



**CENTRUM
POLITYK
PUBLICZNYCH**

13/2021

Ostatni zgasi światło

Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości

Beata Buchelt
Iwona Kowalska-Bobko
Tomasz Małyk

Kraków, grudzień 2021

Tekst został opracowany w ramach Centrum Polityk Publicznych
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie



Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy Autora

Korekta i skład:
Marcin Kukielka

Wydawca:



Małopolska Szkoła Administracji Publicznej
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie
ul. Rakowicka 16
31-510 Kraków
T: 12 293 75 60
E: msap@uek.krakow.pl
www.msap.uek.krakow.pl

Copyright © by Małopolska Szkoła Administracji Publicznej
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2021

Tekst dostępny na licencji Creative Commons
CC-BY-NC-ND 3.0 PL



Wersją pierwotną tekstu jest wersja elektroniczna.
Tekst jest dostępny bezpłatnie na stronie internetowej Wydawcy.

politykipubliczne.pl

Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości.

Prof. UEK dr hab. Beata Buchelt (kierownik projektu badawczego)

Prof. UJ dr hab. Iwona Kowalska-Bobko (ekspert zespołu projektowego)

Prof. AGH dr hab. Tomasz Małyk (ekspert zespołu projektowego)

*Raport opracowany dla Centrum Polityk Publicznych UEK
we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską*

oraz

Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UEK

Wstęp

Od lat wskazuje się na to, że niedobór zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia to strategiczny problem tego systemu. Niestety, choć kwestia ta podnoszona jest przy każdej niemal okazji, w praktyce zarządzania zasobami ludzkimi na poziomie makro i mikro nie podejmuje się w zasadzie żadnych działań sprzyjających nie tylko wzrostowi liczebności populacji kadr medycznych, ale i ich retencji. W Polsce jeszcze przed pandemią identyfikowano wyraźne niedobory lekarzy i pielęgniarek. W czasie pandemii problem ten stał się jeszcze bardziej ewidentny. W tym czasie zaczęto też zwracać bliższą uwagę na to, że w systemie brakuje również ratowników oraz diagnostów medycznych. Zawzięłość problemów z jakimi mierzy się polski system ochrony zdrowia w wymiarze kadr medycznych oraz odmienność specyfiki poszczególnych profesji medycznych przyczyniły się do decyzji koncentracji na jednej z nich, a mianowicie lekarzach. Celem zrealizowanej ekspertyzy było ustalenie jakich konsekwencji pandemii należy spodziewać się w systemie ochrony zdrowia w wymiarze zarządzania personelem lekarskim.

Badania zmierzające do identyfikacji wyzwań stojących przed menedżerami ochrony zdrowia, czy idąc dalej – decydentami systemu ochrony zdrowia, zostały przeprowadzone przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. Do wypełnienia tematycznej ankiety zaproszono lekarzy i lekarzy stomatologów. Na zaproszenie do badań odpowiedziało 2 691 pracowników ochrony zdrowia, tj. tyle osób odesłało ankietę. Z analizy wykluczono jednak 20% tych, którzy wysłali puste lub niepełne formularze ankiet. W tym drugim przypadku respondenci rezygnowali z dalszego wypełniania ankiety po udzieleniu odpowiedzi na pytania metryczkowe. Ostatecznie analizie poddano 2 144 wypełnionych ankiet. Grupę respondentów stanowiło 46% mężczyzn i 54% kobiet. Wiek badanych osób mieścił się w przedziale 25-88 lat, przy czym co czwarta osoba (23%) nie przekroczyła 30 roku życia. Średni wiek uczestników badania wyniósł 45 lat (46 lat wśród mężczyzn i 43 lata wśród kobiet oraz 30 lat wśród rezydentów, 51 lat wśród specjalistów oraz 27 lat wśród stażystów). Wśród badanych znalazło się 87% lekarzy (w tym 24% rezydentów, 68% specjalistów oraz 8% stażystów) oraz 13% lekarzy dentystów (w tym 16% rezydentów, 75% specjalistów oraz 9% stażystów). Pięcioma najczęściej wskazywanymi przez rezydentów specjalizacjami były:

- choroby wewnętrzne (13%);
- medycyna rodzinna (9%);
- pediatria (7%);
- anestezjologia i intensywna terapia (6%);
- radiologia i diagnostyka obrazowa (5%).

Wśród lekarzy specjalistów najczęściej ankietę wypełniali:

- specjaliści chorób wewnętrznych (9%);
- specjaliści medycyny rodzinnej (9%);
- specjaliści pediatrii (7%);
- specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii (6%);
- specjaliści położnictwa i ginekologii (4%).

Ponad połowa badanych (55%) pracuje w oparciu o umowę o pracę, a połowa (50%) na podstawie kontraktu, a co dwudziesta osoba w oparciu o umowy cywilno-prawne (5%). Co dziesiąty respondent przyznał również, że prowadzi własną działalność gospodarczą (12%). W próbie znalazło się także 11 emerytów. 41% badanych osób pracuje tylko w szpitalach, natomiast 34% respondentów świadczy usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Co czwarty badany (25%) pracuje zarówno w zamkniętym, jak i otwartym podmiocie leczniczym.

Badanych pytano również o kontakt z pacjentami zarażonymi COVID-19. Najczęściej mieli oni bezpośredni kontakt z takimi pacjentami bądź w szpitalu (39%), bądź też w innym niż szpital podmiocie leczniczym (29%). Co piąty badany miał kontakt pośredni (22%), natomiast co dziesiąty nie kontaktował się z osobami zarażonymi (11%), przy czym brak kontaktu dotyczył 8% lekarzy i 31% lekarzy dentystów.

Akronimy stosowane w raporcie:

- LR – lekarz rezydent
- LSp – lekarz specjalista
- LSt – lekarz stażysta
- DR – dentysta rezydent
- DSp – dentysta specjalista
- DSt – dentysta stażysta

Spis treści

Wstęp	4
1. Zmiany kompetencji personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia (<i>skill mix</i>).....	7
2. Rynek pracy. Migracje, odejścia, redukcja czasu pracy.....	15
3. Hejt i agresja wobec personelu lekarskiego w czasie pandemii.....	23
4. Zarządzanie zasobami profesjonalistów medycznych podczas pandemii.....	25
4.1. Rozwiązania systemowe i ich ocena.....	25
4.2. Wsparcie personelu lekarskiego podczas pandemii <i>versus</i> potrzeby w tym zakresie	26
5. Kondycja psychiczna personelu lekarskiego.....	28
6. Oczekiwania lekarzy względem warunków pracy	32
Podsumowanie.....	35
Literatura	37

1. Zmiany kompetencji personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia (*skill mix*)

Niezależnie od zamożności i dotychczasowych wydatków na ochronę zdrowia, pandemia COVID-19 zmusiła wszystkie kraje do przygotowania personelu medycznego na szybki wzrost liczby pacjentów, wpływając również długofalowo na systemy ochrony zdrowia. Aby zapewnić dostęp zwłaszcza do diagnostyki, hospitalizacji i leczenia najbardziej skomplikowanych przypadków, systemy zdrowotne próbuje się pobudzić i zoptymalizować. W związku z tym, że lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy sektorowi zostali zmobilizowani do odgrywania roli ratowników, szukano sposobów na zwiększenie liczby dostępnego personelu i jak najlepsze wykorzystanie jego pracy. W Polsce deficyty kadrowe zawodów medycznych były problemem już przed wybuchem pandemii. W celu ich łagodzenia zdecydowano się m.in. na wprowadzenie pewnych rozwiązań związanych ze współdzieleniem kompetencji (*skill mix*) i pracą zespołową pracowników sektorowych, które – jeśli są dobrze przygotowane i wdrożone – przyczyniają się do podniesienia jakości opieki nad pacjentem, jego zadowolenia i lepszych wyników klinicznych.

W sytuacjach epidemiologicznie stabilnych to rosnące koszty personelu wysoko wykwalifikowanego (lekarzy, pielęgniarek) najczęściej wymuszają takie rozwiązania. Należy zauważyć, że optymalna mieszanka umiejętności w ochronie zdrowia jest bardzo trudna do osiągnięcia ze względu na wiele czynników, jak np. hierarchiczny system pracowniczy czy wysoka odrębność profesjonalna lekarzy, pielęgniarek. W procesie współdzielenia 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 mieszaniu się kompetencji często pojawiają się też nowe role, nowe zawody (np. asystent lekarza, asystent pacjenta, koordynator opieki zdrowotnej), które projektuje się tak, aby pasowały do zakresu obowiązującej praktyki, np. nowe role pielęgniarek, ratowników, radiologów, absolwentów zdrowia publicznego [Kowalska-Bobko i in. 2020].

W Polsce krzyżowanie się/współdzielenie kompetencji i uprawnień to zjawisko stosunkowo nowe. Długie kolejki osób oczekujących na świadczenia, braki kadrowe i wysokie koszty pracy wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych przyspieszyły działania regulacyjne związane z nadawaniem nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym, ratownikom medycznym oraz fizjoterapeutom [Sagan i in. 2016]. Regulacje, jakie zostały wprowadzone w związku z nadawaniem poszczególnym grupom profesjonalistów medycznych nowych uprawnień zawodowych, dotyczą przede wszystkim relacji lekarz – pielęgniarka – ratownik medyczny – fizjoterapeuta.

Nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz fizjoterapeutów krzyżują się z uprawnieniami realizowanymi do tej pory przede wszystkim przez lekarzy. Są to bowiem:

- prawo pielęgniarek i położnych do wypisywania recept i ordynacji medycznej;
- prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych;
- prawo do realizacji samodzielnej wizyty fizjoterapeutycznej.

Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 r. [Dz.U. z 2014 r., poz. 1136] określiła nowe uprawnienia tej grupy zawodowej. Od 1 stycznia 2016 r. daje ona pielęgniarkom/położnym możliwość samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń m.in. diagnostycznych i leczniczych oraz ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept. Minister zdrowia w drodze rozporządzenia określił wykaz leków, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne oraz wzór recepty, uprawomocniając w ten sposób ich nowe uprawnienia zawodowe.

W przypadku ratowników medycznych kompetencje krzyżują się nie tylko z kompetencjami lekarzy specjalistów ratownictwa medycznego. Zakres czynności medycznych wykonywanych przez ratownika znacznie rozszerzono w roku 2016 [Dz.U. z 2016 r., poz. 587].

Fizjoterapeuci otrzymali dodatkowe uprawnienia zawodowe (swobodę w prowadzeniu rehabilitacji) w styczniu 2019 r. w związku z nowelizacją rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej [Dz.U. z 2018 r., poz. 2396]. Najważniejsza zmiana w kontekście samodzielności decyzyjnej fizjoterapeuty związana ze współdzieleniem się nowych kompetencji z lekarzem dotyczy zniesienia obowiązku wskazania przez lekarza na skierowaniu opisu dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację oraz liczby zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) i liczby poszczególnych zabiegów w cyklu. Oznacza to w praktyce, że fizjoterapeuta ma prawo do zaplanowania procesu fizjoterapii zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą przy uwzględnieniu rozpoznania medycznego. Nowe uprawnienia zawodowe fizjoterapeuty istotnie wpływają na mocno ugruntowane w systemie kompetencje lekarzy w zakresie rehabilitacji leczniczej.

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. W latach 2009-2018 kwalifikacje zawodowe opiekuna medycznego uzyskało 49 341 osób (dane Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w Warszawie). W zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej, według stanu na koniec 2017 r., zatrudnionych było 5 181 opiekunów. Powyższe dane pozwalają na stwierdzenie, że pomimo kształcenia opiekunów medycznych od 2007 r. nadal zawód ten nie jest w satysfakcjonującym stopniu rozpowszechniony i wykorzystywany w polskim systemie zdrowotnym [MZ 2019].

Wprowadzanie nowych koordynowanych programów kompleksowej opieki nad pacjentem (pakiet onkologiczny, pilotaż POZ PLUS, „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży” – KOC, „Koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego” – KOS-zawał, „Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą” – KAOS-cukrzyca, „Kompleksowe leczenia ran przewlekłych” – KLRP, „Koordynowana opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym” – KOSM), wymusza realną koordynację działań, a to oznacza konieczność wyznaczenia zupełnie nowej roli zawodowej – koordynatora medycznego. W praktyce koordynacja opieki jest związana z aktywnym nadzorem nad realizacją zaleceń lekarskich w zaplanowanych terminach, a także z przypominaniem pacjentowi o zbliżających się wizytach (np. drogą mailową lub za pomocą SMS-a). Może też obejmować rejestrację na zlecone interwencje medyczne z wielomiesięcznym wyprzedzeniem – zarówno w samej placówce koordynującej, jak i w placówkach współpracujących (np. na konsultacje specjalistyczne). Koordynator opieki zdrowotnej to profesjonalista, który powinien posiadać wiedzę zarówno w zakresie organizacji i ekonomiki w ochronie zdrowia, jak i zdrowia publicznego oraz medycyny. W oczywisty sposób jego kompetencje krzyżują się więc z uprawnieniami pielęgniarek, sekretarek medycznych, specjalistów zdrowia publicznego czy zarządzania w ochronie zdrowia. Nie jest łatwo wskazać profesjonalistę, który posiada pełnię uprawnień do podejmowanych działań koordynacyjnych, także dlatego, że w Polsce wciąż brakuje kompleksowego kształcenia w tym zakresie. Zadania te wykonują przede wszystkim pielęgniarki, ale coraz częściej w roli koordynatora odnajdują się absolwenci zdrowia publicznego i ratownicy medyczni [Kowalska-Bobko i in. 2020]. Koordynator ma być przewodnikiem pacjenta w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Bazując na wynikach pilotażowego projektu POZ PLUS, który objął ponad 350 tys. pacjentów, od 1 października 2021 r. wszystkie placówki podstawowej opieki zdrowotnej mają wyznaczyć osobę pełniącą funkcję koordynatora. Zarządzenie Prezesa NFZ określa zadania koordynatora, do których należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji:

- koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością;
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia;
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia;
- komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym, zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, jak i innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń;
- udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
- analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych;

- monitorowanie realizacji indywidualnych planów opieki [Zarządzenie Nr 160/2021/DSOZ].

Koordynator ma aktywnie współpracować z pacjentem, w celu jego racjonalnego korzystania ze świadczeń medycznych. Rola koordynatora jest inna niż rejestratorki medycznej, która ogranicza się w zasadzie do zarejestrowania na świadczenie. Koordynator ma wyłonić z populacji pacjentów, którzy kwalifikują się np. do programu profilaktycznego, skutecznie zaprosić, a czasami nawet przekonać do wykonania badania profilaktycznego, następnie umówić na termin odpowiadający pacjentowi i placówce medycznej, dopilnować tego, aby zespół medyczny i pacjent byli przygotowani na dane świadczenie medyczne, a następnie nadzorować wykonanie danego świadczenia. Taki sposób postępowania dotyczy zarówno świadczeń profilaktycznych, jak i leczniczych – np. wykonywania kolejnych badań kontrolnych czy diagnostycznych, zaplanowanie ich tak, aby wyniki były gotowe na kolejne konsultacje lekarskie. Rolą koordynatora jest zadbanie o to, aby pacjenci stawiali się na wyznaczone wizyty w terminie. Koordynator odciąża również medyków – w szczególności lekarzy POZ – z czynności niemedyceńskich związanych z formalnościami i obowiązkami biurokratycznymi, które są nakładane na świadczeniodawców przez NFZ.

Zazwyczaj badania czy działania praktyczne dotyczące *skill mix* odnoszą się do 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 z powodu COVID-19 czy niedoboru kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), 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).

Po wybuchu pandemii, aby zapobiec niedoborom personelu medycznego, dano możliwość lekarzom nieposiadającym specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych lub nie będących anestezjologami przeniesienia lub oddelegowania (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 [Dz.U. 2020 poz. 1493]. Deficyty kadr łagodzone są także przez dodatkowe uprawnienia, jakie otrzymali dentyści do udzielania świadczeń zdrowotnych, przypisane do tej pory lekarzom, m.in. badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobiegania im, udzielanie porad lekarskich [Dz.U. 2020 poz. 2401].

Sytuacje kryzysowe, takie jak epidemia COVID-19, przyczyniają się do zmiany tradycyjnych ról różnych dostawców opieki zdrowotnej i rozszerzenia ról niektórych świadczeniodawców, takich jak pielęgniarki i farmaceuci tak, aby mogli oni przejąć niektóre zadania od lekarzy, a tym samym pozwolić im spędzić czas bardziej efektywnie w najbardziej

skomplikowanych przypadkach. Uprawnienia do wykonywania szczepień przeciwko COVID-19, po ukończeniu określonego szkolenia, otrzymali farmaceuci, fizjoterapeuci czy diagnostyci laboratoryjni [Dz.U. z 2021 r. poz. 293].

Pandemia pokazała, że wiele zawodów trzeba wyposażyć w dodatkowe kompetencje, m.in. opiekunów medycznych, którzy odgrywają coraz większą rolę w systemie. Rozszerzenie kompetencji już istniejących zawodów nie wyklucza tworzenia nowych – oba procesy powinny działać równolegle [Grzela 2020].

W nawiązaniu do powyższych informacji należy zauważyć, że w Polsce podejście do *skill mix* podczas pandemii COVID-19 się wzmocniło. Potrzeba budowania zespołów współpracujących ze sobą, aby zagwarantować profesjonalną opiekę nad pacjentem i wzajemne wsparcie zawodowe w czasie kryzysu zdrowotnego pozytywnie wpłynęła na ideę dzielenia się kompetencjami.

Ostatni projekt rozporządzenia dotyczącego specjalizacji lekarskich, wprowadzającego nową dziedzinę – chirurgiczną asystę lekarza – nie spotkał się jednak z entuzjazmem środowiska. Projekt przewiduje tryb kształcenia i wprowadza możliwość uzyskania specjalizacji przez osoby z wykształceniem medycznym magisterskim. Specjalizacja będzie realizowana w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i możliwa do uzyskania, na przykład dla absolwentów kierunków: ratownictwo, pielęgniarstwo czy zdrowie publiczne. Niezbędne jednak będzie legitymowanie się ukończeniem w ramach dotychczasowych studiów odpowiedniej liczby godzin z przedmiotów *stricte* medycznych [Projekt rozporządzenia MZ, 16.07.2021]. Będzie to wzmocnienie kompetencji już istniejących profesjonalistów medycznych, którzy poprzez współdzielenie kompetencji i ról mogą podnosić wydajność opieki zdrowotnej.

Wyniki badania

Badanych zapytano do czego prowadzą niedobory personelu w ochronie zdrowia. Najczęściej wskazywano na przepracowanie pracowników medycznych (71%). Ponad połowa uczestników badania zaznaczyła, że niedobory te wpływają także na jakość udzielanych świadczeń (54%), a w dalszej kolejności decydują o dostępności do świadczeń (43,8%). Jedynie co dziesiąty respondent (14%)¹ był zdania, że niedobory personelu wywierają wpływ na ilość udzielanych świadczeń.

Tabela 1. Obszary wpływu niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia

Odpowiedź	Odsetek
Jakość udzielanych świadczeń	54,3%
Dostępność udzielanych świadczeń	43,8%
Ilość udzielanych świadczeń	14,35%
Przepracowanie pracowników medycznych	71%

¹ Ze względu na możliwość wskazania dwóch odpowiedzi procenty nie sumują się do 100.

Takie samo pytanie zostało zadane w badaniu przeprowadzonym kilka miesięcy po wybuchu pandemii. Wówczas odpowiedzi rozłożyły się dość równomiernie, czego powodem była zapewne możliwość wskazania tylko jednej odpowiedzi. Jednak także wtedy na przepracowanie pracowników medycznych wskazywało najwięcej ankietowanych (28%).

Rozwiązaniem na zbyt duże obciążenie pracą może być otrzymanie wsparcia w zakresie świadczonych usług medycznych i/lub przy wykonywaniu obowiązków administracyjnych. W tym pierwszym przypadku personel medyczny oczekuje pomocy przede wszystkim od pielęgniarek i położnych (48,5% wskazań) oraz od asystentów lekarzy (44,6%). Badani zdecydowanie rzadziej oczekują takiej pomocy ze strony ratowników medycznych (5,9%), fizjoterapeutów (0,7%) czy farmaceutów (0,2%).

Tabela 2. Profesjonalne wsparcie dla lekarza w wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych

Odpowiedź	Odsetek
Pielęgniarka/położna	48,5%
Ratownik medyczny	5,9%
Asystent lekarza	44,6%
Fizjoterapeuta	0,7%
Farmaceuta	0,2%

Podobne pytanie było zadane w badaniu z roku poprzedniego, tam nie uwzględniono odpowiedzi „farmaceuta”, który został dodany wraz z uzyskaniem nowych uprawnień przez tę grupę zawodową (możliwość szczepień przeciwko COVID-19). Wówczas badani lekarze wskazali, że pomoc w medycznych obowiązkach jest możliwa ze strony pielęgniarek (38%), asystentów lekarza (30%), ratowników medycznych (19%), fizjoterapeutów (13%).

W przypadku pracy administracyjnej pomoc mogłyby, według badanych, świadczyć przede wszystkim sekretarki medyczne (ponad 65% wskazań) oraz asystenci lekarza (27,5%). Znacznie rzadziej oczekiwanie tego typu pomocy kierowane jest do koordynatorów medycznych (5,4%) czy pielęgniarek (1,7%).

Tabela 3. Administracyjne wsparcie dla lekarza

Odpowiedź	Odsetek
Pielęgniarka	1,7%
Sekretarka medyczna	65,3%
Asystent lekarza	27,5%
Koordynator medyczny	5,4%

To pytanie również było zadane lekarzom w ubiegłorocznej edycji badania. Kolejność wskazań była taka sama, jednak najbardziej popularna odpowiedź, czyli sekretarka medyczna uzyskała wówczas 42% głosów, natomiast asystent lekarza – 30%. Koordynator medyczny, który obecnie został wybrany przez ok. 5% badanych, rok temu cieszył się popularnością na poziomie aż 22%.

Wskazania te znajdują odzwierciedlenie w postulowanej potrzebie wdrożenia nowych zawodów do systemu opieki zdrowotnej. Blisko połowa badanych uważa, że najpilniej należałoby włączyć do systemu zawód asystenta lekarza (48%). Nieco mniejszym poparciem

cieszy się sekretarka medyczna (41%), a najmniejszym – koordynator opieki nad pacjentem (9%).

Tabela 4. Zawód wspierający, który należałoby najpilniej kompleksowo wdrożyć w systemie

Odpowiedź	Odsetek
Asystent lekarza	48,7%
Sekretarka medyczna	41,1%
Koordynator medyczny	9,08%

W ubiegłorocznej edycji badania asystent lekarza był rzadziej wybierany (38%), sekretarka medyczna uzyskała podobną liczbę wskazań (41%). Podobnie jak w poprzednim pytaniu widoczny jest duży spadek w przypadku koordynatora medycznego, którego we wcześniejszym badaniu chętnie wprowadziliby do systemu 21% ankietowanych lekarzy.

Zdecydowana większość badanych sądzi, że dobrym rozwiązaniem byłoby również zatrudnianie przez podmioty lecznicze specjalistów do zarządzania personelem (69%).

Tabela 5. Zasadność wdrożenia HR business partner w systemie ochrony zdrowia

Odpowiedź	Odsetek
Tak	69%
Nie	31%

Wysokim poparciem wśród personelu medycznego cieszy się wprowadzenie rozwiązań tele-medycznych tam, gdzie to tylko możliwe. Za takim rozwiązaniem optuje trzy czwarte badanych osób (76%). Przeciwnego zdania jest 23% z nich, a co dziesiąty (11,5%) nie ma w tej kwestii zdania.

Tabela 6. Wprowadzenie rozwiązań tele-medycznych tam, gdzie to tylko możliwe

Odpowiedź	Odsetek
Tak	76%
Nie	23,3%
Nie mam zdania	11,5%

Wnioski

1. Obecna edycja badania, podobnie jak poprzednia, wyraźnie wskazuje, że niedobory wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego skutkują obniżeniem jakości usług i pogorszeniem dostępności do świadczeń.
2. Personel lekarski oczekuje pomocy w zakresie wykonywanych czynności medycznych przede wszystkim od pielęgniarek i położnych (48,5% odpowiedzi), ale także asystentów medycznych (44,6% odpowiedzi). Słabnie oczekiwanie pomocy od ratowników medycznych (spadek z 19% na 5,9%) i fizjoterapeutów (spadek z 13% na 0,7%).
3. Pandemia wzmacnia stanowisko lekarzy w zakresie konieczności wprowadzenia do systemu zdrowotnego w Polsce zawodu asystenta lekarza, który – według opinii respondentów – powinien ich wspierać zarówno w wykonywaniu czynności medycznych, jak

i administracyjnych. Słabnie natomiast zaufanie i chęć współpracy z koordynatorami medycznymi.

4. Respondenci wyrazili duże wsparcie dla specjalisty HR (zasobów ludzkich).
5. Prawie połowa uczestników badania pozytywnie ocenia prawo do wykonywania szczepień przez profesjonalistów medycznych niebędących lekarzami.

Rekomendacje

1. Wdrożenie nowych rozwiązań wymaga przyspieszenia działań legislacyjnych związanych z nadawaniem nowych uprawnień w poszczególnych zawodach medycznych. Taki model niwelowania skutków deficytów jest od wielu lat stosowany w innych krajach europejskich [Kowalska-Bobko i in. 2020] i jest rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia. Kadry najbardziej deficytowe i posiadające najwyższy poziom kompetencji powinny być odciążone zarówno od zadań administracyjnych oraz organizacyjnych, jak i mniej wymagających czynności medycznych [WHO 2020].
2. Dalsze uposażanie pielęgniarek w czynności medyczne, powiązane z odpowiednią gratyfikacją.
3. Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia w Polsce zawodu asystenta lekarza.
4. Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia HR Business Partnera tj. specjalisty ds. zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

2. Rynek pracy. Migracje, odejścia, redukcja czasu pracy

Zasoby ludzkie w polskim systemie ochrony zdrowia to jeden z głównych tematów debat eksperckich, badań oraz prowadzonej polityki zdrowotnej. Bardzo trudno realnie oszacować skalę deficytu kadr medycznych dla Polski. Według danych międzynarodowych Polska od lat miała jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. ludności w Europie. W 2017 r. wyniósł on 2,4 przy średniej nieważonej dla UE 3,7 (lata 2016-2019). Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku Polski ww. wskaźnik jest zaniżony, co wynika ze specyfiki raportowania danych. Informacje na temat liczby lekarzy, dentyistów, pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia gromadzone są bowiem przez różne podmioty uprawnione do tego na mocy odrębnych przepisów, w tym m.in. przepisów o statystyce publicznej. Dane pokazane w tabelach 7 i 8 pokazują znaczącą różnicę między personelem pracującym w placówkach ochrony zdrowia (wg podstawowego miejsca zatrudnienia) a personelem medycznym uprawnionym do wykonywania zawodu. Nie możemy jednak ograniczać się do jednych czy do drugich liczb, ponieważ realnie te pierwsze są niedoszacowane (ograniczamy się bowiem tylko do podstawowego miejsca zatrudnienia), drugie natomiast mogą być przeszacowane (bierzemy pod uwagę wszystkich, którzy otrzymali prawo do wykonywania zawodu, a niekoniecznie w tym zawodzie pracują). Informacji o liczbie „wykonujących zawód” na podstawie danych rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów nie da się przełożyć na liczbę „praktykujących lekarzy/lekarzy dentyistów” [Baliński i Krajewski 2018].

Tabela 7. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca zatrudnienia (na 1 000 mieszkańców)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lekarze	2,08	2,14	2,15	2,17	2,23	2,25	2,34	2,3	2,28	2,32
Dentyści	0,32	0,34	0,32	0,32	0,34	0,33	0,35	0,35	0,34	0,35
Pielęgniarki	4,84	5,03	5,19	4,91	4,88	4,84	4,8	4,78	4,76	4,77
Położne	0,58	0,59	0,62	0,58	0,57	0,57	0,58	0,58	0,58	0,58

Źródło: Opracowanie na podstawie: Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia.

Tabela 8. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu (na 1 000 mieszkańców)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lekarze	3,52	3,53	3,56	3,63	3,67	3,72	3,77	3,8	3,88	3,93
Dentyści	0,98	0,99	1,01	1,03	1,04	1,05	1,07	1,07	1,1	1,1
Pielęgniarki	7,39	7,33	7,4	7,27	7,34	7,43	7,51	7,59	7,69	7,81
Położne	0,9	0,9	0,91	0,9	0,92	0,94	0,96	0,98	1,0	1,02

Źródło: Opracowanie na podstawie: Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia.

Z raportu NIL wynika, że w grudniu 2017 roku na tysiąc ludności Polski przypadało 3,54 lekarza wykonującego zawód [Baliński i Krajewski 2018]. Według danych udostępnionych

w Mapach potrzeb zdrowotnych w 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było 140,6 tys. lekarzy, spośród których 131,3 tys. (3,41 na 1 000 ludności) pracowało (w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz niewykonywujących działalności leczniczej). W 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było w Polsce 38,4 tys. lekarzy dentystów, wśród których pracowało 35,1 tys. (0,91 na 1 000 ludności). Liczba pielęgniarek pracujących w 2019 r. wynosiła 238,3 tys. (6,2 na 1 000 ludności), położnych 31,4 tys. (8,17 na 1 000 ludności), a fizjoterapeutów 66,3 tys. (1,72 na 1 000 ludności).

Rozmieszczenie geograficzne pracowników medycznych jest bardzo zróżnicowane regionalnie. Najkorzystniej wypada województwo mazowieckie, gdzie jest najwięcej lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych na 1 000 ludności. Jeśli chodzi o fizjoterapeutów to najwięcej na mieszkańca przypada w województwie świętokrzyskim. Województwa z najmniejszą liczbą pracowników medycznych w poszczególnych grupach to lubuskie, warmińsko-mazurskie oraz opolskie. Różnice pomiędzy województwem z największą i najmniejszą liczbą pracowników medycznych są znaczne – 2,3 razy więcej lekarzy przypada na mieszkańca w województwie mazowieckim niż lubuskim, 1,9 razy więcej lekarzy dentystów pracowało w województwie mazowieckim niż kujawsko-pomorskim, 1,7 razy więcej pielęgniarek oraz 2,3 razy więcej położnych w województwie mazowieckim niż lubuskim oraz 1,8 razy więcej fizjoterapeutów w województwie świętokrzyskim niż lubuskim [Zdrowa przyszłość 2021].

Nie została wypracowana dotychczas rzetelna procedura określania liczby niezbędnych specjalistów. Brakuje np. planowanego Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który gromadziłby m.in. informacje dotyczące zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji, a także wspomagałby zarządzanie systemem kształcenia pracowników medycznych [NIK, 2016]. Podejmowane są jednak działania w zakresie zapewnienia kadr dla ochrony zdrowia poprzez monitorowanie zasobów kadrowych i wypracowanie narzędzi do oceny uczestniczących w systemie ochrony zdrowia lekarzy specjalistów. Planowanie specjalistycznych kadr lekarskich oparto w dużym stopniu na ocenie konsultantów krajowych powoływanych przez ministra zdrowia i na współdziałających z nimi konsultantach wojewódzkich powoływanych przez właściwych wojewodów. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia [Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419], wśród zadań konsultantów krajowych i wojewódzkich jest sporządzanie opinii dotyczących oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w danej dziedzinie medycyny. Oceniając sytuację kadrową oraz szacując potrzeby personalne, konsultant powinien analizować wskaźniki epidemiologiczne, wskaźniki dotyczące liczby szpitalnych oddziałów, łóżek i poradni specjalistycznych, liczebności populacji, liczby zatrudnionych specjalistów i lekarzy w trakcie specjalizacji. Uwzględniane powinny być także współczynniki liczebności populacji przypadające na jednego lekarza specjalistę lub łóżko szpitalne oraz czynniki motywacyjne zachęcające do podjęcia zatrudnienia w danej dziedzinie. Podejmowane są pewne 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 r. – dokument „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)” [MZ 2019].

W planowaniu kadr należy zwrócić uwagę na średni wiek lekarza czy pielęgniarki, który wynosi obecnie około 50 lat, 50,2 – dla lekarza [Baliński i Krajewski 2018], 51 – dla pielęgniarki [NIPIP 2017], co może prowadzić do tzw. „luki pokoleniowej”, tj. braku zastępowalności starszych grup wiekowych przez młodsze osoby wchodzące na rynek. 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, jednak z powodu niedoborów lekarzy, zdecydowano się na utworzenie 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 także trzy prywatne uniwersytety prowadzące szkolenia medyczne dla lekarzy – w Krakowie (od 2016 r.), Warszawie (od 2017 r.) i Katowicach (od 2018 r.). Znaczne zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne w ostatnich latach, a tym samym większa liczba absolwentów, pozwala bardziej optymistycznie spojrzeć na współczynnik zastępowalności niż jeszcze kilka lat temu [NIL 2015]. W roku akademickim 2020/2021 na polskich uczelniach kształciło się ponad 37 tys. osób (w tym 7,5 tys. cudzoziemców) na kierunku lekarskim i 5,8 tys. na kierunku lekarsko-dentystycznym (w tym 1,2 tys. cudzoziemców). W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentystów, obecny poziom kształcenia nie powinien spowodować znacznych problemów z zastępowalnością odchodzących lekarzy. Znacznie gorsza sytuacja jest w grupie pielęgniarek oraz położnych – 54% pielęgniarek oraz 51% położnych jest w wieku 50 lat i więcej [Zdrowa przyszłość 2021].

Od wielu lat nie docenia się znaczenia systemowego uzgodnienia roli profesjonalistów medycznych jako całości, pozwalając na deregulację wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych, bez spojrzenia całościowego. To doprowadziło m.in. do obecnej sytuacji – wieloetatowości i łączenia pracy w kilku podmiotach leczniczych (średnia liczba miejsc pracy wynosi: dla lekarza – 1,91, dla lekarza dentysty – 1,3, dla pielęgniarki – 1,62, dla położnej – 1,71). Przeciętne wynagrodzenia brutto pracowników medycznych wynosiło w 2018 r.: dla lekarzy – 9 910,12 zł (198,1%), pielęgniarek – 5 327,64 zł (106,5%), położnych – 5 380,41 zł (107,5%), specjalistów do spraw ratownictwa medycznego – 4 987,78 zł (99,7%), lekarzy dentystów – 5 497,13 zł (109,9%) [GUS 2020]. Za systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do stopniowego niwelowania dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń zasadniczych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych można uznać ustawę

z 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych [Dz.U. 2017 poz. 1473] oraz jej nowelizacje [Dz.U. 2018 poz. 1942; Dz.U. 2019 poz. 1565], jednak do końca 2021 r. trwa okres przejściowy, tym samym docelowy poziom wzrostu wynagrodzeń jest rozwojowy. Podejmowane działania nie przyczyniły się dotychczas do wzrostu zadowolenia pracowników oraz zatrzymania migracji poza granice kraju.

Pomimo stałego wzrostu wynagrodzeń, wynagrodzenie lekarzy specjalistów – w stosunku do średniego wynagrodzenia brutto – jest najniższe w badanych krajach OECD. Pod tym względem Polska zajmuje ostatnie miejsce w zestawieniu, ze współczynnikiem 1,4. Dla porównania – wskaźnik w krajach, które znajdują się w czołówce rankingu, wynosi średnio 5. Warto także zwrócić uwagę na fakt, że polscy lekarze specjaliści zarabiają mniej niż lekarze POZ – aż o 40% [OECD 2019]. Są to jednak dane dotyczące tylko lekarzy zatrudnionych na etacie. Nie uwzględniono w nich zarobków polskich specjalistów prowadzących własną działalność gospodarczą.

Od wstąpienia Polski do UE w 2004 r. rozpoczęła się wzmożona migracja zarobkowa. Każdego roku Naczelna Izba Lekarska wydaje kilkaset zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji, które są niezbędne przy ubieganiu się o rejestrację lub uprawnienia do wykonywania zawodu w innych państwach członkowskich UE na podstawie dyrektywy UE 2005/36/WE [zob. tab. 9]. Rejestr ten obejmuje jednak tylko osoby, które chcą ubiegać się o pracę na terenie Unii Europejskiej (ale już np. nie w USA, Arabii czy Australii) [NIK 2016]. 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 [Buchelt 2017].

Tabela 9. Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń

Zaświadczenia:	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (I-VI)
dla lekarzy	934	1 054	861	741	685	593	260
dla dentystów	195	196	153	142	125	117	55
potwierdzające równoważność specjalizacji	272	245	242	213	167	140	45
dla pielęgniarek i położnych	1 527	987	620	488	413	272	bd.

Source: Opracowanie na podstawie NIL [2020, 2021]; NIPiP [2020].

Natomiast tendencja zatrudniania się w Polsce lekarzy czy pielęgniarek z zagranicy od lat utrzymuje się na niskim poziomie. 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. Rocznie przyznaje się maksymalnie kilkadziesiąt praw

wykonywania zawodu obcokrajowcom. Na koniec 2019 roku prawo wykonywania zawodu posiadało 1 098 lekarzy obcokrajowców (tylko z obywatelstwem innego państwa) posiadających specjalizację II st. lub tytuł specjalisty. Najwięcej było z Ukrainy, Niemiec, Białorusi, Republiki Czeskiej, Litwy, Rosji, Syrii i Szwecji. W przypadku pielęgniarek i położnych tylko 243 pielęgniarki oraz 15 położnych nie posiadało obywatelstwa polskiego. Z tej grupy obywatelstwo ukraińskie posiada 149 pielęgniarek i 8 położnych, litewskie – 29 pielęgniarek i 1 położna [Janik 2020]. 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 członkowskich oferujących lepsze warunki zatrudnienia.

Przy pomocy systemu ELA sprawdzono jaka część absolwentów pracuje w Polsce oraz jaka część postanowiła wykonywać pracę zgodnie ze swoim wykształceniem. Absolwenci polskiego pochodzenia z lat 2014 i 2018 kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa II stopnia, położnictwa II stopnia oraz fizjoterapii II stopnia w przeważającej większości (98-99%) decydują się na pracę w Polsce w okresie objętym badaniem (od roku ukończenia studiów do 31.01.2020 r.). W przypadku cudzoziemców studiujących w Polsce na kierunku pielęgniarstwa I stopnia 29% z 2014 r. oraz 44% z 2018 r. pracowało w Polsce. Jednak zaledwie 4% lekarzy z 2014 r., 2% z 2018 r. oraz 5% dentystów z 2014 r. i 6% z 2018 r. będących cudzoziemcami postanowiło wykonywać pracę w Polsce [Zdrowa przyszłość 2021].

Według Dyrektywy Unii Europejskiej z 2003 r. (wraz z okresem przejściowym wdrażającym tę normę) lekarz nie powinien pracować ponad przyjęty czas pracy ustalony na 48 godz. tygodniowo, jednak z wielu przyczyn jest on wydłużany. Z raportów Państwowej Inspekcji Pracy wynika, że lekarze są w pracy średnio 70-80 godz. tygodniowo, czyli znacznie więcej niż jest to dopuszczone. Taką możliwość stwarza podpisywana przez lekarzy klauzula *opt-out*. W ciągu ostatnich kilku lat część medyków zdecydowała się na wypowiedzenie klauzuli, dotyczyło to głównie rezydentów. Towarzyszyła temu akcja „Jeden lekarz, jeden etat”. Ograniczanie czasu pracy ponad normę może skutkować powiększaniem się deficytu kadr wysoko wykwalifikowanych pracowników, co przekładać się będzie ograniczaniem dostępu do świadczeń dla pacjentów. W ostatnich badaniach zwrócono uwagę na problem zmniejszenia się kadr po pandemii – 29% ankietowanych lekarzy zadeklarowało, że zamierza ograniczyć dalszą aktywność zawodową, a 15% chce odejść z polskiego rynku pracy, w przypadku pielęgniarek może to być ok. 10% [Ochnik 2020].

Wyniki badania

Co trzeci respondent przyznał, że pandemia nie miała wpływu na jego plany związane z wykonywaniem zawodu (34%). Pozostali natomiast rozważają pewne zmiany. I tak, co dziesiąty badany nosi się z zamiarem odejścia z miejsca pracy (12%) lub wyjazdu za granicę (12%). Pewna część badanych myśli o odejściu z zawodu (8%), natomiast 34% o ograniczeniu aktywności zawodowej.

Pięć głównych kierunków potencjalnej migracji preferowanych przez badanych to: 1) kraje skandynawskie (Szwecja, Norwegia lub Dania), które wybrało 38% respondentów spośród wszystkich tych, którzy wymienili kraj/region migracji, 2) Niemcy (37%), 3) Wielka Brytania (17%), 4) Szwajcaria (9,3%) oraz Nowa Zelandia (5,2%).

Wśród badanych lekarzy najbardziej „radikalne” decyzje wywołane pandemią chcą podjąć rezydenci. Co czwarty z nich (24%) chciałby wyjechać za granicę lub ograniczyć aktywność zawodową (25%), co dziesiąty rozważa odejście z zawodu (11%), co szósty bierze pod uwagę możliwość odejścia z miejsca pracy (16%). W przypadku specjalistów najczęściej rozważaną decyzją jest ograniczenie aktywności zawodowej (39%). Wydaje się, że pandemia najmniejszy wpływ wywarła na stażystów. Blisko połowa z nich nie myśli poważnie o zmianach (44%). Warto jednak podkreślić, że co czwarty stażysta (24%) myśli o wyjeździe za granicę [zob. tab. 10].

Tabela 10. Wpływ pandemii na decyzje związane z pracą zawodową [%]

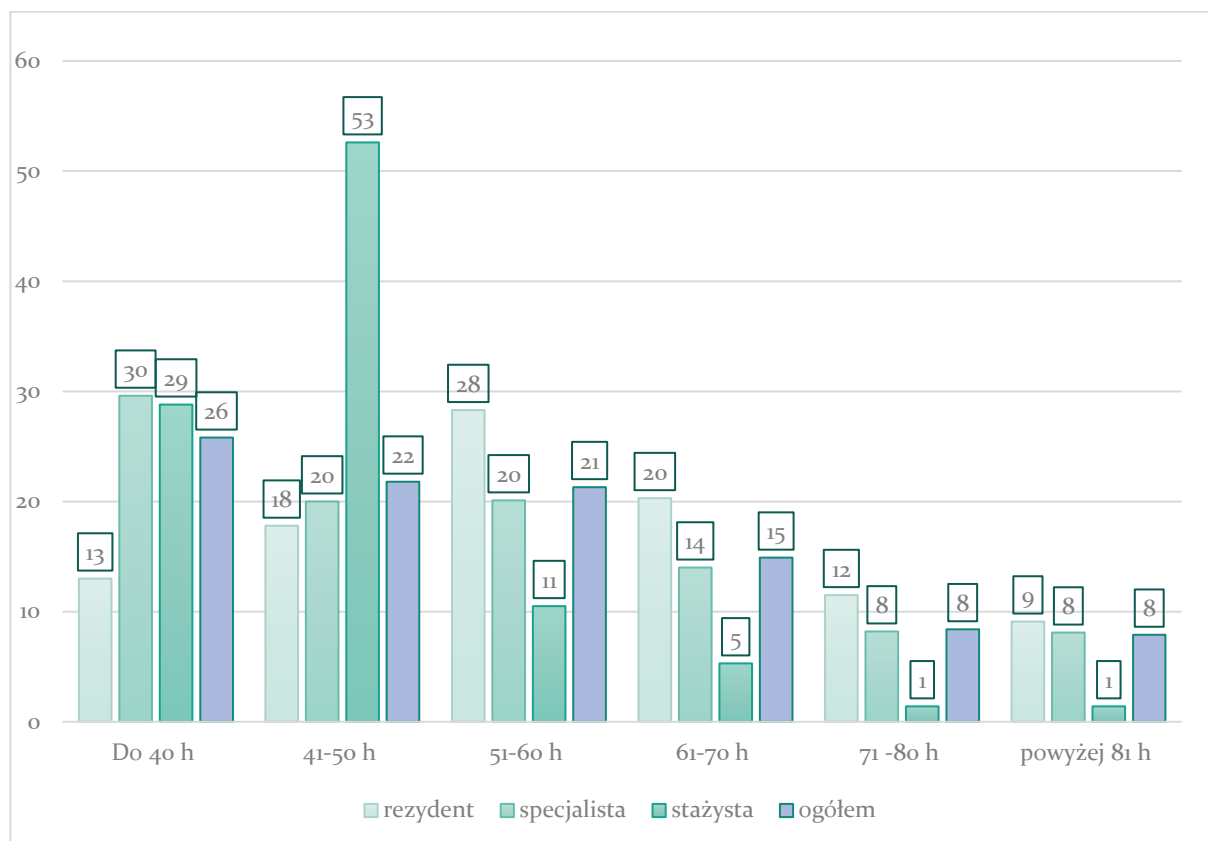
Decyzje	rezydent	specjalista	stażysta
Odejście z miejsca pracy	16	11	7
Odejście z zawodu	11	6	9
Migracja za granicę	24	8	24
Ograniczenie aktywności zawodowej	25	39	16
Nie rozważam żadnej z tych możliwości	24	36	44

Respondentów zapytano o ich przeciętny tygodniowy czas pracy, biorąc pod uwagę wszystkie miejsca udzielania świadczeń medycznych, włączając w to również godziny dyżurów. Wśród ogółu personelu medycznego, najliczniejszą kategorię stanowią ci, którzy pracują do 40 godzin tygodniowo (26%). Co piąty badany pracuje w tygodniu 41-50 godzin (22%). Podobnie liczna jest kategoria tych, których tygodniowy wymiar pracy wynosi 51-60 godzin (21%). 15% badanych pracuje w ciągu tygodnia 61-70 godzin, natomiast 8% – 71-80 godzin oraz 8% – powyżej 80 godzin (8%).

Wśród rezydentów najliczniejszą grupę stanowią lekarze pracujący do 51-60 godzin tygodniowo (28%), specjaliści najczęściej pracują do 40 godzin w tygodniu (30%), a stażyści 41-50 godzin (53%) [zob. rys. 1].

Tydzień pracy mężczyzn jest na ogół dłuższy niż kobiet. Tych pierwszych, pracujących 71-80 godzin lub ponad 80 godzin w tygodniu jest dwa razy więcej niż kobiet (odpowiednio 12% i 6% oraz 11% i 5%). Z drugiej strony, kobiet pracujących najkrócej (do 40 godzin) jest blisko dwa razy więcej niż mężczyzn świadczących pracę w takim wymiarze godzinowym (odpowiednio 33% i 18%).

Rysunek 1. Tygodniowy czas pracy personelu medycznego [%]



Wnioski

1. Prawie 60% badanych nosi się z zamiarem dokonania zmian w zakresie wykonywanego zawodu. Ponad 30% lekarzy chce ograniczyć czynności zawodowe, około 25% chce odejść z miejsca pracy lub wyjechać za granicę. Wśród badanych lekarzy najbardziej „radykalne” decyzje wywołane pandemią chcą podjąć rezydenci. Prawie 50% chciałoby wyjechać za granicę lub ograniczyć aktywność zawodową. Co dziesiąty rozważa odejście z zawodu (11%), co szósty bierze pod uwagę możliwość odejścia z miejsca pracy (16%). W przypadku specjalistów najczęściej rozważaną decyzją jest ograniczenie aktywności zawodowej (39%).
2. Z badań wynika, że lekarze są przemęczeni. Co piąty badany pracuje w tygodniu 41-50 godzin (22%). Podobnie liczna jest kategoria tych, których tygodniowy wymiar pracy wynosi 51-60 godzin (21%). 15% badanych pracuje w ciągu tygodnia 61-70 godzin, natomiast po 8% badanych pracuje 71-80 godzin oraz powyżej 80 godzin. Jedynie 26% lekarzy pracuje 40 godzin tygodniowo. W tym przypadku również rezydenci są najbardziej obciążoną grupą.

Rekomendacje

1. Aby uporać się z kryzysową sytuacją kadrową należy nie tylko zwiększyć kształcenie na kierunkach medycznych, ale równolegle bardziej racjonalnie wykorzystywać zasoby sektorowe, uwzględniając wszystkich profesjonalistów medycznych i tzw. zawody okołomedyczne. Konieczne jest zatem wdrożenie nowych rozwiązań organizacji pracy w celu poprawy efektywności pracy dostępnych zasobów, modyfikacja podziału ról i kompetencji, poprawa pracy zespołowej oraz wdrażanie zawodów wspierających i okołomedycznych. Realizacja tych zadań wymaga nie tylko gotowości do współpracy, ale także przygotowania odpowiednich regulacji legislacyjnych dotyczących zdefiniowania ról i kompetencji poszczególnych zawodów.
2. Uporządkowanie czasu pracy lekarzy, współdzielenie kompetencji w celu ograniczenia nadmiernej eksploatacji zawodowej, zwiększenie liczby kadr medycznych.

3. Hejt i agresja wobec personelu lekarskiego w czasie pandemii

Początek pandemii sprzyjał zachowaniom dysfunkcyjnym społeczeństwa skierowanym wobec różnych grup personelu medycznego. Badania przeprowadzone rok wcześniej wskazywały, że z zachowaniami agresywnym i spotkało się 27% lekarzy i lekarzy dentystów. W aktualnych badaniach prawie połowa badanych zetknęła się z tzw. hejtem, czyli z negatywnymi lub agresywnymi komentarzami lub zachowaniami, skierowanymi bezpośrednio do nich lub osób im bliskich (małżonków, partnerów, dzieci) [zob. tab. 11]. Hejt częściej dotyczył personelu lekarskiego zatrudnionego w lecznictwie zamkniętym (53,7%), niż otwartym (44,8%). Zjawisko hejtu bardziej dotyczyło lekarzy niż lekarzy dentystów [zob. tab. 11]. 60,9% lekarzy rezydentów zadeklarowało, że spotkało się ze zjawiskiem hejtu w czasie pandemii. Z hejtem spotkała się też większość respondentów z grupy stażystów (56,5%). Adekwatnie 53,7% respondentów, którzy wskazali, iż są zatrudnieni w lecznictwie zamkniętym, zadeklarowało fakt doświadczenia hejtu. W przypadku respondentów pracujących w lecznictwie otwartym twierdząco na pytanie o doświadczenie zjawiska hejtu odpowiedziało 44,8%.

Doświadczano go zarówno bezpośrednio, jak i w Internecie. Z hejtem spotykali się równie często mężczyźni (49%), jak i kobiety (51%). Najczęściej jego ofiarami padali rezydenci (60%), nieco rzadziej stażyści (55%), a relatywnie najrzadziej – specjaliści (46%). Najczęściej zachowanie takie dotyczyło bezpośrednio osobę badaną (88%), ale część respondentów wskazywała, że hejt dotyczył również osób im bliskich: dzieci (7%) oraz innych członków rodziny (5%), ale również znajomych lekarzy (9%).

Badanych przyznających, że doświadczyli hejtu, najczęściej dotyczyły: dysfunkcyjne zachowania (67%) i obelżywe wyzwiska (64%). Znacznie rzadziej mieli trudności w zapisaniu dzieci do przedszkola lub szkoły (3%), niszczone im mienie (3%), czy stawali się ofiarą napaści (2%). Najczęściej spotykany rodzaj hejtu wśród respondentów to:

- lekarze specjaliści: dysfunkcyjne zachowania (72,5%), obelżywe wyzwiska (56,5%);
- lekarze rezydenci: obelżywe wyzwiska (73,3%); dysfunkcyjne zachowania (62,1%);
- lekarze stażyści: obelżywe wyzwiska (85,1%); dysfunkcyjne zachowania (46,3%).

Na co warto zwrócić uwagę to fakt, że to lekarze specjaliści wskazywali na niszczenie mienia (3,4%) oraz niespotykane dotąd kłopoty z zapisywaniem dzieci do przedszkoli (4,2%). Lekarze rezydenci i stażyści napaść wskazywali częściej niż lekarze specjaliści: adekwatnie LR – 3,3%; LSt – 3,0%.

W opinii badanych przyczyną hejtu był zazwyczaj: brak szacunku dla personelu medycznego (76%), roszczeniowość pacjentów (69%), przeświadczenie napastników o swojej bezkarności (65%) oraz napięcia psychiczne wywołane niepewnością i strachem

spowodowanymi pandemią (42%). W znacznie mniejszym stopniu zachowania agresywne przypisywano problemom psychicznym napastników (17%).

Tabela 11. Zjawisko hejtu wobec lekarzy i lekarzy dentystów

	LR	LSp	LSt	DR	DSp	DSt	Całość
NIE	39,1%	53,9%	43,5%	48,5%	57,0%	54,2%	50,2%
TAK	60,9%	46,1%	56,5%	51,5%	43,0%	45,8%	49,8%

Zjawisko agresywnych zachowań wobec personelu medycznego nie jest zjawiskiem, które dotyczy wyłącznie naszego kraju. Hejt wobec medyków pojawiał się również w innych krajach europejskich, czy poza Europą. Personel medyczny w Meksyku był na przykład obrzucany jajkami. Na Filipinach pielęgniarka została oblana wybielaczem i przez to straciła wzrok. W Indiach pobito medyków, zastraszano ich i eksmitowano z miejsca zamieszkania. Podobne zachowania odnotowano też w USA, czy Australii [McKay i in. 2020].

Hejt nie pojawił się wraz z pandemią. Za to z pewnością się nasilił. Personel medyczny już przed pandemią narażony był na agresywne zachowania zarówno pacjentów jak i ich rodzin. Szczególnie narażeni są ci medycy, którzy pracują w zespołach ratownictwa medycznego, czy szpitalnych oddziałach ratunkowych.

I choć zjawisko hejtu nie jest nowe, przyjmuje się, że aby mu zapobiec w tej szczególnej sytuacji jaką jest pandemia [McKay i in. 2020] należy:

1. Identyfikować zjawiska hejtu pojawiające się w poszczególnych krajach w czasie pandemii, raportować je do WHO, a następnie starać się proponować ponadnarodowe działania ograniczające hejt skierowany wobec kadr medycznych;
2. Lokalnie (na poziomie krajów, regionów, województw czy powiatów) należy tworzyć alianse organizacyjne, które nie tylko będą identyfikować przejawy hejtu wobec medyków, ale także informować o nich społeczność.
3. Należy wzmożyć akcje informacyjne na temat pandemii COVID-19; akcje te powinny być skierowane przeciw dezinformacji na ten temat; należy wykorzystywać wszystkie kanały komunikacyjne, szczególnie publiczne.
4. Należy podjąć działania zmierzające do wymierzania kar za przejawy hejtu wobec medyków. Takie uczynki nie powinny być tolerowane. Prawo powinno sprzyjać ich eliminacji.
5. Na poziomie regionalnym lub lokalnym samorządy powinny mieć specjalne budżety, które powinny być przeznaczone nie tylko na rekompensatę zniszczeń jakie wystąpiły w związku z hejtem, ale i pokrycie kosztów pozwów cywilnych, które medycy kierowaliby wobec swoich oprawców.

W badaniach prowadzony w 2021 r. nie pytano respondentów o to jakie konsekwencje powinny spotykać hejterów. W 2020 r. lekarze biorący udział w pierwszej edycji badań dotyczących zarządzania zasobami ludzkimi w czasach pandemii zwracali uwagę na to, że hejt powinien być ścigany z mocy prawa, a informacje o hejterach ujawniane. Te postulaty powinny być zmaterializowane w postaci adekwatnych przepisów prawnych już na początku pandemii.

4. Zarządzanie zasobami profesjonalistów medycznych podczas pandemii

4.1. Rozwiązania systemowe i ich ocena

Respondenci oceniali rozwiązania, jakie przyjęto w ochronie zdrowia wobec personelu zaangażowanego w leczenie pacjentów COVID-owych. Najlepiej przyjętym rozwiązaniem, popieranym przez 76% (dobre i bardzo dobre) badanych jest dodatkowa gratyfikacja finansowa. Najprzychylniej to rozwiązanie ocenili lekarze rezydenci (dobre – 24,7%; bardzo dobre – 58,1%). Mniej korzystnie odnieśli się do tego rozwiązania lekarze specjaliści (dobre – 23,6%; bardzo dobre – 50,3%). Blisko połowa uczestników badania (46%) pozytywnie ocenia prawo do wykonywania szczepień przez profesjonalistów medycznych niebędących lekarzami. Sumując wskazania dobre i bardzo dobre w przypadku poszczególnych grup respondentów zauważyć można, że lekarze rezydenci i lekarze stażyści są najbardziej przychylni temu rozwiązaniu (adekwatnie 47,4% i 47,3%). W przypadku specjalistów wyraźne poparcie tego rozwiązania dotyczyło 44,9% subpopulacji.

Relatywnie niewielkim poparciem cieszą się takie rozwiązania jak: uznanie prawa do wykonywania zawodu przez lekarzy spoza UE (17%) oraz przymusowe oddelegowywanie lekarzy do pracy na oddziałach COVID-owych (5%) [zob. tab. 12]. Uznawanie prawa do wykonywania zawodu najgorzej ocenili lekarze rezydenci (bardzo złe i złe – 69,7% odpowiedzi; a dobre i bardzo dobre – 12,7%). 64,9% stażystów lekarzy wskazało odpowiedzi: bardzo złe i złe. W tej grupie respondentów najwięcej bo 23% respondentów wskazało jednocześnie odpowiedzi: dobre i bardzo dobre. 64,4% lekarzy specjalistów wskazało odpowiedzi: bardzo złe i złe. Jednocześnie 16,7% z nich wskazało, że jest to rozwiązanie: dobre i bardzo dobre.

Przymusowe oddelegowanie najgorzej ocenili lekarze specjaliści (bardzo złe i złe – 88,1% odpowiedzi), następnie rezydenci (bardzo złe i złe – 86,3%) oraz stażyści (bardzo złe i złe – 81,7%). Taki układ odpowiedzi w tym zakresie nie dziwi, gdyż to przede wszystkim specjalistów dotyczyły przymusowe oddelegowania do pracy w szpitalach COVID-owych. Przy oddelegowaniu nie brano pod uwagę ani sytuacji zawodowej, ani rodzinnej oddelegowanych. W przyszłości należy zatem w miarę możliwości partycypacyjnie, ale i z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym planować rotacje personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy w systemie ochrony zdrowia. Niewątpliwie istotnym aspektem, determinującym takie działania powinien być wiek i płeć przemieszczanych pracowników. Należy bowiem pamiętać, że zawód lekarza jest coraz bardziej sfeminizowany, a to w naturalny sposób determinuje potrzebę większego zaangażowania w życie osobiste (rodzinne).

Tabela 12. Ocena rozwiązań przyjętych w ochronie zdrowia wobec personelu zaangażowanego w leczenie pacjentów COVID-owych [%]

Rozwiązanie	bardzo złe	złe	brak zdania	dobrze	bardzo dobre
Dodatek do wynagrodzenia w wysokości 100%	7	6	11	24	52
Uznawanie prawa do wykonywania zawodu dla lekarzy spoza UE	40	25	18	9	8
Przymusowe oddelegowanie do pracy na „oddziałach COVID-19” decyzją wojewody	68	19	8	3	2
Prawo do kwalifikowania i wykonywania szczepień przez innych niż lekarz profesjonalistów medycznych (fizjoterapeuci, pielęgniarki, farmaceuci)	18	16	20	26	20

4.2. Wsparcie personelu lekarskiego podczas pandemii *versus* potrzeby w tym zakresie

Istotnym aspektem zarządzania personelem medycznym w czasie pandemii jest oferowanie odpowiedniego wsparcia. Jest to podstawowe zadanie jakie powinni w tym czasie realizować pracodawcy, szczególnie ci, którzy zaangażowani są w leczenie pacjentów dotkniętych pandemią. W badaniach ankietowych przeprowadzonych w roku 2020 respondenci wskazywali, iż w czasie pandemii pracodawcy wspierali ich poprzez [zob. tab. 13]:

- zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego (55%);
- zapewnienie testów na obecność SARS-CoV-2 wśród personelu medycznego (36%);
- dobrą organizację pracy personelu zaangażowanego w świadczenia COVID-owe (22%);
- działania na rzecz wzmocnienia pracy zespołowej (13%);
- zapewnienie noclegu i posiłków (11%);
- dodatkowe wynagrodzenie (10%).

Odpowiedzi respondentów w badaniu realizowanym w 2021 r. wskazują wyraźnie ograniczone wsparcie, jakie otrzymywał personel medyczny zajmujący się pacjentami COVID-owymi w trakcie trwania pandemii. Wniosek ten można wysnuć porównując odsetek osób wskazujących na działania, które rzeczywiście podejmowano z odsetkiem tych osób, które oczekiwałyby podjęcia danego działania w krytycznej sytuacji zagrożenia epidemiologicznego [zob. tab. 13]. Najwięcej osób spotkało się z takimi działaniami jak:

- przeprowadzanie testów na obecność SARS-CoV-2 wśród personelu medycznego;
- zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Jedynie w przypadku tych dwóch rozwiązań ponad połowa respondentów zaznaczyła, że były one stosowane w trakcie pandemii. Z drugiej strony, najbardziej oczekiwane wsparcie, wskazywane przez co najmniej połowę badanych, dotyczyło:

- zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego;
- dobrej organizacji pracy personelu zaangażowanego w świadczenia COVID-owe;
- dodatkowego wynagrodzenia (premii, bonusów, nagród);
- testów na obecność SARS-CoV-2 wśród personelu medycznego;
- testów na obecność SARS-CoV-2 wśród osób bliskich personelu medycznego.

Biorąc pod uwagę różnicę odsetka osób, które spotkały się z daną formą wsparcia a odsetkiem osób postulujących dane rozwiązanie, można wskazać, że największy deficyt (różnica co najmniej 30%) dotyczył:

- dobrej organizacji pracy personelu zaangażowanego w świadczenia COVID-owe;
- testów na obecność SARS-CoV-2 wśród osób bliskich personelu medycznego;
- dodatkowego wynagrodzenia (premii, bonusów, nagród);
- zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego;
- rekompensaty finansowej za nieobecność chorobową skutkującą wypłatą 80% wynagrodzenia;
- zapewnienia posiłków;
- działania na rzecz wzmocnienia pracy zespołowej;
- pomocy psychologicznej w miejscu pracy.

Warto przy tym zaznaczyć, że w porównaniu z zeszłorocznym badaniem, deprecjacji uległa ocena wsparcia w zakresie istotnych czynników zapewniających efektywną realizację świadczeń medycznych, a mianowicie:

- dobra organizacja pracy personelu zaangażowanego w świadczenia COVID;
- działania na rzecz wzmocnienia pracy zespołowej.

Tabela 13. Wsparcie otrzymywane i oczekiwane przez personel medyczny zaangażowany w świadczenia medyczne na rzecz pacjenta COVID-19 [%]

Rodzaj wsparcia	Wsparcie otrzymane 2020 r.	Wsparcie otrzymywane	Wsparcie oczekiwane
Zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego	55	52	85
Akcje wspierające na portalach społecznościowych (np. zdjęcia zaangażowanego personelu i jego pochwała)	7	11	12
Dobra organizacja pracy personelu zaangażowanego w świadczenia COVID-19	22	16	78
Działania na rzecz wzmocnienia pracy zespołowej	13	8	40
Zapewnienie stałego kontaktu z rodziną	3	2	22
Zapewnienie transportu	4	3	15
Dopłata do transportu	2	1	14
Wsparcie/pomoc dla osób bliskich (rodziny) personelu medycznego	2	2	31
Zapewnienie noclegu	11	8	26
Rekompensata finansowa za nieobecność chorobową skutkującą wypłatą 80% wynagrodzenia	5	7	40
Dodatkowe wynagrodzenie (premia, bonus, nagroda)	10	30	73
Pomoc psychologiczna w miejscu pracy	6	4	36
Pomoc psychologiczna w formie zdalnej (e-konsultacje, webinaria, e-szkolenia)	5	3	17
Zapewnienie posiłków	11	12	45
Testy na obecność SARS-CoV-2 dla personelu medycznego	36	65	70
Testy na obecność SARS-CoV-2 dla osób bliskich personelu medycznego	4	7	56

Uwaga: ze względu na możliwość wskazania kilku odpowiedzi procenty nie sumują się do 100.

5. Kondycja psychiczna personelu lekarskiego

Już przed pandemią odporność psychologiczna i wypalenie zawodowe wśród personelu lekarskiego wzbudzały zainteresowanie zarówno badaczy, jak i praktyków zarządzania podmiotami ochrony zdrowia [Makara-Studzińska i in. 2018]. Praca lekarzy wiąże się bowiem z wysokim poziomem stresu i zaangażowania emocjonalnego. Dodatkowo, z uwagi na niedobory tego personelu w zasadzie we wszystkich systemach opieki zdrowotnej na świecie, lekarze pracują ponad wymiarowo. Skala wypalenia zawodowego lekarzy jest trudna do ustalenia. W USA skala wypalenia zawodowego tego personelu może dotyczyć 50% [Shanafelt i in. 2017]. W Polsce takie badania prowadzone są na ograniczoną skalę [zob. Wilczek-Różycka 2008].

Oczywiście w przeprowadzanych badaniach ankietowych w latach 2020 i 2021 nie badano wypalenia zawodowego, czy poziomu rezyliencji lekarzy. Chciano jednak zwrócić uwagę na to, że pandemia może znacząco wpłynąć na kondycję psychiczną lekarzy, co z kolei może sprzyjać pogorszeniu się jakości świadczonych przez nich usług medycznych czy odejściu z pracy.

Podobnie jak w roku 2020 respondentów poproszono o wskazanie pięciu najczęstszych emocji i stanów, które towarzyszyły im podczas pandemii. Ponad połowa badanych obawiała się o zdrowie i życie swoich bliskich (55%), a blisko połowa odczuwała przeciążenie psychiczne, silny stres lub napięcie psychiczne (45%). Z kolei co trzeciemu pracownikowi ochrony zdrowia towarzyszył niepokój (37%), przemęczenie fizyczne lub napięcie fizyczne (37%), bezradność (35%), a także niechęć do kontynuowania pracy (31%) [zob. tab. 14]. Analizując dane dotyczące emocji i stanów towarzyszących lekarzom podczas pandemii, można wyraźnie zauważyć, że kondycja psychiczna tego personelu wyraźnie się pogorszyła. Zmiany widoczne są przede wszystkim w następujących wymiarach [zob. tab. 14]:

- przeciążenie psychiczne, silny stres, napięcie psychiczne (+15);
- przemęczenie fizyczne, napięcie psychiczne (+21);
- bezradność (+13);
- niechęć do kontynuowania pracy (+15).

Tabela 14. Emocje i stany towarzyszące członkom personelu medycznego podczas pandemii COVID-19 [%]. Wyniki badań w latach 2020 i 2021

Rodzaj emocji/stanu	2020 r.	2021 r.
Obawa o zdrowie i życie moich bliskich	61	55
Przeciążenie psychiczne, silny stres, napięcie psychiczne	30	45
Niepokój	52	37
Przemęczenie fizyczne, napięcie fizyczne	16	37
Bezradność	22	35
Niechęć do kontynuowania pracy	16	31
Rozczarowanie	21	27
Złość	22	27
Rozgoryczenie	17	25

Rodzaj emocji/stanu	2020 r.	2021 r.
Obawa o zdrowie i życie własne	26	24
Lęk	18	15
Smutek	11	11
Mobilizacja do pracy	15	8
Wściekłość	5	8
Spokój	13	7
Obojętność	4	6
Strach	7	6
Wzruszenie	2	1
Ponadprzeciętne pobudzenie	1	1
Rozpacz	0	1
Zadowolenie	1	1
Panika	1	0

Uwaga: ze względu na możliwość wskazania kilku odpowiedzi procenty nie sumują się do 100.

Podobnych, dominujących emocji czy stanów doświadczała większość lekarzy, bez względu na etap kariery zawodowej czy płeć [zob. tab. 15]. Jednakże pewne różnice dostrzec można wśród osób reprezentujących różne kategorie w obrębie tych dwóch zmiennych. I tak, specjaliści, w porównaniu z rezydentami i stażystami, relatywnie rzadziej doświadczały bezradności, złości, rozczarowania czy rozgoryczenia, ale z kolei częściej odczuwali niepokój. Także częściej obawiali się o własne zdrowie i życie oraz zdrowie i życie swoich bliskich. Z kolei większy odsetek rezydentów i specjalistów, w porównaniu ze stażystami, skarżył się na przemęczenie psychiczne i fizyczne. Relatywnie często wśród rezydentów pojawiała się również niechęć do kontynuowania pracy.

Porównując kobiety i mężczyzn zauważyć można, iż kobietom częściej niż mężczyznom towarzyszyły lęk, bezradność oraz obawa o zdrowie i życie bliskich. Kobiety częściej skarżyły się również na przeciążenie psychiczne. Z kolei mężczyźni częściej odczuwali rozczarowanie, obojętność, ale także spokój.

Tabela 15. Emocje i stany towarzyszące członkom personelu medycznego w zależności od pozycji i płci

Emocje/stany	lekarz			płeć	
	rezydent	specjalista	stażysta	kobieta	mężczyzna
Niepokój	33	40	33	38	37
Lęk	14	15	15	21	9
Strach	7	5	5	7	4
Panika	1	0	1	1	0
Bezradność	41	32	41	41	28
Złość	34	24	27	27	27
Wściekłość	9	7	8	7	8
Smutek	12	10	16	13	8
Rozpacz	1	1	1	1	1
Rozczarowanie	33	24	37	24	31
Rozgoryczenie	28	23	28	25	25
Obojętność	9	4	16	3	10
Spokój	6	8	9	5	11
Zadowolenie	0	1	2	0	1
Wzruszenie	1	1	1	1	1
Obawa o zdrowie i życie własne	17	28	12	26	23

Emocje/stany	lekarz			płeć	
	rezydent	specjalista	stażysta	kobieta	mężczyzna
Obawa o zdrowie i życie moich bliskich	52	57	52	61	49
Przeciążenie psychiczne, silny stres, napięcie psychiczne	49	45	38	50	40
Przemęczenie fizyczne, napięcie fizyczne	39	37	25	36	37
Ponadprzeciętne pobudzenie	1	1	3	1	1
Niechęć do kontynuowania pracy	39	28	24	30	31
Mobilizacja do pracy	6	8	12	7	9

Uwaga: ze względu na możliwość wskazania kilku odpowiedzi procenty nie sumują się do 100

Uszczegółowieniem identyfikacji emocji i stanów psychologicznych było pytanie o samoocenę wpływu pandemii na ich kondycję psychiczną. Badani w większości przyznali (58%), że praca w stanie epidemiologicznym wpłynęła negatywnie na ich kondycję psychiczną. Brak takiego wpływu zaznaczył co trzeci badany (31%), natomiast 11% nie miało w tej kwestii zdania. To rezydenci najczęściej odczuwali wpływ epidemii na swój stan psychiczny (72%). W przypadku specjalistów oraz stażystów wpływ taki akcentował co drugi badany (odpowiednio 54% i 53%). W tym względzie można dostrzec również istotną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami. W przypadku kobiet praca w stanie epidemiologicznym wywarła wpływ na kondycję psychiczną u 64% z nich, u mężczyzn ten wpływ odnotowano wśród 52% badanych.

W zeszłorocznych badaniach na pytanie o wpływ pandemii na stan psychologiczny 35% lekarzy odpowiedziało, że pandemia negatywnie wpłynęła na ich kondycję psychiczną. 43% respondentów stwierdziło, że nie ma wpływu, a w przypadku 8% nie uzyskano odpowiedzi w ogóle. Zauważalne jest zatem pogorszenie stanu zdrowia psychicznego personelu lekarskiego w efekcie pandemii.

Część respondentów opowiedziała się za uczestnictwem w konsultacjach psychologicznych. Spośród kilku zaproponowanych form takich konsultacji największą popularnością cieszyły się konsultacje psychologiczne poza miejscem pracy. Wskazał je co trzeci uczestnik badania (36%). W poprzednich badaniach było to 30% respondentów. Mniej popularne były indywidualne e-konsultacje z psychologiem (22%) oraz konsultacje zorganizowane w miejscu pracy (21%). Najmniej popularną opcją były grupowe e-konsultacje (webinaria) o charakterze specjalistycznym (7%). W poprzednim roku na indywidualne e-konsultacje z psychologiem zdecydowałoby się również 22% respondentów, na konsultacje w miejscu pracy 18%. Co dziesiąty respondent nie widzi potrzeby uczestnictwa w konsultacjach psychologicznych (14%). Wśród nich było 9% kobiet i 18% mężczyzn, jak również 6% rezydentów, 17% specjalistów oraz 2% stażystów. Co piąty przedstawiciel personelu medycznego rozważa również samodzielne konsultacje z psychologiem, po doświadczeniach związanych z pracą w czasie pandemii (21%). Częściej na taki krok zdecydowałyby się kobiety (25%) niż mężczyźni (16%). Na potrzebę takich konsultacji relatywnie częściej wskazywali rezydenci (32%) oraz stażyści (28%) w porównaniu ze specjalistami (17%).

Większość osób zainteresowanych konsultacjami psychologicznymi byłaby skłonna poświęcić im jedną godzinę w tygodniu (69%). Co czwarty badany zdecydowałoby się na spotkania dwugodzinne (27%). Tylko niewielki odsetek chętnych na indywidualne konsultacje

przeznaczyłby na nie ponad 3 godziny w tygodniu (4%). Rok wcześniej 64% poświęciłoby 1 godzinę w tygodniu na konsultacje psychologiczne, 23% poświęciłoby 2 godziny i 3% – 3 godziny w tygodniu.

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki badań zauważyć można nie tylko pogarszającą się kondycję psychologiczną personelu lekarskiego, ale i większą potrzebę wsparcia w tym zakresie. Badania poświęcone poprawie kondycji psychologicznej personelu lekarskiego wskazują, że efektywnymi działaniami w zakresie poprawy kondycji psychicznej lekarzy okazują się:

- e-zadania, samodzielne mikrozadania związane z redukcją stresu stworzone z uwzględnieniem specyfiki personelu lekarskiego [Dyrbye i in. 2016];
- kurs dotyczący praktyki adaptacyjnej, który jest behawioralnym programem samodyscypliny zaprojektowanym w celu radzenia sobie ze stresem, lękiem i depresją [Sherlock i in. 2016]; trening umiejętności psychospołecznych połączony z poradnictwem poznawczo-behawioralnym i poradnictwem skoncentrowanym na rozwiązaniach wykonywanym poza służbą [Mache i in. 2016];
- facylitowane grupy dyskusyjne lekarzy zawierające elementy uważności, refleksji, dzielenia się doświadczeniami i uczenia się w małych grupach [West i in. 2014];
- redukcja stresu oparta na uważności *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej [Goodman i in. 2012];
- szkolenie w zakresie zarządzania stresem i odporności *Stress Management and Resiliency Training* (SMART) [Sood i in. 2011];
- intensywny program edukacyjny w zakresie uważności, komunikacji i samoświadomości [Krasner i in. 2009].

6. Oczekiwania lekarzy względem warunków pracy

Strajki, protesty to najczęstszy mechanizm podwyższania wynagrodzenia wśród personelu medycznego w Polsce. Niestety od początku reformy sektora ochrony zdrowia nie podjęto racjonalnych działań związanych z zaprojektowaniem systemu wynagradzania stanowiącego punkt odniesienia dla jednostek publicznych. Z tego powodu stawki płacowe dyktowane są z jednej strony niedoborami w zakresie kadr medycznych, z drugiej – potrzebami podmiotów medycznych. W ten sposób zakres wynagradzania lekarzy w Polsce różni się z uwagi na specjalizację, miejsce pracy, odległość od ośrodków akademickich.

Badanych zapytano o oczekiwane wynagrodzenie miesięczne brutto przy założeniu, że pracowaliby w jednym miejscu pracy i w oparciu o umowę o pracę. Wartość takiego przeciętnego wynagrodzenia (mierzona medianą) wyniosła 15 000 zł, przy czym oczekiwania kobiet (14 000 zł) były zbliżone do oczekiwań mężczyzn (15 000 zł). Uczestnicy badania różnili się wysokością oczekiwanych zarobków w zależności od etapu kariery zawodowej. Specjaliści oczekiwali przeciętnego wynagrodzenia w wysokości 16 000 zł, rezydenci – 10 000 zł, a stażyści – 5 000 zł.

Respondentów zapytano o 3 najważniejsze warunki, które należałoby spełnić, aby z satysfakcją wykonywali oni swoją pracę. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można stwierdzić, że przynosząca satysfakcję praca to przede wszystkim praca zapewniająca rozwój specjalistyczny w ramach szkoleń organizowanych poza miejscem pracy (50%); praca, która wykonywana jest na dobrze przygotowanym stanowisku pracy (47%) oraz praca charakteryzująca się autonomią (41%) [zob. tab. 16]. Porównując te wskazania do zeszłego roku zauważa się, że respondenci w roku bieżącym:

- cenią jeszcze bardziej możliwość rozwoju specjalistycznego poza miejscem pracy;
- cenią bardziej dobre wyposażenie miejsca pracy;
- poszukują większej autonomii pracy;
- zwracają uwagę na kompetencje interpersonalne;
- zwracają większą uwagę na kompetencje menedżerskie bezpośredniego przełożonego;
- mniej przywiązują uwagi do dobrej atmosfery pracy, co może wynikać z ogólnej atmosfery w sektorze ochrony zdrowia.

Tabela 16. Warunki sprzyjające satysfakcjonującej pracy [%]. Wyniki badań w latach 2020 i 2021

Warunki	2020	2021
Możliwość rozwoju specjalistycznego (nabywanie i/lub rozwój nowej wiedzy i umiejętności medycznych) poprzez szkolenia organizowane poza miejscem pracy (finansowanie takich szkoleń przez pracodawcę)	44	50
Dobre wyposażenie stanowiska pracy (sprzęt medyczny)	44	47
Większa autonomia w pracy (samodzielność, odpowiedzialność)	3	41
Finansowe wsparcie rozwoju kompetencji poza-specjalistycznych np. interpersonalnych	2	21

Warunki	2020	2021
Możliwość rozwoju specjalistycznego (nabywanie i/lub rozwój nowej wiedzy i umiejętności medycznych) poprzez szkolenia organizowane w miejscu pracy	19	19
Bezpośredni przełożony posiadający kompetencje menedżerskie	5	15
Łatwy dostęp do baz wiedzy medycznej <i>Evidence Based Medicine</i>	8	12
Dobra atmosfera w pracy	34	10
Możliwość realizacji świadczeń na podstawie tzw. kontraktu	2	10
Finansowe wsparcie rozwoju kompetencji specjalistycznych	15	9
Możliwość realizacji skomplikowanych (unikalnych) procedur medycznych	7	9
Możliwość rozwoju kompetencji niespecjalistycznych np. komunikacja z pacjentem	7	9
Praca zespołowa	9	5
Możliwość realizacji wystandaryzowanych, prostych procedur medycznych	5	5
Możliwość awansu zawodowego (np. awans na stanowisko ordynatora)	3	4
Bezpieczeństwo sanitarne	9	4
Kompetentny bezpośredni przełożony (dobry specjalista)	12	4
Zmiana formy zatrudnienia: umowa o pracę zamiast tzw. kontraktu	5	3
Zapewnione wsparcie psychologiczne	-	2
Możliwość uczenia się od wybitnych specjalistów z danej dziedziny	10	2

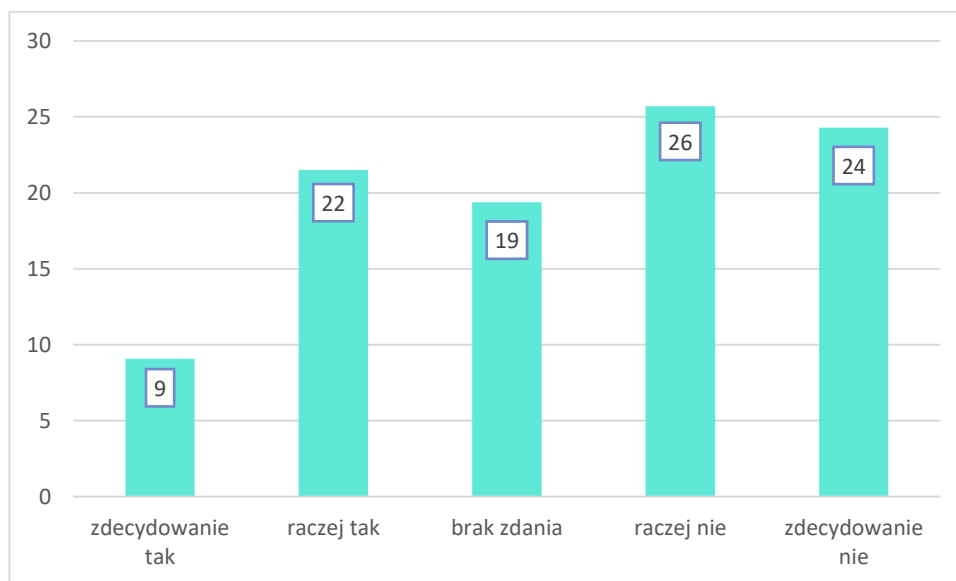
Uwaga: ze względu na możliwość wskazania trzech odpowiedzi procenty nie sumują się do 100.

W aktualnych badaniach zauważa się, że kobiety nie różnią się od mężczyzn w ocenie warunków pracy, która przynosi satysfakcję, a rozkład ich głosów jest zbliżony do rozkładu głosów ogółu badanych. Zarówno kobiety jak i mężczyźni stawiają przede wszystkim na rozwój w ramach szkoleń organizowanych poza miejscem pracy, na dobrze wyposażone miejsce pracy oraz na większą autonomię, która gwarantuje samodzielność i odpowiedzialność.

Podobne opinie na temat warunków zwiększających szansę za satysfakcjonującą pracę wyrażają rezydenci, specjaliści i stażyści. W ich przypadku również dominują te osoby, które oczekują przede wszystkim pracy dającej szansę rozwoju w ramach szkoleń poza miejscem pracy, dobrze przygotowanego stanowiska pracy oraz autonomii. Pewne różnice dotyczą szkoleń specjalistycznych. Rezydenci oraz stażyści częściej niż specjaliści wybierają szkolenia jako ten czynnik, który warunkuje rozwój, a tym samym pozwala pracować w sposób satysfakcjonujący. Różnica ta jest widoczna zarówno we wskazaniach dotyczących szkoleń poza miejscem pracy (odpowiednio 54%, 54% i 48% wskazań), jak i szkoleń w miejscu pracy (odpowiednio 27%, 24% i 16% wskazań). Rezydenci i stażyści również relatywnie częściej niż specjaliści podkreślają, że o tym, czy praca jest satysfakcjonująca czy nie, decyduje bezpośredni przełożony posiadający kompetencje menedżerskie (odpowiednio 22%, 23% i 13% wskazań).

Menedżer liniowy, czyli np. ordynator czy kierownik oddziału, to klucz do retencji pracowników, ale tylko wtedy, gdy posiada odpowiednie kompetencje menedżerskie. Dlatego w czasie badań zapytano lekarzy o kompetencje menedżerskie ich bezpośrednich przełożonych. W 2020 r. 36% lekarzy stwierdziło, że ich bezpośredni przełożony nie posiada kompetencji do zarządzania podległymi pracownikami, a 30% stwierdziło, że posiada. W 2021 r. połowa respondentów (50%) jest zdania, że ich bezpośredni przełożony nie posiada kompetencji do zarządzania podległymi mu pracownikami (raczej nie i zdecydowanie nie). 19% nie ma na ten temat zdania, natomiast 31% uważa, że ich pracodawca jest w tym względzie osobą kompetentną (raczej tak i zdecydowanie tak) [zob. rys. 2].

Rysunek 2. Czy przełożony posiada kompetencje do zarządzania pracownikami [%]



Najwięcej negatywnych ocen swoim przełożonym wystawili rezydenci. Dwóch na trzech rezydentów jest zdania, że ich bezpośredni przełożony nie potrafi w sposób kompetentny zarządzać podległymi mu pracownikami (61%). Nieco bardziej przychylni w tej ocenie są specjaliści i stażyści, chociaż i w tych grupach zaznacza się przewaga ocen negatywnych nad pozytywnymi (odpowiednio po 47% odpowiedzi „nie” oraz „zdecydowanie nie”). Kobiety w tej ocenie tylko nieznacznie różnią się od mężczyzn. W ich przypadku, odsetek osób oceniających negatywnie kompetencje przełożonych wyniósł 51% wobec 49% takich ocen wśród mężczyzn.

Podsumowanie

Celem zrealizowanej ekspertyzy było zidentyfikowanie wyzwań jakie stoją przed decydentami ochrony zdrowia oraz kadrą menedżerską zarządzającą podmiotami medycznymi w zakresie zarządzania lekarzami. Poniżej zagregowano kluczowe wnioski z przeprowadzonych badań.

1. Respondenci wskazali skutki niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia. Trzy najważniejsze to przepracowanie pracowników medycznych, spadek jakości usług medycznych oraz ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych.
2. Respondenci wyraźnie zauważają możliwości profesjonalnego wsparcia w realizacji świadczeń medycznych przez pielęgniarki.
3. Badani identyfikują możliwość wsparcia administracyjnego przez sekretarki medyczne.
4. W badanej grupie wyraźne jest poparcie dla wdrożenia asystenta lekarza (48,7%).
5. Respondenci wyraźnie wskazywali na potrzebę stworzenia w polskim systemie ochrony zdrowia stanowiska *HR business partner* – specjalisty ds. zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia, który wspierałby realizację funkcji personalnej w podmiotach medycznych.
6. Respondenci słabo zidentyfikowali role i znaczenie koordynatora medycznego. Wynika to z faktu ograniczonych działań implementacyjnych (odpowiednia komunikacja) tego stanowiska pracy.
7. Polski system ochrony zdrowia może doświadczyć jeszcze bardziej wyraźnego kryzysu niedoboru zasobów lekarskich. Wyraźne zamiary migracyjne widoczne są zwłaszcza u młodych lekarzy (rezydentów i stażystów) [zob. tab. 17]. Nie tylko migracje są zagrożeniem dla realizacji świadczeń zdrowotnych. Odejścia z zawodu i ograniczenie aktywności zawodowej również. Należy pamiętać, że ponad 20% zasobów lekarskich w Polsce to lekarze w wieku EMERYTALNYM!

Tabela 17. Konsekwencje pandemii a niedobór personelu lekarskiego

	LR	LSp	LSt	DR	DSp	DSt
Odejście z miejsca pracy	17.2%	12.3%	6.1%	3.3%	1.8%	10.0%
Odejście z zawodu	10.9%	5.9%	10.4%	10.0%	8.5%	-
Migracja za granicę	23.6%	7.6%	26.1%	23.3%	6.7%	15.0%
Ograniczenie aktywności zawodowej	25.9%	39.2%	15.7%	13.3%	36.6%	20.0%
Nie rozważam takiej możliwości	22.4%	34.9%	41.7%	50.0%	46.3%	55.0%

8. Badania wyraźnie ujawniają potrzebę systemowego i strategicznego podejścia do kształtowania wynagrodzeń i rozwoju zasobów lekarskich. Oczekiwania płacowe wyartykułowane w czasie badania nie odbiegają od danych jakie identyfikowane są w czasie innych badań w tym zakresie. Ważne jest jednak zwrócenie uwagi na fakt, iż podwyższanie

wynagrodzeń bez uzależnienia podwyżek od efektywności pracy (wymiar jakościowy i ilościowy), rozwoju kompetencji specjalistycznych i pozaspecjalistycznych nie jest dobre ani dla personelu lekarskiego, ani pacjenta.

9. Badania wskazują na pogarszający się stan zdrowia psychicznego lekarzy. Kwestie zdrowia psychicznego personelu medycznego od lat stanowią obszar zainteresowania zarówno badaczy, jak i praktyków zarządzania w ochronie zdrowia. Przy czym w Polsce w przeciwieństwie do takich krajów jak USA, Kanada, Dania, Holandia czy Szwecja temat ten jest w zasadzie pomijany. Aspekt ten nie powinien już dłużej być ignorowany. Personel medyczny powinien mieć możliwość pozyskania wsparcia psychologicznego zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim. W systemie wzmocniona być powinna rola psychologów współpracujących z kadrami medycznymi.
10. Analiza wyników badań wskazuje również na ograniczony zakres wsparcia jakie oferowane było personelowi lekarskiemu w czasie pandemii. Wskazywane narzędzia uznać należy za podstawowe.
11. Wyniki badań wyraźnie wskazują na to, że personel lekarski widzi potrzebę poprawy realizacji funkcji personalnej w podmiotach leczniczych. Aktualnie – zwłaszcza w publicznych podmiotach świadczących usługi medyczne – administruje się kwestie personalne (umowy, ewidencja czasu pracy, naliczanie wynagrodzeń itp.) a nie zarządza zasobami. Lekarze, zwłaszcza młodzi, wskazują na niekompetencje ich bezpośrednich przełożonych w zakresie zarządzania. Ordynator czy kierownik oddziału to menedżerowie liniowi, którzy powinni być przygotowywani do pełnienia funkcji menedżerskich. Aktualnie zwracana jest uwaga przede wszystkim na kompetencje kadr wyższego szczebla co jest działaniem w dobrym kierunku ale na pewno nie wystarczającym.

Literatura

- Baliński P., Krajewski R. (2018). *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, maj 2018 r., ISBN 978-83-948240-2-0, https://nil.org.pl/uploaded_images/1575630206_demografia-2017.pdf (dostęp online: 05.10.2021).
- Buchelt B. (2017). *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, Wyd. UEK, Kraków.
- CEZ (2010-2020). Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia, <https://cez.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny> (dostęp online: 05.10.2021).
- Dyrbye L.N., West C.P., Richards M.L., Ross H.J., Satele D., Shanafelt T.D. (2016). *A randomized, controlled study of an online intervention to promote job satisfaction and well-being among physicians*. *Burnout Research*, 3, 3: 69–75.
- Goodman M.J., Schorling J.B. (2012). *A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers*. *Int J Psychiatry Med*, 43: 119–28.
- Grzela E. (2020). *Sektor ochrony zdrowia potrzebuje nowych zawodów medycznych*, *Puls Medycyny*, 23-06-2020, <https://pulsmedycyny.pl/czy-sektor-ochrony-zdrowia-potrzebuje-nowych-zawodow-medycznych-994661> (dostęp online: 05.10.2021).
- GUS (2020). *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2018-roku,4,9.html> (dostęp online: 05.10.2021).
- Janik J. (2020). *Czy w Polsce będzie coraz więcej lekarzy i pielęgniarek z innych krajów?*, „Rynek Zdrowia” 4 marca 2020, www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Czy-w-Polsce-bedzie-coraz-wiecej-lekarzy-i-pielengniarek-z-innych-krajow,203612,14,2.html (dostęp online: 05.10.2021).
- 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* 71 (3), s. 1-16, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00817>.
- Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H., Suchman A.L., Chapman B., Mooney C.J., et al. (2009). *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians*. *JAMA*, 302, 12: 1284–93.
- Mache S., Bernburg M., Baresi L., Groneberg D.A. (2016). *Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: a pilot study*. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 20, 4: 239–44. 10.1080/13651501.2016.1207085.
- Makara-Studzińska M., Tylec A., Kudlik A., Matuszczyk M., Murawiec S. (2018). *Analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie lekarzy psychiatrów — przegląd badań*, *Psychiatria*, 15(1): 35–38.
- Mapy Potrzeb Zdrowotnych (2020). *Kadry medyczne*, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>.
- McKay D., Heisler M., Mishori R., Catton H., Kloiber O. (2020). *Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19*, *lancet*, vol. 395, 1743-1745.

- MZ (2019). *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)*, www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce (dostęp online: 05.10.2021).
- NIK (2016). *NIK o kształceniu kadr medycznych*, 31 marca 2016, www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-ksztalceniu-kadr-medycznych.html (dostęp online: 05.10.2021).
- NIL (2015). *Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015*, Krajewski R., Naczelna Izba Lekarska, www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentysci-specjalisci-sytuacja-demograficzna (dostęp online: 05.10.2021).
- NIL (2020). *Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-05.pdf (dostęp online: 05.10.2021).
- NIL (2021). *Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1622670286_za-maj-2021-zestawienie-nr-05.pdf (dostęp online: 05.10.2021).
- NIPIP (2017). *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf (dostęp online: 05.10.2021).
- NIPIP (2020). *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych*, <https://nipip.pl/liczba-zaswiadczen-wydanych-na-potrzeby-uznawania-kwalifikacji-zawodowych> (dostęp online: 05.10.2021).
- Ochnik M. (2020). *Szykują się masowe odejścia lekarzy. Czy po pandemii będzie miał nas kto leczyć?*, www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/szykuja-sie-masowe-odejscia-lekarzy-czy-po-pandemii-bedzie-mial-nas-kto-leczyc-aa-dV32-foSE-yPcN.html (dostęp online: 05.10.2021).
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Sagan A., Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A. (2016). *The 2015 emergency care reform in Poland: Some improvements some unmet demands and some looming conflicts*, *Health Policy*, 120(11):1220-1225, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.009>.
- Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., West C.P. (2017). *Addressing Physician Burnout The Way Forward*, *JAMA*, 317(9):901-902. doi:10.1001/jama.2017.0076.
- Sood A., Prasad K., Schroeder D., Varkey P. (2011). *Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial*. *Journal of general internal medicine*, 26(8):858–61. 10.1007/s11606-011-1640-x.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*, Geneva: World Health Organization.
- Wilczek-Różyńska E. (2008). *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*, Wyd. UJ, Kraków.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419.
- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2014 r., poz. 1136.
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dz.U. 2017 poz. 1473.
- Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2018 poz. 1942.
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dz.U. 2019 poz. 1565.
- Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, Dz.U. 2020 poz. 1493.
- Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dz.U. 2020 poz. 2401.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, Dz.U. z 2016 r., poz. 587.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. z 2018 r., poz. 2396.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, Dz.U. z 2021 r. poz. 293.
- Zarządzenie Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.09.2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, 16.07.2021 <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12349101/12802901/12802902/dokument512948.pdf>, (dostęp online: 05.10.2021).
- Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, 25-06-2021 <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12348352/12798638/12798639/dokument509759.pdf> (dostęp online: 05.10.2021).

Spis tabel i rysunków

Tabela 1. Obszary wpływu niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia	11
Tabela 2. Profesjonalne wsparcie dla lekarza w wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych.....	12
Tabela 3. Administracyjne wsparcie dla lekarza.....	12
Tabela 4. Zawód wspierający, który należałoby najpilniej kompleksowo wdrożyć w systemie	13
Tabela 5. Zasadność wdrożenia HR business partner w systemie ochrony zdrowia	13
Tabela 6. Wprowadzenie rozwiązań tele-medycznych tam, gdzie to tylko możliwe	13
Tabela 7. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca zatrudnienia (na 1 000 mieszkańców)	15
Tabela 8. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu (na 1 000 mieszkańców)	15
Tabela 9. Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń	18
Tabela 10. Wpływ pandemii na decyzje związane z pracą zawodową [%]	20
Tabela 11. Zjawisko hejtu wobec lekarzy i lekarzy dentyistów	24
Tabela 12. Ocena rozwiązań przyjętych w ochronie zdrowia wobec personelu zaangażowanego w leczenie pacjentów COVID-owych [%]	26
Tabela 13. Wsparcie otrzymywane i oczekiwane przez personel medyczny zaangażowany w świadczenia medyczne na rzecz pacjenta COVID-19 [%]	27
Tabela 14. Emocje i stany towarzyszące członkom personelu medycznego podczas pandemii COVID-19 [%]. Wyniki badań w latach 2020 i 2021	28
Tabela 15. Emocje i stany towarzyszące członkom personelu medycznego w zależności od pozycji i płci	29
Tabela 16. Warunki sprzyjające satysfakcjonującej pracy [%]. Wyniki badań w latach 2020 i 2021	32
Tabela 17. Konsekwencje pandemii a niedobór personelu lekarskiego	35
 Rysunek 1. Tygodniowy czas pracy personelu medycznego [%]	21
Rysunek 2. Czy przełożony posiada kompetencje do zarządzania pracownikami [%]	34

Informacje o autorach



Beata Buchelt

Lider zespołu

Doktor habilitowany w dziedzinie ekonomii w naukach o zarządzaniu o specjalności zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZL). Dyrektor Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UEK, Ambasador Polskiej Federacji Szpitali. Członek wielu zespołów eksperckich związanych z projektowaniem i wdrażaniem metod i narzędzi ZZL ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu ochrony zdrowia.



Iwona Kowalska-Bobko

Członek zespołu

doktor habilitowany nauk o zdrowiu, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu UJCM. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji UJ. Od 2000 roku związana z Instytutem Zdrowia Publicznego UJ CM. Kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania w IZP. Ekspert w wielu projektach naukowych z obszaru ochrony zdrowia. Od 2003 współpracuje z EuroWHO.



Tomasz Masłyk

Członek zespołu

Doktor habilitowany w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie socjologia, profesor AGH. Absolwent specjalności socjologia gospodarki i badania rynku na Uniwersytecie Jagiellońskim. Pracownik badawczo-dydaktyczny na Wydziale Humanistycznym Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Ekspert w obszarze projektowania badań społecznych, ewaluacyjnych oraz statystycznej analizy danych.