadku pielęgniarek 61,9% zadeklarowało, że pandemia nie zmieniła nic w ich życiu zawodowym. Ta zdecydowanie większa liczba wskazań niż u lekarzy może wynikać z faktu, że pielęgniarki lepiej postrzegały aktywność pracodawców odnoszącą się do ich wsparcia w czasie pandemii. 18% pielęgniarek chce odejść z obecnego miejsca pracy, co przynajmniej u niektórych pracodawców może spowodować problemy kadrowe lub ich pogłębienie. Dodatkowo, 6,3% rozważa odejście z zawodu, a 3,8% migrację. Czyli około 10% pielęgniarek może odejść z rynku pracy, a do tego 8,1% rozważa ograniczenie aktywności zawodowej. Fakt jest taki, że wyniki badań zapowiadają katastrofę w zakresie zasobów ludzkich w ochronie zdrowia w Polsce w czasach post-pandemicznych.

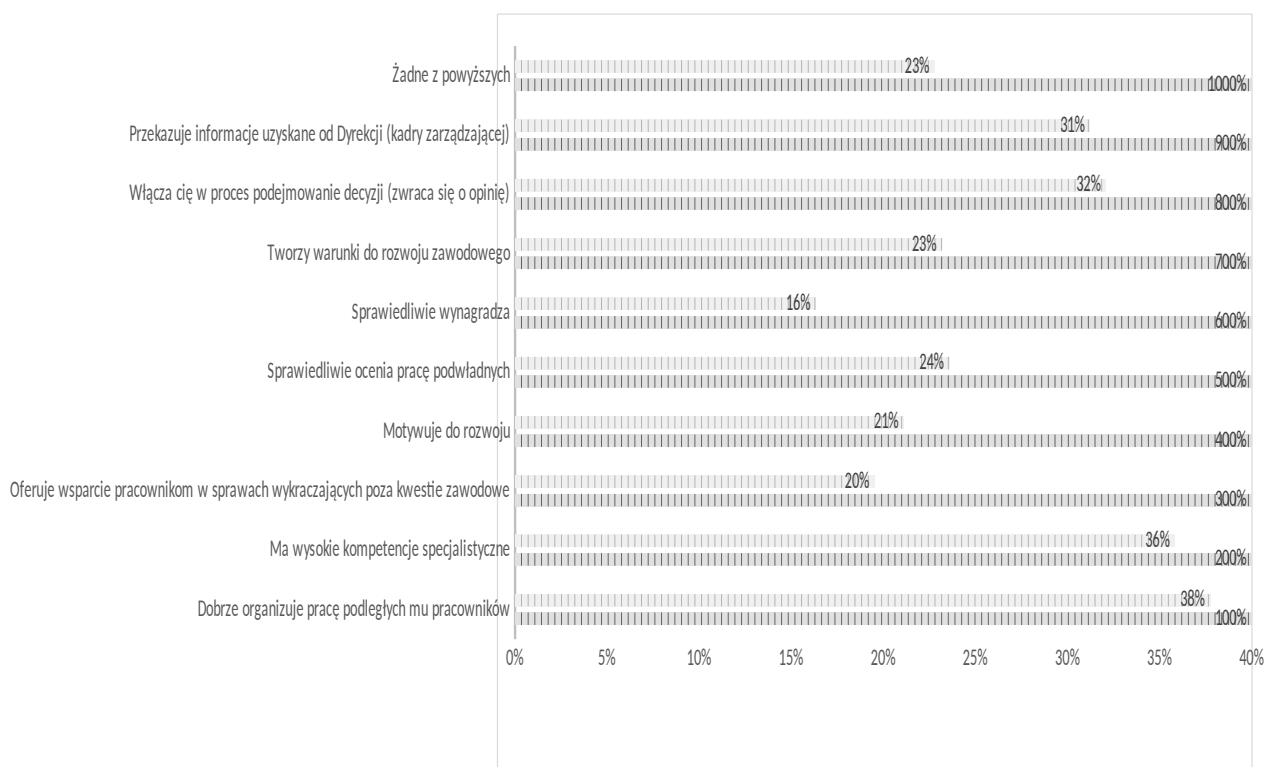


Rysunek 39. Plany po pandemii. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

Menedżer liniowy, czyli np. ordynator lub pielęgniarka oddziałowa, to klucz do retencji pracowników, jednakże pod warunkiem, że posiadają oni odpowiednie kompetencje menedżerskie. Dlatego zapytano lekarzy i pielęgniarki zarówno o kompetencje menedżerskie ich bezpośrednich przełożonych, jak o ich zachowania na stanowisku pracy. 36% lekarzy stwierdziło, że ich bezpośredni przełożony nie posiada kompetencji do zarządzania podległymi pracownikami, a 30% stwierdziło, że posiada. W przypadku pielęgniarek więcej, bo 41,3% stwierdziło, że ich bezpośrednie przełożone posiadają kompetencje menedżerskie, a 38,1%, że nie.

Respondentów spytano również o zachowania menedżerskie ich bezpośrednich przełożonych. 23% lekarzy wskazało, że ich menedżer nie wykazuje zachowań sprzyjających efektywnemu zarządzaniu zasobami ludzkimi. Wskazania pozostałych respondentów z tej grupy były następujące: 38% zadeklarowało, że ich menedżer dobrze organizuje pracę podległych pracowników, 36% – że ma wysokie kompetencje specjalistyczne, 32% – że włącza pracowników w procesy decyzyjne, a 31% – że przekazuje informację uzyskane od dyrekcji [zob. rys. 40]. 26,3% pielęgniarek wykazało, że ich przełożona nie przejawia menedżerskich zachowań. A te respondentki, które jednak takie zachowania identyfikują wskazały na: dobrą organizację pracy (40,6%), przekazywanie informacji od dyrekcji (39,4%), włączanie pracowników w proces zarządzania (27,5%), wysokie kompetencje (23,8%), oraz tworzenie warunków do rozwoju osobistego (21,9%) [zob. rys. 41].

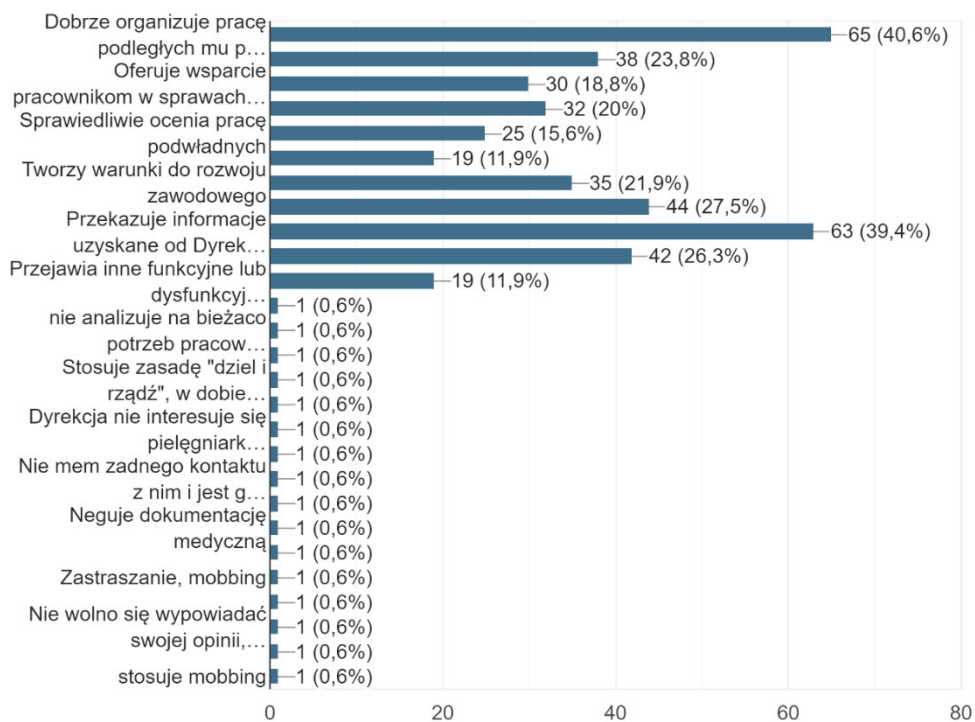


Rysunek 40. Zachowania menedżera na stanowisku pracy. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

4.4. Czy Pani/Pana bezpośredni przełożony (proszę o wybranie wszystkich adekwatnych odpowiedzi)

160 odpowiedzi



Rysunek 41. Zachowania menedżera na stanowisku pracy. Pielęgniarki

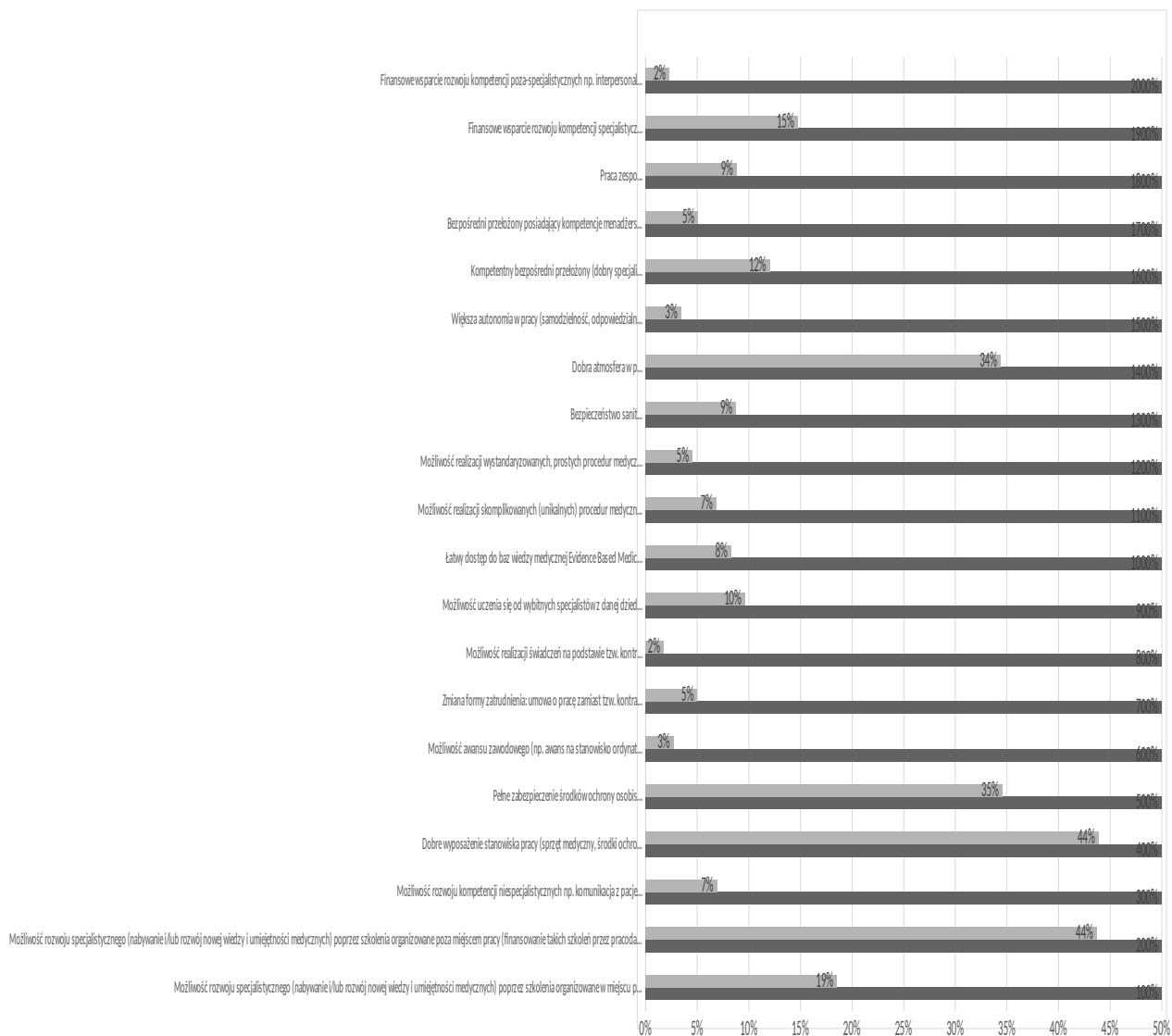
Źródło: Opracowanie własne.

Pytaniem wieńczącym badania ankietowe było pytanie o warunki jakie powinny być spełnione, aby respondenci z satysfakcją wykonywali swoją pracę. Lekarze wskazali przede wszystkim następujące warunki [zob. rys. 42]:

- Możliwość rozwoju specjalistycznego (nabywanie i/lub rozwój nowej wiedzy i umiejętności medycznych) poprzez szkolenia organizowane poza miejscem pracy (finansowanie takich szkoleń przez pracodawcę) oraz dobre wyposażenie stanowiska pracy (sprzęt medyczny);
- Pełne zabezpieczenie środków ochrony osobistej;
- Dobra atmosfera w pracy.

Pielęgniarki natomiast zadeklarowały, że dla nich ważne są [zob. rys. 43]:

- Pełne zabezpieczenie środków ochrony osobistej;
- Możliwość rozwoju specjalistycznego (nabywanie i/lub rozwój nowej wiedzy i umiejętności medycznych) poprzez szkolenia organizowane poza miejscem pracy (finansowanie takich szkoleń przez pracodawcę);
- Dobra atmosfera pracy.

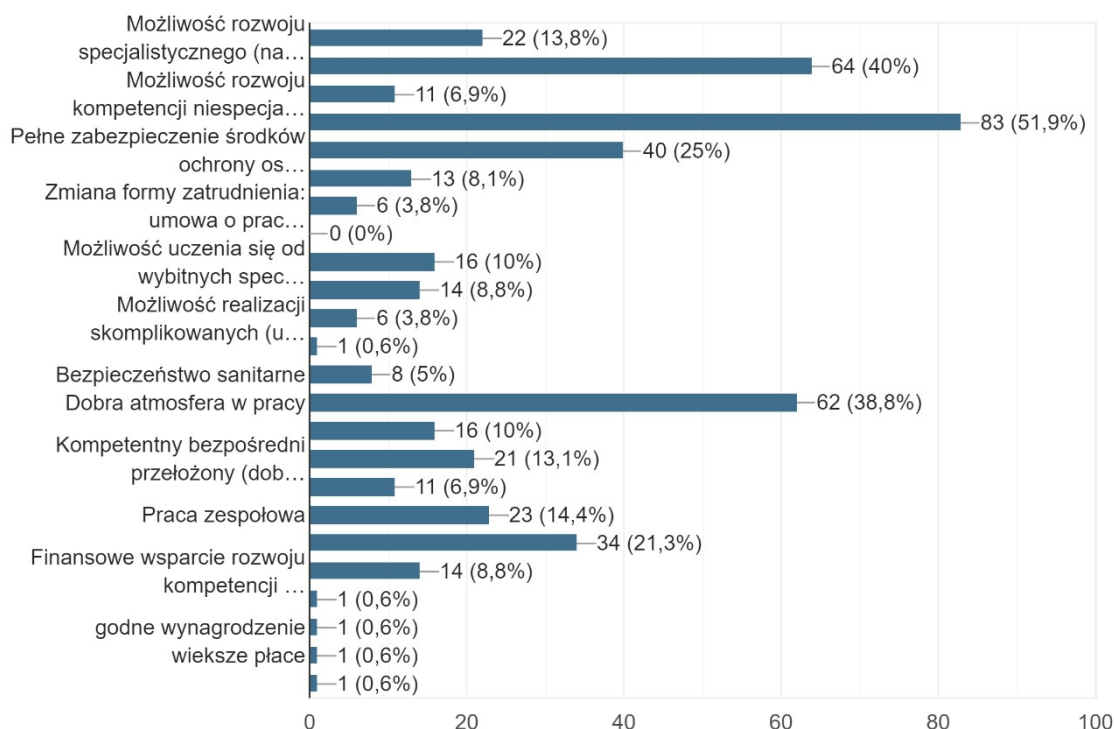


Rysunek 42. Pożądane narzędzia ZZL – potencjalne narzędzia retencyjne. Lekarze

Źródło: Opracowanie własne.

5.7. Jakie warunki powinny być spełnione aby Pani/Pan z satysfakcją wykonywała swoją pracę?
(proszę zaznaczyć 3 najważniejsze).

160 odpowiedzi



Rysunek 43. Pożądane narzędzia ZZL – potencjalne narzędzia retencyjne. Pielęgniarki

Źródło: Opracowanie własne.

W podsumowaniu analizy badań ankietowych należy podkreślić, że badania te w zdecydowanej mierze łamią stereotypy dotyczące personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Ich liczebność świadczy o tym, że poziom ich frustracji związanej z brakiem 'szytych na miarę' rozwiązań w zakresie zarządzania jest w tej grupie wysoki. Faktycznie, w ostatnich latach tylko lekarze rezydenci podjęli desperacką próbę wymuszenia podwyżek wynagrodzenia. Pielęgniarki robią to zdecydowanie częściej. Najczęściej wzrost ich aktywności identyfikowany jest wokół terminów wyborów. W ostatnim czasie z roszczeniem podwyżki wynagrodzeń pielęgniarki wystąpiły w czasie pandemii, co nawet Najwyższa Izba Pielęgniarek i Położnych skrytykowała.

2.3. Zagregowane wyniki badań jakościowych dotyczące ZZL

Jak wspomniano we wstępie w ramach działań związanych z niniejszą ekspertyzą przeprowadzono również szereg wywiadów z przedstawicielami grup personelu medycznego zaangażowanymi w aktywności związane z realizacją świadczeń na rzecz pacjentów z koronawirusem. Kluczowe informacje pozyskane w czasie wywiadów, a dotyczące zarządzania zasobami w podmiotach leczniczych zawiera tabela 44.

Tabela 44. Wyniki wywiadów z przedstawicielami poszczególnych grup personelu medycznego

Grupa personelu medycznego	Wypowiedzi respondentów
Lekarze	- Zjawisko hejtu jest lekarzom już znane; wyraźnie doświadczyli je w czasie, kiedy starali się zastopować tzw. ruch anty-szczepionkowy. Sprawa została zgłoszona na Policję, jednak żadne działania przez ten organ nie zostały podjęte. - Sytuacja pandemiczna budziła obawy wśród personelu lekarskiego przed faktycznym doświadczaniem kontaktu z chorobą wywołaną koronawirusem. Ten strach potęgowały media, które w poszukiwaniu sensacji i nowych tematów skupiały się przede wszystkim na skrajnie negatywnych aspektach tej sytuacji. Z momentem pierwszych doświadczeń z pacjentami covidowymi obawy uległy deprecjacji. - Szpital jednoimienny, w którym przeprowadzono badania bardzo szybko uporął się z niedoborem środków ochrony dzięki zaradności i aktywności dyrektora tej placówki. Wprowadzono bardzo restrykcyjny reżim sanitarny i na oddziale nikt nie został zarażony. - W Polsce brakuje lekarzy zakaźników, ponieważ nie mają oni perspektyw rozwoju. Oddziały zakaźne są zamykane. A lekarze po LEP rzadko wybierają tę specjalizację, ponieważ obawiają się kłopotów z zatrudnieniem. - Specjalizację zakaźniczą coraz częściej wybierają kobiety, które potrzebują stabilności zatrudnienia. - Hejt nie dotyczył lekarzy pracujących w oddziale szpitala jednoimiennego. Natomiast lekarze doświadczali zachowań nietypowych u osób im znanych np. sąsiadów, którzy bali się do nich podejść lub co gorsza lekarzy innych specjalizacji. Przedstawicielka innej grupy personelu medycznego poproszona została o nie pojawianie się na uczelni aż do października. Uczelnia nawet nie wiedziała, że ona jest pracownikiem szpitala jednoimiennego. - Wg respondentów społeczeństwo należy edukować w zakresie chorób zakaźnych. W niektórych przypadkach stosować kary finansowe, a tam gdzie taka kara nie odniosłaby skutku (zamożny hejter) delegować na roboty publiczne. - Trzeba też koniecznie zaprzestać deprecjacji zawodu lekarza.
Pielęgniarki	- Respondentki wskazywały, że słyszały o przejawach hejtu wobec pielęgniarek. Same jednak tego nie doświadczyły. Przykładem hejtu był ostracyzm społeczeństwa. Zdarzało się tak, że pielęgniarki na kwarantannie zgłaszały się do izb po pomoc, bo sąsiedzi nie chcieli im pomóc. Przykładem skrajnego niezrozumienia i obawy przed pielęgniarkami był telefon jakieś pani, która zażądała, aby przenieść mieszkającą blisko niej pielęgniarkę gdzieś. Przedstawiciel izby zapytał gdzie? Pojawiały się słowne akty agresji, jak np. sformułowania „chodząca zaraza”. Niszczono także mienie, m.in. samochody. - Uważają, że lepiej jest edukować niż karać hejterów. Wyedukowane społeczeństwo to świadome społeczeństwo. Społeczeństwo musi wyraźnie potępiać zachowania patologiczne wobec personelu medycznego. - Respondentki zauważyły, że w czasie pandemii członkinie izb bardzo chętnie korzystały ze wsparcia psychologów.

	- Wg respondentek pielęgniarka w systemie jest niedoceniana. Menedżerowie nie rozumieją ich roli. - Dla pielęgniarek ważna jest możliwość dalszego kształcenia się. W tym celu należy zadbać, aby pracodawca dawał im możliwość uzgadniania odpowiedniego grafiku. - Potrzeba narzędzi motywacji dopasowanych do specyfiki pracy pielęgniarek. - Należy zdefiniować wyraźnie ścieżkę zawodową pielęgniarek. - Należy kształcić kompetentnych menedżerów potrafiących zarządzać personelem pielęgniarskim i cechujących się silnymi atrybutami przywódczymi, które pozwalają na wprowadzanie zmian.
Diagności laboratoryjni	- Brak nowych zgłoszeń diagnostów laboratoryjnych do pracy, choć szpital i laboratorium mają bardzo dobry wizerunek. Praca w tym szpitalu otwiera drzwi do kariery w innych placówkach. - Coraz gorsi kandydaci gdyż lepsi idą tam, gdzie dostaną wyższe wynagrodzenie. - Czasami diagności laboratoryjni nie kończą specjalizacji, gdyż nie dość, że za nią płacą, to w zasadzie nic im ona nie daje. - W czasie pandemii zdarzały się zjawiska dysfunkcyjne wobec zatrudnionych w szpitalu jednoimiennymi diagnostów. Np. aby zmienić opony trzeba było zostawić samochód u mechanika na 5 dni. - Zdaniem diagnostów społeczeństwo trzeba edukować w zakresie pandemii / chorób zakaźnych. - W społeczeństwie niska jest świadomość tego kim jest diagnosta laboratoryjny, jaki jest poziom jego wykształcenia, specjalizacji i jaką rolę odgrywa w systemie. - Diagności są jedną z najslabiej wynagradzanych grup personelu medycznego w publicznym sektorze ochrony zdrowia. O zmianie miejsca zatrudnienia przez diagnostę decyduje kwota 1 tys. zł. O tyle przynajmniej należałoby podnieść wynagrodzenie diagnostów, aby sektor prywatny stał się mniej atrakcyjny. Młodzi ludzie chcą godnie zarabiać i nie boją się pracować w sektorze prywatnym. - Diagności powiązani z diagnostyką występowania koronawirusa <i>sensu stricto</i> pracowali w dużym stresie, spowodowanym wielowymiarową (różni interesariusze) presją na efektywność. Skutkiem tego u pracowników, ale szczególnie u kadry menedżerskiej laboratorium pojawiały się negatywne stany psychologiczne i poczucie niezrozumienia sytuacji. Z laboratorium odeszło 10% personelu a zapotrzebowanie na testy zwiększyło się co najmniej trzykrotnie. - Po to, aby diagności mogli efektywnie pracować potrzebują: dostępu do technologii (materiałów, sprzętu), procedur organizacji pracy i ochrony przed presją na zwiększenie wydajności.
Ratownicy medyczni	- Procedury ratownicze wymagają zgłaszania agresywnych zachowań. Takich od stycznia wobec ratowników medycznych (RM) nie zanotowano. - Ratownikom nie zapewniono dostępu do izolatorów. Nie mieli gdzie wracać. - W warunkach epidemii RM potrzebowali wsparcia medycznego. Dla zobrazowania ich fatalnej, wydaje się najgorszej sytuacji cytuje ...<i>W warunkach epidemii tak, szczególnie gdy osoby oczekiwały na wynik (chodziło o wsparcie psychologiczne). Takie osoby potrzebują wsparcia psychologicznego, potrzebują trochę porozmawiać czy też doniesienia posiłków. W oczekiwaniu na wyniki zespoły zostawały w garażu, pojawił się problem załatwiania potrzeb fizjologicznych, bo w garażu nie było toalet.</i> - Generalnie RM wskazywali wyraźnie na potrzebę współpracy z psychologiem, ponieważ na co dzień mają trudne psychologiczne sytuacje np. wypadki, zgony, ciężkie przypadki. - Ratownicy bali się też o swoje rodziny. - Zdaniem respondentów RM nie odejdą z zawodu po pandemii, bo cechą specyficzną dla tego zawodu jest to, że RM lubi pracować pod presją stresu. - Wg respondentów w pogotowiu ...<i>przede wszystkim powinien funkcjonować system motywacji. Ratownicy nie myślą o pieniądzach, tylko chcieliby dobrego systemu motywacyjnego, który oparty by był o szkolenia i wspieranie pracownika. Ludzie chcą działać na rzecz pogotowia. Należy dać im prawo kształtować swoje miejsce pracy...</i> - Zawód ten wyraźnie dąży do stworzenia izb, ale jest hamowany. - RM wyraźnie odcinają się od pielęgniarek. Są innym zawodem. Inna jest ich rola. - Coraz częściej samodzielnie muszą podejmować decyzje, bo nie ma lekarzy.

2.4. Rekomendacje wdrożeniowe²

Zarządzanie zasobami ludzkimi w Polsce zostało zepchnięte na margines zainteresowania zarówno rządzących, jak i kadr zarządzających podmiotami leczniczymi pomimo tego, że najwięcej problemów w zarządzaniu tymi podmiotami pojawia się właśnie na kanwie ZZL. Na świecie, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych już od lat problematyka ZZL w ochronie zdrowia jest obszarem szczegółowych badań i analiz. Wydaje się oczywiste, że przyszedł wreszcie czas na Polskę, aby zacząć systematycznie wprowadzać rozwiązania sprzyjające nie tylko pozyskiwaniu, ale przede wszystkim zatrzymywaniu personelu medycznego. Za wprowadzeniem fundamentalnych zmian w ZZL szczególnie w publicznych podmiotach leczniczych przemawiają fakty:

- Już dziś mamy poważne niedobory zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a te niedobory dotyczą: lekarzy, pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych;
- Kadry medycznej nie przybywa, a zapotrzebowanie na świadczenia medyczne rośnie i będzie rość głównie za sprawą: starzenia się społeczeństwa, występowania nowych chorób cywilizacyjnych, pogarszaniu się zdrowia psychicznego Polaków [Buchelt 2017];
- Aprecjacja popytu na świadczenia medyczne nie jest domeną Polski, a kraje bardziej rozwinięte, czy bogatsze coraz częściej sięgają po narzędzie migracji celowej aby pozyskiwać do siebie personel medyczny;
- Badania ankietowe wykazały, że część personelu medycznego po pandemii zamierza wyemigrować lub zrezygnować z wykonywania zawodu;
- Niebagatelnym argumentem jest również to, że zadbanie o wdrożenie efektywnych praktyk ZZL może sprzyjać poprawie efektywności podmiotów medycznych. Literatura przedmiotu daje możliwość wskazania praktyk ZZL, które poprawnie zrealizowane wpływają na poprawę wyników świadczeniodawców [zob. tab. 45].

² Do przygotowania rekomendacyjnej części niniejszej ekspertyzy wykorzystano m.in. efekt prac badawczych współautorki niniejszej ekspertyzy, które opublikowane zostały w monografii: Buchelt [2017].

Tabela 45. Przegląd badań poświęconych relacji pomiędzy ZZL a efektywnością szpitali w porządku chronologicznym

Charakterystyka głównych wyników badań	Autor / Autorzy
Badania poświęcone wpływowi kultury organizacyjnej na zadowolenie z wykonywanej pracy, a w konsekwencji na zadowolenie pacjentów pozwoliły na zidentyfikowanie pozytywnej relacji pomiędzy siłą kultury organizacyjnej a zadowoleniem z wykonywanej pracy i równocześnie zadowolenia z pracy z zadowoleniem pacjentów. Niestety, badana próba podmiotów leczniczych była niewielka (17 podmiotów) i stąd wyników badań nie można uznać za reprezentatywne.	Tzeng, Ketefian i Redman 2002
ZZL wpływa na zadowolenie z pracy i satysfakcję pacjentów. Nie zidentyfikowano wysokiej korelacji pomiędzy ZZL a zadowoleniem pacjentów. Ustalono natomiast, że satysfakcja pracowników (<i>employees' satisfaction</i>) jest lepszym predyktorem zadowolenia pacjentów niż zadowolenie z wykonywanej pracy (<i>job satisfaction</i>). Nie zidentyfikowano powiązania pomiędzy szkoleniami związanymi z wykonywaną pracą a zadowoleniem z wykonywanej pracy. Natomiast zidentyfikowano relację pomiędzy stylem zarządzania opartym na przywództwie a zadowoleniem z wykonywanej pracy oraz z zadowoleniem pacjentów. W badaniach zwrócono również uwagę na to, że systematyczny przegląd efektywności pracy wpływa na zadowolenie z wykonywanej pracy oraz zadowolenie pacjentów. Zauważono też, że działania sprzyjające satysfakcji pracowników, jak np. regularny harmonogram pracy równocześnie wpływają na spadek zadowolenia pacjentów	Ott i Van Dijk 2005
Badania przeprowadzono na próbie 52 szpitali w Wielkiej Brytanii. Analizowano wpływ praktyk ZZL na śmiertelność pacjentów. Aktywnościami analizowanymi w zakresie ZZL stały się szkolenia, zarządzanie efektywnością, partycypacja, decentralizacja, zaangażowanie, praca w zespołach. We wnioskach z badań podkreślono, że wskazane praktyki przyczyniają się do wzrostu jakości usług medycznych wtedy, gdy przejawiają cechy systemów wysokiego zaangażowania pracowników (<i>high involvement work systems</i>). ³	West, Guthrie i in. 2006
Badania przeprowadzono na próbie 132 publicznych szpitali w Australii. Przyjęto zdywersyfikowane perspektywy badawcze: dyrektorzy szpitali, dyrektorzy działów ZZL, inni dyrektorzy. Stwierdzono, że zależnie od perspektywy badawczej, wpływ ZZL na efektywność szpitali oceniana jest inaczej. W efekcie badań ustalono, że wzrost zaawansowania rozwiązań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi ma pozytywny związek z efektywnością kosztową szpitali. Im bardziej zaawansowany system ZZL, tym większa efektywność kosztowa. Rezultatem pośrednim badań było ustalenie, że kobiety biorące udział w badaniu były bardziej świadome wpływu praktyk ZZL na efektywność organizacji.	Bartram, Stanton i in. 2007
W badaniach poddano weryfikacji dwie hipotezy. Pierwsza dotyczyła orientacji szpitali wobec otoczenia. Druga odwoływała się do orientacji szpitali wobec personelu, w tym przede wszystkim personelu medycznego. Stwierdzono, że szpitale, które orientują się na otoczenie, a jednocześnie w polityce wewnętrznej skupiają się na pracownikach (<i>perceived organizational commitment to employees</i>), mają szanse zwiększania efektywności swojej działalności poprzez wdrożenie ZZL.	Rodwell i Teo 2007
Zadaniem realizowanych badań było zweryfikowanie zależności pomiędzy skutecznością realizowanych zadań, intencją do opuszczenia szpitala i uprzejmością wobec pacjentów a praktykami ZZL. Podstawą badań było założenie o poprawie jakości usług medycznych w efekcie szeroko pojmowanego zadowolenia pracowników, które jest wynikiem dobrze funkcjonującego systemu ZZL. Badania przeprowadzono wśród zdywersyfikowanych grup personelu medycznego w 167 szpitalach w Wielkiej Brytanii. Istotnym wnioskiem z badań jest fakt zidentyfikowania relacji pomiędzy intencją do opuszczenia organizacji a jakością usług medycznych, która spada, gdy chęci pracowników do opuszczenia organizacji rosną.	Baluch, Salge i Piening 2013
Główną przesłanką badań było zbadanie wpływu zaangażowania na bezpieczeństwo realizacji usługi medycznej oraz jej jakość. Zaangażowanie traktowane było jako zmienna	Shantz, Alfes i Arevshatian

3 W literaturze przyjmuje się, że system, który można uznać za system wysokiego zaangażowania cechuje przede wszystkim wysoki poziom decentralizacji decyzji i towarzysząca mu odpowiedzialność za nie.

moderująca wybrane praktyki ZZL, tj. szkolenia, możliwości rozwoju, udział w podejmowaniu decyzji i komunikacja. Badania odwoływały się do modelu zasobów potrzebnych do realizacji zadań (<i>job demands resources JD-R</i>). Zasobami były tu wskazane praktyki ZZL. W efekcie przeprowadzonych badań uzyskano pozytywną weryfikację założenia o wpływie wybranych praktyk ZZL na jakość i bezpieczeństwo realizacji usług medycznych.	2016
--	------

Źródło: Buchelt 2017, s. 155-156.

Charakter wdrożeniowy niniejszej ekspertyzy wymaga przede wszystkim ustalenia tzw. warunków brzegowych, bez których w zasadzie proponowane działania, albo nie będą mogły być zrealizowane, albo ich efektywność będzie niższa, a są to:

- Utworzenie nowego stanowiska pracy dedykowanego kwestiom ZZL, a nie administracji kadrowej jak to się ma do tej pory i umiejscowienie go w hierarchii organizacyjnej na poziomie strategicznym, bezpośrednio podlegającym dyrektorowi podmiotu leczniczego. Przy czym na to miejsce musi być zatrudniony kompetentny specjalista ZZL, tzn. osoba, która nie tylko zna się na ZZL, ale też, a może nawet przede wszystkim, zna specyfikę funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz atrybutów i ról poszczególnych grup personelu medycznego. Jest zatem potrzeba stworzenia szybkiej ścieżki kształcenia takich specjalistów, dodefiniowania ich kompetencji i certyfikowania tej profesji.
- Przedstawiciele poszczególnych grup personelu medycznego nie można traktować tożsamo! Posiadają oni inne atrybuty i inne metody oraz narzędzia ZZL są dla nich istotne [zob. tab. 46]. Atrybuty lekarzy i pielęgniarek są już dodefiniowane. Zatem należy zidentyfikować cechy specyficzne dla pozostałych profesji medycznych.

Tabela 46. Atrybuty lekarzy i pielęgniarek

Cechy specyficzne profesji lekarskiej	Cechy specyficzne profesji pielęgniarskiej
- Są autonomiczni [Ackroyd 1996, s. 599-621], a proces ich edukacji odbywający się w kulturze nadużyć wzmacnia tę cechę [Kassebaum i Cutler 1998, s. 1149-1158]; - Cechują ich zachowania autokratyczne [Denis i van Gestel 2016; Kassebaum i Cutler 1998, s. 1149-1158]; - Mają obowiązek, ale też chęci do podnoszenia kompetencji specjalistycznych [Daniluk 2004, s. 45-54]. - Dominuje u nich natura badacza nad społecznikiem [Petrides i McManus 2004]; - Podporządkowują się i identyfikują z profesją [Beckham i in. 2015, s. 34-38; Lega i Sartirana 2016]; - Specyfika ich pracy polega na działaniach terapeutycznych; - Cenią sobie status i stosunek podwładności [Brooks 2011, s. 319-336]; - Z ekonomiczno-finansowego punktu widzenia jest to	- Codzienne stawianie czoła paradoksowi koegzystencji odmiennych wyznaczników tego zawodu, tj. nakazowe wykonywanie poleceń lekarskich i autonomiczność specjalisty [Glińska i Lewandowska 2004, s. 477-482; Wrońska 2004, s. 36-98]; - Wyrażne dążenie do umocnienia swojej roli specjalisty w zakresie opieki nad pacjentem przejawiane poprzez dążenie do większej profesjonalizacji swoich działań [Garman, Leach i Spector 2006, s. 839-840]; - Rozwój wiedzy (kompetencji specjalistycznych) oraz podwyższanie wymogów kwalifikacyjnych niezbędnych do „wejścia” w profesję [Baranowska, Baranowska i Bielak 2014]; - Wchodzenie w nowe role, głównie menedżerskie [Carney 2009, s. 707-717]; - Wykonywanie pracy emocjonalnej [Morris i Feldman 1996, s. 986-1010], polegającej na

grupa kluczowa dla szpitali, gdyż decyduje o dystrybucji zasobów materialnych i niematerialnych szpitali [Pauly 1978, s. 77-111]; - Trudno się nimi zarządza, bo z uwagi na niedobór na rynku pracy mają siłę przetargową w negocjacjach podejmowanych z pracodawcami, którzy boją się ich utraty [Koelewijn i in. 2014; Trebble i in. 2014]; - Wykazują niski poziom zaangażowania i identyfikacji z pracodawcami na korzyść profesji [Beckham i in. 2015, s. 34-38; Lega i Sartirana 2016]; - Przejawiają niski poziom zainteresowania rozwojem kompetencji interpersonalnych [Nęcki i Kęsy 2013, s. 179-198]; - Charakteryzują się niedoborem kompetencji związanych z zarządzaniem, która uwidacznia się w przypadku obrania dualnej kariery, tj. takiej, która polega na łączeniu roli specjalistów z rolami menedżerskimi [Denis i van Gestel 2016; Lega i Sartirana 2016]; - W podejmowanych przez siebie działaniach ukierunkowanych na zarządzanie podległymi pracownikami inkorporują praktyki właściwe dla swojej profesji, m.in. podporządkowują się autorytetom merytorycznym; - Pod wpływem konsekwentnie stosowanych praktyk zarządzania, z którymi się identyfikują, dostosowują swoje działania do potrzeb szpitali. Mowa tu przede wszystkim o wynagradzaniu za efekty pracy i związanej z nią orientacji na planowanie i realizację celów bieżących.	tworzeniu warunków sprzyjających poprawie zdrowia pacjenta; - Zaangażowanie i identyfikacja z zatrudniającą je organizacją; - Większa inkorporacja uniwersalnych praktyk zarządzania w działania związane z zarządzaniem podległym personelem.
---	--

Źródło: Buchelt 2017, s. 281-283.

- Należy zweryfikować kompetencje zarządcze menedżerów sfery medycznej. Hybryd menedżerów tj. profesjonalistów medycznych, którzy awansowali na stanowiska kierownicze, zarządcze. A jeśli nie zweryfikować, to na pewno upewnić się, że ich kompetencje menedżerskie są rozwijane. Z analizy literatury przedmiotu, ale też i z przeprowadzonych w ramach niniejszej ekspertyzy badań ankietowych wynika, że menedżerom sfery medycznej brakuje kompetencji menedżerskich. Dzieje się tak dlatego, że:
 - Tacy menedżerowie mają problem z wyraźną identyfikacją, menedżer vs profesjonalista;
 - Cechy profesji są w nich głęboko zakorzenione;
 - Napotykają barierę tworzoną przez podwładnych, którzy nie rozumieją ich funkcji;
 - Z jednej strony oczekują od pracodawców szkoleń z zakresu tzw. kompetencji miękkich, ale z drugiej nie chcą w nich czynnie uczestniczyć;

- Należy uaktualnić standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, albo całkowicie je wyeliminować. Podmioty medyczne, chcąc uzyskać lepszą pozycję negocjacyjną z Narodowym Funduszem Zdrowia, wdrażają te standardy, które tak naprawdę z uwagi na to, że są przestarzałe więcej czynią 'złego' niż 'dobrego' podmiotom leczniczym. Przy czym standardy te powinni tworzyć eksperci ds. ZZL w ochronie zdrowia, których w Polsce jest niewiele. Do opracowania takich standardów należy też zaprosić przedstawicieli pracodawców, NIL, NIPiP, NID, ratowników medycznych i innych przedstawicieli profesji medycznych. Tylko tak opracowane standardy nie staną się 'martwymi procedurami' i będą miały walor aplikacyjny;
- Należy dążyć do uelastyczniania struktur organizacyjnych i opierania ich na aktywności zespołów terapeutycznych.

Wyznaczenie warunków *sine qua non* umożliwia przejście do rekomendacji szczegółowych. Podstawowa rekomendacja to zorganizowanie wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego. Taki psycholog jest niezbędny nie tylko z uwagi na doświadczenia pandemiczne, ale z uwagi na to, że zawody medyczne narażone są na: wysoki poziom stresu, pracę emocjonalną, syndrom pourazowy będący efektem zjawisk traumatycznych np. śmierć rodziny w wypadku samochodowym, czy wypalenie zawodowe. Takie konsultacje mogą być też zorganizowane w formie e-konsultacje, a podmioty medyczne mogą w takim wypadku wykupywać dla swoich pracowników abonament. A może idąc jeszcze dalej – umożliwić personelowi medycznemu odpisy od podatków wtedy gdy korzystają z usług psychologa, przy ustaleniu limitów takich odpisów. Pozostałe rekomendacje usprawniające ZZL w podmiotach leczniczych zostaną ujęte w podejściu procesowym.

Pierwszym działaniem związanym z zarządzaniem zasobami ludzkimi w organizacjach jest ich pozyskiwanie. W krajach rozwiniętych, gdzie identyfikowane są niedobory zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, często stosuje się tak zwaną migrację celową, tj. zachęcanie do migracji personelu medycznego z całego świata do przyjazdu do danego kraju. Tak robi m.in. Kanada, Australia czy Nowa Zelandia oraz niektóre kraje Europejskie np. Dania, Norwegia, czy Niemcy. Na poziomie mikro (podmiotów leczniczych) natomiast do pozyskiwania personelu medycznego wykorzystuje się firmy specjalizujące się w rekrutacji tzw. *headhunterów*. Ich profesjonalne działania wiążą się albo z bezpośrednim kontaktem z przedstawicielami personelu medycznego albo aktywnością na specjalistycznych stronach

czy w mediach społecznościowych. Podstawą jakiejkolwiek aktywności rekrutacyjnej jest dobrze funkcjonująca strona internetowa wraz z zakładką poświęconą możliwości podjęcia pracy w danym podmiocie medycznym. W Polsce ta podstawa rekrutacyjna często jest zaniedbywana. Z praktycznych doświadczeń autorki wynika, że nawet duży, specjalistyczny szpital może mieć źle zaprojektowaną i funkcjonującą stronę internetową. Podmioty medyczne powinny stać się bardziej aktywne w portalach społecznościowych, młody pracownik sfery medycznej szuka dziś pracy w Internecie. Zaleca się też nawiązywanie współpracy z ośrodkami akademickimi i oferowanie pracy studentom studiów medycznych. Przy czym oferta ta powinna być poparta stypendium naukowym. Tam gdzie to możliwe należy wrócić do stosowanych już zabiegów przyciągających personel medyczny do danych placówek medycznych. Mogą to być np. mieszkania. W tym zakresie podmioty medyczne powinny wesprzeć samorządy.

Istotnym subprocesem ZZL jest adaptacja, która przebiega inaczej wobec pracowników niedoświadczonych, a inaczej wśród doświadczonych. To o co na pewno należy zadbać w procesie adaptacji, to odpowiednie przywitanie nowego pracownika. Do tego powinna być wyznaczona konkretna osoba. Samo administracyjne wprowadzenie do pracy w podmiocie medycznym może być przeprowadzone przez pracownika sfery niemedycznej, ale wprowadzenie w obowiązki na stanowisku pracy powinien wprowadzać bezpośredni przełożony lub osoba merytorycznie przez niego upoważniona. Proces adaptacji należy traktować jako element rekrutacji: wyraźnie zdefiniować oczekiwania wobec nowo zatrudnionego, monitorować jego postępy, udzielać informacji zwrotnej.

Kluczowym obszarem, czy też procesem dla personelu medycznego jest rozwój. Rozumieć go należy w dwojnasób, jako działania rozwijające kompetencje zatrudnionych pracowników oraz zarządzanie karierą. Wobec tego obszaru ZZL postulowane są następujące działania:

- Połączyć system szkoleń z oceną pracowniczą, zwłaszcza bieżącą – po to, aby szkolenia mogły stanowić narzędzie poprawy efektywności pracy;
- Kontynuować szkolenia wewnętrzne specjalizacyjne, ale też stworzyć odpowiedni fundusz szkoleniowy na szkolenia zewnętrzne. Zaprzestać praktyk zakładających, że lekarze poradzą sobie z finansowaniem takich szkoleń. Ułatwiać wyjazd personelu medycznego na szkolenia;

- Wyznaczyć jasną ścieżkę kariery nie tylko pielęgniarkom, ale innym pracownikom sfery medycznej. W sytuacji przewidywanego awansu na stanowiska menedżerskie wymagać rozwoju kompetencji menedżerskich. Zweryfikować te kompetencje przed powierzeniem stanowiska menedżerskiego przedstawicielowi personelu medycznego;
- Rozwijać u personelu medycznego kompetencje interpersonalne. Zadbać o system weryfikacji efektywności tych szkoleń (połączyć z oceną pracowniczą);
- Wynagradzać za aktualizację i rozwój kompetencji specjalistycznych.

Redefiniować znaczenie oceny pracowniczej. Ocena powinna być sprzężona z rozwojem i wynagrodzeniem. To kluczowe sprzężenie o jakie podmioty medyczne powinny zadbać. Reorientacja oceny pracowniczej powinna zawierać:

- Stworzenie systemu ocen pracowniczych adekwatnego do potrzeb podmiotów leczniczych, a nie zaciągniętego z innych podmiotów;
- Ocenianie personelu medycznego, ustalanie kryteriów adekwatne do charakteru pracy, pełnionej roli;
- Unikanie nadmiernej koncentracji na celach ilościowych np. liczba wykonanych procedur;
- Skupienie się na wdrażaniu i zarządzaniu oceną pracowniczą;
- Włączanie tych podmiotów oceniających, które są istotne dla poprawy efektywności szpitala, czyli na pewno: samocena, ocena bezpośredniego przełożonego i z uwagi na po pierwsze – stymulowanie pracy w zespołach terapeutycznych, ale i po drugie – dbałość o atmosferę pracy (wskazaną jako bardzo istotną dla lekarzy i pielęgniarek) włączenie współpracowników, członków zespołów terapeutycznych;
- Szkolenie personelu medycznego z funkcjonalności systemu ocen pracowniczych;
- Zinformatyzowanie systemu ocen pracowniczych.

Wynagrodzenia to najbardziej dysfunkcyjny obszar ZZL w podmiotach leczniczych, gdyż albo personel medyczny wynagradzany jest na podstawie przestarzałych, skostniałych i patologicznych w swoim charakterze regulaminach wynagradzania, albo wg zasady *pay for performance*, ale w wymiarze płacenia za liczbę procedur. Stąd dochodzi do zjawiska *homo economicus* i nierzadko, jak wskazują badania prowadzone w różnych krajach, obniżenia jakości usług. Należy zweryfikować obowiązujące systemy wynagrodzeń. Wydaje się, że takim systemem można sterować nawet centralnie. Doprowadzić do sytuacji centralnego wywartościowania stanowisk pracy i stworzenia nowego obowiązującego w podmiotach

publicznych regulaminu wynagradzania. Do realizacji tego zadania powinni być zaproszeni przedstawiciele profesji medycznych i eksperci od wynagradzania. Takie działanie można też podjąć na poziomie mikro. W Polsce nie ma przepisów zabraniających zmianę archaicznych regulaminów wynagradzania, w których następuje przenikanie się blisko dziesięciu kategorii zaszeregowania. Należy wprowadzić system monitorowania godzin pracy lekarzy albo wyznaczyć standardy dotyczące liczby zrealizowanych procedur. Albo dążyć do wdrożenia rozwiązania *pay for value*, w którym nie tylko bierze się pod uwagę liczbę zrealizowanych usług, ale ich jakość.

Reasumując część rekomendacyjną niniejszego rozdziału należy podkreślić, że wymienione propozycje usprawnień mają charakter typowo aplikacyjny, bowiem unikano proponowania usprawnień, na które podmioty sektora ochrony nie są jeszcze gotowe.

Wykaz źródeł

- Buchan J., Calman L. (2004). *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles*, OECD Health Working Papers, www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf [dostęp: 10.06.2020].
- Buchelt B. (2017). *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo UEK, Kraków.
- Campbell J., Dussault G., Buchan J., Pozo-Martin F., Guerra Arias M., Leone C., Siyam A., Cometto G. (2013). *A universal truth: no health without a workforce. Forum Report*, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- CSIOZ (2018). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2018*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5bd9a285274e7.pdf [dostęp: 10.06.2020].
- Domagała A., Klich J. (2018). *Planning of Polish physician workforce – systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward*. Health Policy. 122(2):102-108.
- Dubas-Jakóbczyk K. (2017). *Personal communication between Katarzyna Dubas-Jakóbczyk of the Jagiellonian university Medical College with the Centre for Health Information Systems in Warsaw: e-mail communication*, 16-21 November 2017.
- European Union (2012). *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study* May.
- Frenk J., Chen L., A Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The Lancet Volume 376, No. 9756, p. 1923-1958.
- GUS (2020). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html> [dostęp: 09.06.2020].
- Kopacz J. (2019). *Niedobór talentów w branży medycznej*. Menedżer Zdrowia, nr 5-6.
- Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Frąckiewicz-Wronka A., Badora-Musiał K., Buchelt B. (2020). *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, Medycyna Pracy, 2020, 71(3).
- MZ (2017). *Dodatkowe nakłady na ochronę zdrowia w 2017 r.*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl/aktualnosci/dodatkowe-naklady-na-ochrone-zdrowia-w-2017-r [dostęp: 10.06.2020].
- MZ (2016). *Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na interpelację nr 1845 w sprawie sytuacji zawodowej i demograficznej polskich pielęgniarek i położnych*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=14AE627B [dostęp: 09.06.2020].
- NIK (2016). *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, www.nik.gov.pl/plik/id,10242,vp,12565.pdf [dostęp: 03.06.2020].
- NIL (2018). *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna in 2017*, Warszawa: Naczelna Izba Lekarska, https://nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf [dostęp: 10.06.2020].

- NiPiP (2017). *Raport NiPiP nt. Zabezpieczenie Społeczeństwa Polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnych*, Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf [dostęp: 10.06.2020].
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, doi:10.1787/health_glance-2017-en [dostęp: 09.06.2020].
- OECD (2019), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/c7cfb688-pl>.
- Polityka (2019). *Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)*. Załącznik do uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r., www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielengniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce [dostęp 03.06.2020].
- Religioni U., Czerw A., Walewska-Zielecka B., Augustynowicz A. (2012), *Obszary zarządzania placówką medyczną w sytuacji wystąpienia pandemii grypy*, *Journal of Health Sciences*. 2014;4(9):181-190. ISSN 1429-9623 / 2300-665X.
- Puls Medycyny (2020). *Epidemia COVID-19 w Polsce: nowe wytyczne dla szpitali. „Prosimy o wydzielenie 3 stref”*, <https://pulsmedycyny.pl/epidemia-covid-19-w-polsce-nowe-wytyczne-dla-szpitali-prosimy-o-wydzielenie-3-stref-987936> [dostęp 10.06.2020].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2019.1196).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. 2020, poz. 775).
- Rutkowska K. (2018). *Personal communication between Katarzyna Rutkowska on behalf of the Department of Nurses and Midwives at the Ministry of Health and the authors of this volume*, 15 października 2018.
- Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (2018). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/dokument_strategia-rozwoju-pielengniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce_do-wyslania.pdf [dostęp: 28 maja 2020].
- Sowada Ch., Sagan A., Kowalska-Bobko I. (red.) (2019). *Health in Transition Poland*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Sowada Ch., Kowalska-Bobko I. Sagan A. (2020). *What next after the 'commercialization' of public hospitals? Searching for effective solutions to achieve financial stability of the hospital sector in Poland*, *Health Policy* <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.024>.
- Stanowisko Nr 41/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 2020 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1587504268_ps041-20-viii.pdf [dostęp 28.05.2020].
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). *The World Health Report 2006. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard.

Załącznik 1. Liczba szpitali zakaźnych i jednoimiennych zakaźnych

Tabela 47. Liczba szpitali zakaźnych i jednoimiennych zakaźnych

Województwo	Szpital
1. Mazowieckie	- Ostrołęka, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dra Józef Psarskiego, al. Jana Pawła II 120A, (29) 765 12 63, (29) 765 12 54, (29) 765 21 18 - Radom, Radomski Szpital Specjalistyczny im. dra Tytusa Chałubińskiego, ul. Tochtermana 1, (48) 361 52 20 - Siedlce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Starowiejska 15, (25) 632 20 61 do 68 wew. 213 - Kozienice, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Al. W. Sikorskiego 10, (48) 679 72 89, (48) 679 97 96 - Ciechanów, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, (23) 673 02 77 - Płock, Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Medyczna 19, (24) 364 68 71, (24) 364 64 03 - Warszawa, Wojewódzki Szpital Zakaźny, ul. Wolska 37, (22) 335 52 61 - Warszawa, Wojskowy Instytut Medyczny, ul. Szaserów 128, (22) 810 80 89, 261 817 666 Warszawa, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, (22) 508 20 00 - Warszawa-Ochota, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 63A, (22) 317 92 31
2. Łódzkie	- Radomsko, Szpital Powiatowy, ul. Jagiellońska 36, (44) 681 08 31, (44) 681 08 22 (SOR), (44) 681 08 23 (SOR) - Bełchatów, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, ul. Czapliniecka 123, kom. 512 030 463 - Tomaszów Mazowiecki, Tomaszowskie Centrum Zdrowia, ul. Jana Pawła II 35, (44) 725 72 09 - Łódź-Bałuty, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra Wł. Biegańskiego, ul. Gen. Kniaziewicza 1/5, kom. 887 877 690 Zgierz, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie, ul. Parzęczewska 35, (42) 714 45 00
3. Warmińsko-mazurskie	- Giżycko, „Szpital Giżycki” Sp. z o. o., ul. Warszawska 41, (87) 429 66 91, (87) 429 66 92 - Pisz, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy, ul. Sienkiewicza 2, (87) 425 45 65, (87) 425 46 44 Ostróda, Szpital w Ostródzie S.A., ul. Jagiełły 1, (89) 646 06 47 (lekarze), (89) 646 06 22 (pielęgniarki) Elbląg, Szpital miejski św. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 22, (55) 230 42 58 - Olsztyn, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego, ul. Żołnierska 18A, (89) 539 34 21 (lekarze), (89) 539 34 25 (pielęgniarki)
4. Podlaskie	- Augustów, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, (87) 644 43 48, (87) 644 42 00 - Bielsk Podlaski, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowskiego 1, (85) 833 43 02 - Hajnówka, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, ul. doc. Adama Dowgirda 9, kom. 606 996 889 - Grajewo, Szpital Ogólny im. dra Witolda Gineła, ul. Konstytucji 3 Maja 34, (86) 272 32 71 wew. 233

	5. Suwałki, Szpital Wojewódzki im. dra Ludwika Rydygiera, ul. Szpitalna 60, (87) 562 92 15 6. Łomża, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Al. Marsz. Józefa Piłsudskiego 11, (85) 473 33 58, (85) 473 33 36 7. Białystok, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ludwika Zamenhofs, ul. Waszyngtona 17, (85) 745 06 93 8. Białystok, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Żurawia 14, (85) 740 95 73
5. Pomorskie	1. Gdynia, Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, ul. Powstania Styczniowego 9B 2. Gdańsk, 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ im. kontradm. prof. W. Łasińskiego, ul. Polanki 117 (58) 552 63 18, 785 773 020 3. Gdańsk, Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, ul. Mariana Smoluchowskiego 18, (58) 341 55 47 4. Kościerzyna, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., ul. Alojzego Piechowskiego 36, (58) 686 01 01, (58) 686 00 00 5. Wejherowo, Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy, ul. dr. Alojzego Jagalskiego 10
6. Kujawsko-pomorskie	1. Bydgoszcz, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza, ul. Św. Floriana 12, (52) 325 56 34, (52)325 56 03 2. Grudziądz, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dra Władysława Biegańskiego, ul. L. Rydygiera 15-17, (56) 641 44 44 3. Toruń, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera, ul. Krasińskiego 4/4a, (56) 679 55 27 4. Świecie, NZOZ „Nowy Szpital Sp. z o.o.” Prowadzony przez Nowy Szpital Sp. Z o.o., ul. Wojska Polskiego 126, (51) 240 16 32
7. Zachodniopomorskie	1. Wałcz, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Kołobrzaska 44, 261 472 912 2. Szczecin, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, (91) 813 94 43, (91) 813 94 54 3. Koszalin, Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika, ul. Chałubińskiego 7, (94) 348 84 00
8. Lubuskie	1. Zielona Góra, Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego Sp. z o.o., ul. Zyty 26, (68) 329 64 78, (68) 329 64 81 2. Gorzów Wielkopolski, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o.o., ul. Walczaka 42
9. Wielkopolskie	1. Poznań – Stare Miasto, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, ul. Nowowiejskiego 56/58, (61) 859 03 36, 539 524 935 2. Poznań-Jeżyce, Szpital kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Szpitalna 27/33, kom. 504 907 994 3. Poznań – Nowe Miasto, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu, ul. Szwajcarska 3, (61) 873 92 95 4. Konin, Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr Romana Ostrzyckiego, ul. Szpitalna 45, (63) 240 44 02 5. Kalisz, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny, ul. Toruńska 7, (62) 757 91 84
10. Dolnośląskie	1. Wałbrzych, Specjalistyczny szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, ul. Batorego 4, (74) 648 98 06 2. Wrocław – Śródmieście, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Chałubińskiego 2-2A, (71) 770 31 51 3. Wrocław – Psie Pole, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Jerzego Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, kom. 519 338 486 4. Bolesławiec, Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Jeleniogórska 4, (75) 738 01 20

11. Śląskie	1. Tychy, Megrez Sp. z o. o., ul. Edukacji 102, (32) 325 53 04 2. Zawiercie, Szpital Powiatowy, ul. Miodowa 14, (32) 674 02 89, (32) 674 02 91 3. Racibórz, Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka, ul. Gamowska 3, (32) 755 53 72 4. Bytom, Szpital Specjalistyczny nr 1, al. Legionów 49, (32) 281 92 41 wew. 230 5. Chorzów, Szpital Specjalistyczny, ul. Zjednoczenia 10, 797 189 603, (32) 346 36 41 6. Częstochowa, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P., ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 7, (34) 367 38 72 lub 73 7. Cieszyn, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Bielska 4, (32) 854 92 00 wew. 492 lub 493
12. Opolskie	1. Kędzierzyn-Koźle, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Kwietnia 5, (77) 406 24 82 2. Opole, Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o., ul. Kośnego 53, (77) 443 30 43, (77) 443 30 44 3. Nysa, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Bohaterów Warszawy 23, (77) 408 79 56
13. Małopolskie	1. Kraków, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital Uniwersytecki, ul. Macieja Jakubowskiego 2, (12) 400 20 00, (12) 400 20 21, (12) 400 20 06 2. Kraków, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, os. Na Skarpie 66, dorośli: (12) 622 94 03, (12) 622 93 90, (12) 622 94 07, dzieci: (12) 622 95 03, (12) 622 93 44 3. Kraków, Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, (12) 614 23 23, (12) 614 23 22, (12) 614 23 27 4. Olkusz, Nowy Szpital w Olkuszu Sp. Z o.o., ul. 1000-lecia 13, (41) 240 12 72, (41) 240 12 76 5. Myślenice, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Szpitalna 2, (12) 273 03 54, (12) 273 30 50, (12) 273 03 03 6. Tarnów, Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika, ul. Szpitalna 13, (14) 631 03 92, (14) 631 03 67, (14) 631 03 10 7. Wielogłowy, Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, ul. Dąbrowa 1, (18) 433 21 23 8. Miechów, Szpital Św. Anny, ul. Szpitalna 3, (41) 382 03 64, (41) 382 02 99 9. Dąbrowa Tarnowska, Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Szpitalna 1, (14) 644 32 88, (14) 644 32 86 10. Proszowice, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, ul. Kopernika 13, (12) 386 52 10, (12) 386 52 11, (12) 386 52 03
14. Podkarpackie	1. Łańcut, Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o. o., ul. Ignacego Paderewskiego 5, (17) 224 02 92, (17) 224 01 12 2. Jarosław, Centrum Opieki Medycznej, ul. 3 Maja 70, (16) 624 51 19 3. Sanok, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. 800-lecia 26, (13) 465 62 24 4. Mielec, Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego, ul. Żeromskiego 22, (17) 780 03 90 5. Jasło, Szpital Specjalistyczny, ul. Lwowska 22, (13) 443 75 29 6. Przemyśl, Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio, ul. Rogozińskiego 30, (16) 670 61 07 7. Dębica, Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Krakowska 91, (14) 680 83 87
15. Świętokrzyskie	1. Starachowice, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Radomska 70, (41) 273 91 45 lub 99-11 2. Kielce, Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Radiowa 7, (41) 363 71 33 3. Busko-Zdrój, Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Bohaterów Warszawy 67,

	(41) 378 24 01 wew. 335 (rejestracja), (41) 378 24 01 wew. 237 4. Kielce, Wojewódzki Szpital Zespolony Oddział Zakaźny Dziecięcy, ul. Grunwaldzka 45, (41) 303 32 30 (p. pielęgniarstwo), (41) 303 32 29 (p. lekarski), (41) 303 32 31 (sekretariat) 5. Kielce, Świętokrzyskie Centrum Pediatrii działające przy Szpitalu Zespolonym w Kielcach, ul. Radiowa 7, (41) 363 71 33
16. Lubelskie	1. Biłgoraj, Arion Szpitale Sp. z o.o., ul. Pojaska 5, (84) 688 22 55 2. Lublin, Samodzielny Nr 1, ul. Staszica 16, (81) 534 94 16 3. Lublin, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego, ul. Mieczysława Biernackiego 9, (81) 740 42 75 4. Chełm, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Szpitalna 53b/Paw. B, (82) 562 33 61 5. Łuków, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. dra Andrzeja Rogalińskiego 3, (25) 798 20 01 wew. 292 6. Puławy, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Józefa Bema 1, (81) 450 22 77 7. Tomaszów Lubelski, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Al. Grunwaldzkie 1, (84) 664 44 11 8. Biała Podlaska, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Terebelska 57-65, (83) 414 73 16, (83) 414 71 16

Suma: 91 szpitali zakaźnych w tym 21 jednoimiennych

Źródło: www.gov.pl/web/koronawirus/lista-szpitali.

Uwaga: Jednostki pogrubione to jednostki jednoimienne zakaźne.

Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka populacji lekarzy.....	3
Tabela 2. Charakterystyka populacji pielęgniarek.....	3
Tabela 3. Liczba absolwentów medycyny (lekarzy i dentystów), 2010/2011-2016/2017	12
Tabela 4. Liczba absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa, 2013/2014-2016/2017	12
Tabela 5. Liczba pracowników medycznych pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej według zawodów, 2015-2018.....	13
Tabela 6. Rozkład geograficzny pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w jednostkach opieki zdrowotnej (na 10 tys. mieszkańców), 2017 r.....	13
Tabela 7. Liczba szpitali i łóżek według rodzaju szpitala i formy własności, 2016 r.....	17
Tabela 8. Asystenci opieki zdrowotnej/asystenci opieki pielęgniarstwa/opiekunowie medyczni w Polsce.....	23
Tabela 9. Krzyżujące się kompetencje w Polsce. Przykłady rozwiązań.....	23
Tabela 10. Rekrutacja pracowników. Lekarze.....	44
Tabela 11. Rekrutacja pracowników. Pielęgniarki.....	45
Tabela 12. Dotarcie z ofertą do kandydatów. Lekarze.....	46
Tabela 13. Dotarcie z ofertą do kandydatów. Pielęgniarki.....	46
Tabela 14. Narzędzia selekcji. Lekarze.....	47
Tabela 15. Narzędzia selekcji. Pielęgniarki.....	47
Tabela 16. Formalna ocena pracownicza. Lekarze.....	48
Tabela 17. Formalna ocena pracownicza. Pielęgniarki.....	48
Tabela 18. Podmioty oceniające. Lekarze*	49
Tabela 19. Podmioty oceniające. Pielęgniarki*	49
Tabela 20. Cele oceny pracowniczej. Lekarze*	49
Tabela 21. Cele oceny pracowniczej. Pielęgniarki*	50
Tabela 22. Przeprowadzanie oceny bieżącej. Lekarze.....	50
Tabela 23. Przeprowadzanie oceny bieżącej. Pielęgniarki.....	51
Tabela 24. Informacja zwrotna. Lekarze.....	51
Tabela 25. Informacja zwrotna. Pielęgniarki.....	51
Tabela 26. Obszary oceny. Lekarze.....	52
Tabela 27. Obszary oceny. Pielęgniarki.....	52
Tabela 28. Wyznaczanie celów ilościowych. Lekarze.....	53
Tabela 29. Wyznaczanie celów ilościowych. Pielęgniarki.....	53
Tabela 30. Wyznaczanie celów rozwojowych. Lekarze.....	53
Tabela 31. Wyznaczanie celów rozwojowych. Pielęgniarki.....	54
Tabela 32. Polityka szkoleniowa. Lekarze.....	55
Tabela 33. Polityka szkoleniowa. Pielęgniarki.....	55
Tabela 34. Możliwości podnoszenia kwalifikacji. Lekarze.....	56
Tabela 35. Możliwości podnoszenia kwalifikacji. Pielęgniarki.....	56
Tabela 36. Plany rozwojowe. Lekarze.....	57
Tabela 37. Plany rozwojowe. Pielęgniarki.....	57
Tabela 38. Pomiar efektywności szkoleń. Lekarze.....	57
Tabela 39. Pomiar efektywności szkoleń. Pielęgniarki.....	58
Tabela 40. Czynniki kształtujące płacę zasadniczą. Lekarze.....	59
Tabela 41. Czynniki kształtujące płacę zasadniczą. Pielęgniarki.....	59
Tabela 42. Osoba odpowiedzialna za ZZL w strukturach organizacyjnych. Ordynatorzy.....	59
Tabela 43. Osoba odpowiedzialna za ZZL w strukturach organizacyjnych. Pielęgniarki oddziałowe.....	60
Tabela 44. Wyniki wywiadów z przedstawicielami poszczególnych grup personelu medycznego.....	74
Tabela 45. Przegląd badań poświęconych relacji pomiędzy ZZL a efektywnością szpitali w porządku chronologicznym.....	77
Tabela 46. Atrybuty lekarzy i pielęgniarek.....	78
Tabela 47. Liczba szpitali zakaźnych i jednoimiennych zakaźnych.....	86

Spis rysunków

Rysunek 1. Miejsce pracy lekarzy.....	3
Rysunek 2. Miejsce pracy pielęgniarek.....	4
Rysunek 3. Kontakt z pacjentem chorym na korona wirus. Lekarze.....	5
Rysunek 4. Praca z pacjentem. Pielęgniarki.....	5
Rysunek 5. Kontakt z pacjentem COVID-19. Pielęgniarki.....	5
Rysunek 6. Miejsce pracy. Finansowanie procedur. Lekarze.....	6
Rysunek 7. Miejsce pracy. Finansowanie procedur. Pielęgniarki.....	6
Rysunek 8. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w Polsce należy do najniższych w UE.....	10
Rysunek 9. Różnice w gęstości obsadzenia stanowisk przez lekarzy w Polsce.....	14
Rysunek 10. Liczba łóżek szpitalnych jest znacznie wyższa niż w UE pomimo coraz krótszego średniego czasu pobytu.....	18
Rysunek 11. Skutki systemowe braku profesjonalistów medycznych – lekarze.....	27
Rysunek 12. Krzyżowanie się kompetencji medycznych (<i>skill mix</i>) – lekarze.....	27
Rysunek 13. Wsparcie administracyjne w wykonywaniu czynności medycznych – lekarze.....	28
Rysunek 14. Nowe zawody w ochronie zdrowia – lekarze.....	28
Rysunek 15. Zatrudnienie specjalisty ds. HR w jednostkach szpitalnych – lekarze.....	29
Rysunek 16. Rozwiązania tele-medyczne w systemie ochrony zdrowia – lekarze.....	29
Rysunek 17. Przymusowa mobilizacja pracowników medycznych przez władze publiczne w czasie pandemii – lekarze.....	30
Rysunek 18. Uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla profesjonalistów medycznych zza wschodniej granicy – lekarze.....	31
Rysunek 19. Wybór miejsca zatrudnienia – lekarze.....	31
Rysunek 20. Skutki systemowe braku profesjonalistów medycznych (pielęgniarki i położne).....	32
Rysunek 21. Krzyżowanie się kompetencji medycznych (<i>skill mix</i>) – pielęgniarki i położne.....	32
Rysunek 22. Wsparcie administracyjne w wykonywaniu czynności medycznych – pielęgniarki i położne.....	33
Rysunek 23. Nowe zawody w ochronie zdrowia – pielęgniarki i położne.....	33
Rysunek 24. Zatrudnienie specjalisty ds. HR w jednostkach szpitalnych – pielęgniarki i położne.....	34
Rysunek 25. Rozwiązania tele-medyczne w systemie ochrony zdrowia – pielęgniarki i położne.....	34
Rysunek 26. Przymusowa mobilizacja pracowników medycznych przez władze publiczne w czasie pandemii – pielęgniarki i położne.....	35
Rysunek 27. Uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla profesjonalistów medycznych zza wschodniej granicy – pielęgniarki i położne.....	35
Rysunek 28. Wybór miejsca zatrudnienia – pielęgniarki i położne.....	36
Rysunek 29. Przejawy hejtu. Lekarze.....	62
Rysunek 30. Przejawy hejtu. Pielęgniarki.....	62
Rysunek 31. Konsekwencje dla hejterów wg lekarzy.....	63
Rysunek 32. Konsekwencje dla hejterów wg pielęgniarek.....	63
Rysunek 33. Aktywności podmiotów leczniczych wspierające personel medyczny. Lekarze.....	64
Rysunek 34. Aktywności podmiotów leczniczych wspierające personel medyczny. Pielęgniarki.....	65
Rysunek 35. Stany psychologiczne. Lekarze.....	66
Rysunek 36. Stany psychologiczne. Pielęgniarki.....	66
Rysunek 37. Forma współpracy z psychologami zapewniana przez pracodawcę lub inne instytucje.....	67
Rysunek 38. Czas który może być przeznaczony na pracę z psychologiem. Lekarze.....	68
Rysunek 39. Plany po pandemii. Lekarze.....	69
Rysunek 40. Zachowania menedżera na stanowisku pracy. Lekarze.....	70
Rysunek 41. Zachowania menedżera na stanowisku pracy. Pielęgniarki.....	70
Rysunek 42. Pożądane narzędzia ZZL – potencjalne narzędzia retencyjne. Lekarze.....	72
Rysunek 43. Pożądane narzędzia ZZL – potencjalne narzędzia retencyjne. Pielęgniarki.....	73