

*dr Ewelina Rabiej*¹

Katedra Finansów
Uniwersytet Rzeszowski

Polityka Unii Europejskiej wobec personelu medycznego – narzędzie zrównoważonego rozwoju społecznego?

WPROWADZENIE

Personel medyczny to podstawowy element systemu ochrony zdrowia. Organizacja systemu, w tym poziom i struktura zatrudnienia oraz profesjonalizm kadry medycznej są, obok czynników genetycznych, środowiskowych oraz stylu życia, istotnymi determinantami zdrowia społeczeństwa. Celem polityki zdrowotnej powinno być dążenie do zapewnienia równości w zdrowiu, poprzez minimalizowanie różnic w poziomie zdrowia oraz w zasięgu, dostępie, korzystaniu, jakości i użyteczności opieki zdrowotnej pomiędzy grupami ludności, zróżnicowanymi pod względem dochodów, wieku, płci, narodowości, pochodzenia etnicznego, miejsca zamieszkania [Golinowska, 2012, s. 191].

Sektor ochrony zdrowia jest jednym z największych obszarów gospodarki Unii Europejskiej. Zatrudnia ok. 17 mln osób, co stanowi 8% pracujących w UE. Wydatki na ochronę zdrowia w państwach członkowskich wynoszą od 5,9% PKB w Rumunii do 12% PKB w Holandii [Buchan, Wismar, Glinos, Bremner, 2014, s. 55]. Wskaźniki te świadczą o wysokich całkowitych nakładach na ochronę zdrowia, ale nasuwają również przypuszczenie istnienia nierówności w zdrowiu pomiędzy krajami członkowskimi UE, co potwierdzają analizy demograficzne. Wskaźnik oczekiwanej długości życia, który jest obiektywnym miernikiem badania nierówności w stanie zdrowia, wynosi w UE 79 lat, od 74 w Bułgarii, Rumunii, Litwie i Łotwie do 83 lat we Włoszech (Polska 77 lat). Wskaźnik oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu wynosi 70 lat, od 65 lat na Litwie i Łotwie do 74 lat na Cyprze (Polska 67 lat). Pomiędzy krajami

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Ekonomii, Katedra Finansów, ul. M. Œwiklińskiej 2, 35-601 Rzeszów, tel. +48 17 872 16 45, e-mail: erabiej@ur.edu.pl.

członkowskimi jest więc 9 lat różnicy w ocenie obu wskaźników [WHO Country Health Profile, (<http>)]².

Celem niniejszego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie: czy polityka Unii Europejskiej wobec personelu medycznego jest narzędziem zrównoważonego rozwoju społecznego, czy też źródłem nierówności społecznych. Badania obejmują analizę sytuacji prawnej oraz stanu obecnego i trendów w poziomie i strukturze zatrudnienia. Szczególną uwagę poświęcono kwestii nasycenia kadrami medycznymi w polskim systemie ochrony zdrowia oraz migracji personelu medycznego. Ze względu na rozległość pojęcia „personel medyczny”, analiza obejmuje podstawowe zawody medyczne, tj. lekarz, dentysta, pielęgniarka oraz położna.

Pracę przygotowano na bazie studiów literaturowych, w tym aktów prawnych, raportów i opracowań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Komisji Europejskiej, Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Badaniami objęto lata 2000–2014 (według ostatnich dostępnych danych), uwzględniając stan prawny na dzień 01.08.2014 r.

ASPEKT PRAWNY

Funkcjonowanie ochrony zdrowia w krajach UE jest przedmiotem regulacji krajowych, ale podlega również prawodawstwu wspólnotowemu. Zgodnie z Traktatem o funkcjonowaniu Unii Europejskiej [DzU C 326/01 z 26.10.2012 r.] każdy obywatel UE ma prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych. Działania podejmowane przez Unię Europejską powinny dążyć do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia, m.in. poprzez wspieranie i uzupełnianie krajowych działań, przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności państw członkowskich za organizację opieki zdrowotnej. W Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej [DzU C 326/02 z 26.10.2012 r.] wskazuje się, że UE powinna przyczyniać się do ochrony i rozwoju wspólnych wartości, szanując przy tym różnorodność kultur i tradycji narodów Europy, jak również tożsamość narodową państw członkowskich i organizację ich władz.

Jedną z fundamentalnych zasad funkcjonowania UE jest swoboda przepływu osób, usług, towarów i kapitału [Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej...]. Prawo to obejmuje zniesienie wszelkiej dyskryminacji ze względu na przynależność państwową między pracownikami państw członkowskich w za-

² Wskaźnik oczekiwanej długości życia, ang. *life expectancy at birth (year)*, to przeciętna długość życia osób nowo narodzonych; wskaźnik oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu, ang. *healthy life expectancy at birth (years)*, to przeciętna długość życia w dobrym zdrowiu osób nowo narodzonych; szerzej na temat nierówności w zdrowiu w [European Commission, 2013].

kresie zatrudnienia, wynagrodzenia i innych warunków pracy. W rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 492/2011 z 5.04.2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii [DzU L 2011.141 z 27.05.2011 r., s. 1] wskazuje się, że każdy obywatel państwa członkowskiego, bez względu na miejsce zamieszkania, ma prawo do podjęcia działalności jako pracownik najemny i prowadzenia tej działalności na terytorium innego państwa członkowskiego, zgodnie z przepisami ustawowymi, wykonawczymi i administracyjnymi dotyczącymi zatrudnienia obywateli tego państwa.

Zawody medyczne – lekarza, dentyści, pielęgniarki i położnej – należą do grupy tzw. zawodów regulowanych, definiowanych jako działalność, której wykonywanie wymaga, na mocy przepisów prawnych, posiadania specjalnych kwalifikacji zawodowych. Kwestię uznawalności kwalifikacji w zawodach medycznych w państwach UE reguluje dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7.09.2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych [DzU L 255 z 30.09.2005 r., s. 22]. Dyrektywa, określając minimalne wymogi w zakresie kształcenia, umożliwia każdemu obywatelowi państwa członkowskiego UE uznanie kwalifikacji do wykonywania zawodu regulowanego lub działalności w państwie członkowskim innym niż to, w którym uzyskał kwalifikacje zawodowe. W myśl przyjętych przepisów, każde państwo członkowskie UE uznaje dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji, uprawniające do podejmowania działalności zawodowej w charakterze lekarza posiadającego podstawowy poziom wykształcenia medycznego lub lekarza specjalisty, pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, lekarza dentyści lub wyspecjalizowanego lekarza dentyści, wyszczególnione odpowiednio w dyrektywie 2005/36/WE (tzw. system automatycznego uznawania kwalifikacji). Dokumenty muszą być wydane przez właściwe organy w państwach członkowskich. W przypadkach, w których dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji nie spełnia wszystkich wymogów w zakresie wykształcenia określonych w dyrektywie 2005/36/WE, każde państwo członkowskie uznaje ten dokument za wystarczający, o ile poświadczą on ukończenie kształcenia, które rozpoczęło się przed datami odniesienia określonymi w dyrektywie oraz załączone jest do niego zaświadczenie, stwierdzające, że posiadacz danego dokumentu faktycznie i zgodnie z prawem wykonywał przedmiotowe rodzaje działalności nieprzerwanie przez co najmniej trzy lata w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie zaświadczenia. Regulacje ujęte w dyrektywie 2005/36/WE wdrożone zostały do polskiego prawa ustawą z 18.03.2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej [DzU z 2008 r., nr 63, poz. 394 z późn. zm.].

W 2014 r. weszła w życie dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z 20.11.2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym [DzU L 354 z 28.12.2013 r., s. 132]. Nowe

przepisy wprowadzają rozwiązania umożliwiające usprawnienie uznawania kwalifikacji zawodowych pomiędzy państwami członkowskimi. Zmiany dotyczą m.in. możliwości automatycznego uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek – absolwentek liceów medycznych (na zasadzie praw nabytych), a także złagodzenia warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarek – absolwentek szkół pomaturalnych, które polega na skróceniu wymaganego doświadczenia zawodowego do standardowego, ustanowionego w dyrektywie 2005/36/WE, okresu 3 kolejnych lat z ostatnich 5 (zamiast 5 z 7). Skrócenie wymaganego doświadczenia zawodowego do 3 lat dotyczy również położnych – absolwentek szkół pomaturalnych. Dyrektywa 2013/55/UE przewiduje również wprowadzenie europejskiej legitymacji zawodowej, która będzie stanowiła nową ścieżkę uznawania kwalifikacji.

STRUKTURA ZATRUDNIENIA PERSONELU MEDYCZNEGO

Istotną determinantą polityki zdrowotnej, w tym polityki w obszarze zasobów ludzkich, są zasoby finansowe zasilające system. Polska należy do grupy krajów UE o najniższych wydatkach na ochronę zdrowia. W latach 2003–2012 nakłady wzrosły wprawdzie z poziomu 52,6 mld do 107,8 mld, tj. o ponad 100%, jednak ich udział w PKB wyniósł zaledwie 6,75%, podczas gdy w UE – 9,88%. W tym samym okresie wydatki na kształcenie i szkolenie personelu medycznego wzrosły o 27%, z poziomu 982,2 mln do poziomu 1249 mln [GUS, 2006; GUS, 2014; Buchan, Wismar, Glinos, Bremner, 2014, s. 55].

Analiza danych statystycznych dotyczących personelu medycznego uprawnionego do wykonywania zawodu w Polsce w latach 2000–2012 wykazuje, że wzrosła liczba lekarzy i dentystów – odpowiednio z 127,2 tys. (32,9 na 10 tys. ludności) do 137,1 tys. (35,6 na 10 tys.) i z 33,9 tys. (8,8 na 10 tys. ludności) do 38,8 tys. (10,1 na 10 tys. ludności). Spadła natomiast liczba pielęgniarek i położnych – odpowiednio z 340,9 tys. (88,2 na 10 tys. ludności) do 285,3 tys. (74 na 10 tys. ludności) i z 46 tys. (11,9 na 10 tys. ludności) do 35,1 tys. (9,1 na 10 tys. ludności), (tabela 1).

Wskaźniki zatrudnienia personelu medycznego są znacznie niższe od liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Wynika to m.in. ze sposobu gromadzenia danych – są one niepełne, ponieważ uwzględniają jedynie osoby pracujące w instytucjach ochrony zdrowia, w których udzielanie świadczeń zdrowotnych jest finansowane ze środków publicznych. W latach 2000–2012 spadło zatrudnienie lekarzy z 85 tys. do 82,9 tys. (60% uprawnionych do wykonywania zawodu), wzrosło natomiast zatrudnienie dentystów – z 11,8 tys. do 12,4 tys. (32% uprawnionych do wykonywania zawodu), pielęgniarek – z 189,6 tys. do 200,1 tys. (70% uprawnionych do wykonywania zawodu), położnych – z 22 tys. do 24,1 tys. (67% uprawnionych do wykonywania zawodu)³ (tabela 1).

³ Oceniając analizowane wskaźniki należy mieć również na uwadze, że część osób nie pracuje w swoim zawodzie, a część wyemigrowała.

Tabela 1. Personel medyczny w Polsce w latach 2000–2012

Wyszczególnienie	2000		2004		2008		2012	
	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z
Lekarze								
– ogółem w tys.	127,2	85,0	125,0	85,6	131,4	78,1	137,1	82,9
– na 10 tys. lud.	32,9	22,0	32,8	22,4	34,5	20,5	35,6	21,5
Dentyści								
– ogółem w tys.	33,9	11,8	33,9	13,8	36,2	12,8	38,8	12,4
– na 10 tys. lud.	8,8	3,0	8,9	3,6	9,5	3,3	10,1	3,2
Pielęgniarki								
– ogółem w tys.	340,9	189,6	268,8	180,8	275,1	183,0	285,3	200,1
– na 10 tys. lud.	88,2	49,1	70,4	47,4	72,1	48,0	74,0	51,9
Położne								
– ogółem w tys.	46,0	22,0	32,5	21,7	33,4	21,8	35,1	24,1
– na 10 tys. lud.	11,9	5,7	8,5	5,7	8,8	5,7	9,1	6,2

U – personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu, Z – personel medyczny zatrudniony.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: CSIOZ, *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia*, 2001, 2005, 2009, 2013, Warszawa.

Liczba personelu medycznego jest z jednej strony pochodną liczby absolwentów studiów medycznych, a z drugiej – naturalnych ubytków związanych ze starzeniem się populacji. W Polsce obserwuje się wzrost średniej wieku personelu medycznego we wszystkich grupach zawodowych. Tendencja ta jest najsilniejsza w grupie pielęgniarek i położnych. W 2012 r. najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45–54 lata – 95,4 tys., najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 15,5 tys., których było o 23% mniej niż w 2011 r. Wśród położnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 45–54 lata – 12,5 tys., natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – 2015 osób, tj. o 25,4% więcej niż w roku poprzednim [*Policy paper...*, 2014, s. 22; GUS, 2013, s. 65].

Tabela 2. Limity przyjęć na studia medyczne na kierunku lekarskim oraz lekarsko-dentystycznym w Polsce w latach 2010–2014

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Kierunek lekarski	4931	5059	5202	5352	5510
Kierunek dentystyczny	1134	1147	1161	1266	1274
Razem	6065	6206	6363	6618	6784

Źródło: opracowanie własne na podstawie: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.08.2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2014 r., poz. 1125); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.08.2013 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2013 r., poz. 986); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.07.2012 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2012 r., poz. 864); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.08.2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (DzU z 2011 r., nr 165, poz. 993); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12.07.2010 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (DzU z 2010 r., nr 128, poz. 864).

Zasilanie systemu ochrony zdrowia przez młody personel medyczny uzależnione jest przede wszystkim od liczby absolwentów studiów medycznych, która z kolei jest pochodną limitów przyjęć, określanych w drodze rozporządzenia przez ministra zdrowia, z uwzględnieniem zasad określonych w art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 27.07.2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym [DzU z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.]. Analizując teksty kolejnych rozporządzeń obserwuje się niewielki, stały wzrost liczby studentów medycyny (tabela 2).

Poziom i struktura zatrudnienia personelu medycznego w pozostałych krajach członkowskich Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane. Średnia liczba osób wykonujących świadczenia zdrowotne jest wyższa niż w Polsce i to we wszystkich grupach zawodowych. Liczba lekarzy zatrudnionych na 10 tys. ludności wynosi 32, od 22 w Polsce do 48,3 w Austrii, liczba dentyistów – 6,8, od 3,4 w Polsce do 9 w Bułgarii, liczba pielęgniarek i położnych – 83,6, od 44,6 na Cyprze, przez 58,4 w Polsce, do 160,9 w Danii (tabela 3). Według *European Vacancy Monitor*, zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia w UE w latach 2008–2012 wzrastało o 2% rocznie i przewiduje się utrzymanie tej tendencji [European Commission, 2014].

Tabela 3. Personel medyczny zatrudniony na 10 tys. ludności w krajach Unii Europejskiej w 2013 r.*

Wyszczególnienie	Lekarze	Dentyści	Pielęgniarki i położne
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Austria	48,3	5,7	79,1
Belgia	29,9	7,2	157,8
Bułgaria	38,1	9,0	46,8
Chorwacja	28,4	7,2	58,0
Cypr	22,9	7,0	44,6
Czechy	36,2	7,1	84,3
Dania	34,2	8,1	160,9
Estonia	32,6	8,8	64,6
Finlandia	29,1	8,0	108,3
Francja	31,8	6,6	93,0
Grecja	bd	bd	bd
Hiszpania	37,0	bd	50,8
Holandia	bd	bd	83,8
Irlandia	27,2	bd	bd
Litwa	41,2	7,5	71,7
Luksemburg	28,2	8,4	124,7
Łotwa	28,8	6,5	47,3
Malta	35,0	4,5	70,9
Niemcy	38,1	8,0	114,9
Polska	22,0	3,4	58,4
Portugalia	bd	bd	bd
Rumunia	23,9	6,2	55,1

1	2	3	4
Słowacja	30,0	5,0	bd
Słowenia	25,2	6,3	84,6
Szwecja	32,7	8,3	110,5
Węgry	29,6	5,3	63,9
Wielka Brytania	27,9	5,4	88,3
Włochy	40,9	bd	bd
Średni wskaźnik dla UE	32,0	6,8	83,6

* dane dla 2013 r. lub ostatnie dostępne w okresie 2006–2013.

Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO, 2014, *World Health Statistics 2014*; OECD Health Data, <http://stats.oecd.org> (dostęp: 15.08.2014 r.).

Omówione w opracowaniu prawodawstwo wspólnotowe oraz głębokie różnice w poziomie finansowania i nasycenia zasobami ludzkimi systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich UE wywołują zjawisko migracji personelu medycznego. Wśród czynników leżących u podstaw decyzji o podjęciu pracy w innym kraju wymienia się wysokość wynagrodzeń, warunki pracy, możliwość dalszego kształcenia, stabilizację ekonomiczną i życiową [Buchan, Wismar, Glinos, Bremner, 2014, s. 205]⁴.

W Polsce nie ma systemu obowiązkowej rejestracji personelu medycznego wyjeżdżającego do pracy za granicą. Zjawisko migracji monitorowane jest w ministerstwie zdrowia poprzez analizę liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach UE. Należy jednak zaznaczyć, że liczba wydanych zaświadczeń nie jest jednoznaczna z liczbą osób, które faktycznie podejmują pracę. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, na dzień 09.09.2014 r. spośród 137 tys. lekarzy uprawionych do wykonywania zawodu, 9 tys., tj. 7% pobrało zaświadczenia potrzebne do uznania kwalifikacji w innym kraju UE. Zainteresowanie podjęciem pracy w UE jest zróżnicowane w zależności od specjalności lekarskich. Najliczniejszą grupą byli lekarze specjaliści z zakresu chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej oraz położnictwa i ginekologii. Wśród dentystów zainteresowanie wyjazdem do pracy jest niższe: na 38,8 tys. uprawionych do wykonywania zawodu, zaświadczenia pobrały 974 osoby, tj. 2,5%. Najwięcej zaświadczeń wydano w pierwszych latach członkostwa Polski w UE. W 2007 r. liczba zaświadczeń spadła i od tego czasu obserwuje się stabilizację [NIL, (http); Kautsch, 2013, s. 170]. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, na dzień 31.12.2013 r. wydano 16 tys. zaświadczeń [NIPiP, (http)]. Niestety, w przypadku pielęgniarek

⁴ W 2013 r. Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* rozpoczęła realizację projektu *Health Workers for All and All for Health Workers*, którego celem jest zbadanie zjawiska migracji personelu medycznego w Unii Europejskiej oraz opracowanie narzędzi do analizy sytuacji migracyjnej. W projekcie uczestniczy osiem państw członkowskich UE, tj. Polska, Holandia, Belgia, Niemcy, Rumunia, Wielka Brytania, Włochy i Hiszpania; <http://www.healthworkers4all.eu>

i położnych wskaźnik liczby wydawanych zaświadczeń nie jest miarodajny, gdyż często podejmują one pracę w innych krajach bez pobierania zaświadczenia. Docelowe kraje emigracji polskiego personelu medycznego w UE to: Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy, Szwecja, Norwegia i Dania [Golinowska, 2012, s. 133]. Emigrują najczęściej osoby młode, posiadające odpowiednie kwalifikacje, ze znajomością języków obcych.

Zainteresowanie obywateli państw członkowskich UE podjęciem pracy w Polsce jest minimalne. Według danych z 2009 r. stanowili oni mniej niż 1% wszystkich zarejestrowanych lekarzy i dentystów. Imigranci pochodzą przeważnie z krajów, w których PKB *per capita* jest niższe niż w Polsce, tj. Bułgaria i Litwa (spoza UE: Ukraina, Albania, Armenia, Białoruś, Iran, Liban, Libia, Mongolia, Palestyna, Rosja, Syria). Polska jest dla zagranicznych pracowników medycznych najczęściej wyłącznie krajem tranzytowym – po uzyskaniu kwalifikacji uznawanych w UE emigrują dalej [Golinowska, 2012, s. 134].

Migracja polskiego personelu medycznego, mimo że nie stanowi masowego zjawiska, to obejmując grupę najmłodszych, wykwalifikowanych pracowników, jest niepokojąca i może negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia w długim okresie czasu. Od 2012 r. priorytetowymi dziedzinami medycyny, tj. takimi, w których brakuje lekarzy specjalistów są: anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia onkologiczna, geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna oraz stomatologia dziecięca [rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.12.2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (DzU z 2012 r., poz. 1489)].

WNIOSKI

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, swoboda przepływu osób i system automatycznego uznawania kwalifikacji są dla personelu medycznego bardzo korzystne, jednak stanowią wyzwanie dla krajowych systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich, które ze względów ekonomicznych nie potrafią zapewnić odpowiedniego zasilenia kadrami medycznymi. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, problemy systemów zdrowotnych związane z poziomem zatrudnienia personelu medycznego będą się w najbliższych latach pogłębiać, i to zarówno w krajach biednych, jak i bogatych [Ministerstwo Zdrowia, (<http://>)]. Komisja Europejska szacuje, że do 2020 r. braki kadrowe w europejskim sektorze ochrony zdrowia sięgną poziomu ok. 1 mln osób, w tym 230 tys. lekarzy i 590 tys. pielęgniarek [Insight, 2012, s. 13]. Większość państw członkowskich UE stoi w obliczu niedoborów personelu medycznego. WHO zwraca uwa-

gę, że zarówno działania krajowe, jak i unijne wobec personelu medycznego, muszą uwzględniać dwa niezwykle ważne aspekty – z jednej strony etykę postępowania, a z drugiej efektywność systemu [Buchan, Wismar, Glinos, Bremner, 2014, s. 7]. W 2010 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Genewie uchwalono Globalny Kodeks WHO Postępowania w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego [WHO, 2010]. Kodeks zawiera rekomendacje w zakresie etycznej międzynarodowej rekrutacji *białego* personelu, uwzględniającej prawa, obowiązki i potrzeby zarówno krajów docelowych, krajów, z których pochodzi migrujący personel, jak i samego personelu medycznego. W kodeksie zwraca się uwagę na potrzebę usprawnienia systemów informacji o personelu medycznym celem wspierania polityki w zakresie planowania zasobów ludzkich w ochronie zdrowia.

Komisja Europejska wskazuje na konieczność racjonalnego zarządzania kadrami medycznymi, zaznaczając jednocześnie, że odpowiedzią na migrację personelu medycznego nie może być wprowadzanie barier prawnych w swobodnym przepływie osób, lecz odpowiednia polityka i skoordynowane działania władz Unii i państw członkowskich. Wymienia się w tym zakresie pięć podstawowych obszarów, tj. [European Commission, 2008, s. 8]:

- promowanie porozumień dwustronnych między państwami członkowskimi, celem wykorzystania wszelkich nadwyżek personelu medycznego;
- inwestowanie w szkolenie i zatrudnianie;
- wspieranie porozumień transgranicznych dotyczących szkoleń i wymiany personelu, które mogą pomóc w zarządzaniu odpływem pracowników;
- wprowadzenie zachęt do *zwrotnego* przepływu pracowników (tj. po wyjazdach personelu na zagraniczne szkolenia lub w celu zdobycia doświadczenia);
- stworzenie ogólnoeuropejskiego forum wymiany informacji dla menedżerów.

Jednym z priorytetów polityki unijnej, określonym w ramach *Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia 2014–2020*, jest wspieranie stabilności kadr służby zdrowia w zakresie ich liczby, równości płci, zakresu praktyki i zgodności między kształceniem a wymaganymi umiejętnościami, monitorowanie mobilności w UE oraz migracji pracowników służby zdrowia, propagowanie skutecznych strategii naboru i zatrzymywania pracowników oraz rozwoju potencjału, z należywym uwzględnieniem problematyki starzenia się społeczeństwa [rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z 11.03.2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (DzU L 86 z 21.03.2014 r., s. 1)].

Podsumowując, polityka Unii Europejskiej wobec personelu medycznego może stać się narzędziem zrównoważonego rozwoju, pod warunkiem wypracowania i wdrożenia odpowiednich rozwiązań prawnych i ekonomicznych. Właściwa strategia w zakresie polityki kadrowej w ochronie zdrowia może zwiększyć dostęp do świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – wpłynąć pozytywnie na zrównoważony rozwój społeczny w Unii Europejskiej.

BIBLIOGRAFIA

- Buchan J., Wismar M., Glinos I.A., Bremner J. (red.), 2014, *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, WHO.
- CSIOZ, 2001, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.
- CSIOZ, 2005, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.
- CSIOZ, 2009, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.
- CSIOZ, 2013, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.
- Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7.09.2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (DzU L 255 z 30.09.2005 r., s. 22).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z 20.11.2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (DzU L 354 z 28.12.2013 r., s. 132).
- European Commission, 2008, *Green Paper. On the European Workforce for Health*, COM(2008) 725 final.
- European Commission, 2013, *Report on health inequalities in the European Union. Commission Staff Working Document*, SWD(2013) 328 final.
- European Commission, 2014, *European Vacancy Monitor*, no. 12.
- Golinowska S. (red.), 2012, *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- GUS, 2006, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r.*, Warszawa.
- GUS, 2013, *Zdrowie i jego ochrona w 2012 r.*, Warszawa.
- GUS, 2014, *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 r.*, Warszawa.
- http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0011/97274/Zestawienie-nr-06b.pdf (dostęp: 15.09.2014 r.).
- Insight M., 2012, *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Final report*, European Commission.
- Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (DzU C 326/02 z 26.10.2012 r.).
- Kautsch M., 2013, *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 11(2), s. 169.
- Ministerstwo Zdrowia, 2006, *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?nr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876> (dostęp: 13.07.2014 r.).
- NIL, *Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom dentystom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0013/100840/Zestawienie-nr-06b.pdf (dostęp: 15.09.2014 r.).
- NIL, *Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/97273/Zestawienie-nr-06a.pdf (dostęp: 15.09.2014 r.).
- NIPiP, *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01-05-2004 do 31-12-2013*, www.nipip.pl/attachments/article/2622/Wydane_zaswiadczenia_2004-2013.pdf (dostęp: 15.08.2014 r.).

- OECD Health Data, <http://stats.oecd.org> (dostęp: 15.08.2014 r.).
- Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, 2014, Ministerstwo Zdrowia.
- Projekt *Health Workers for All and All for Health Workers*, DCI-NSAED/2011/106, <http://www.healthworkers4all.eu> (stan na dzień 15.09.2014 r.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12.07.2010 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (DzU z 2010 r., nr 128, poz. 864).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.08.2013 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2013 r., poz. 986).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.12.2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (DzU z 2012 r., poz. 1489).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2014 r., poz. 1125).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23.07.2012 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny (DzU z 2012 r., poz. 864).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.08.2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (DzU z 2011 r., nr 165, poz. 993).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z 11.03.2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (DzU L 86 z 21.03.2014 r., s. 1).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 492/2011 z 5.04.2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii (DzU L 2011.141 z 27.05.2011 r., s. 1).
- Traktat o Unii Europejskiej, Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersje skonsolidowane) (DzU C 326/01 z 26.10.2012 r.).
- Ustawa z 18.03.2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (DzU z 2008 r., nr 63, poz. 394 z późn. zm.).
- Ustawa z 27.07.2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (DzU z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.).
- WHO Country Health Profile, <http://www.who.int/countries/en/> (dostęp: 15.08.2014 r.).
- WHO, 2010, *The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.
- WHO, 2014, *World Health Statistics 2014*.

Streszczenie

W opracowaniu przeprowadzono analizę wybranych aspektów polityki Unii Europejskiej wobec personelu medycznego. Zbadano sytuację prawną oraz stan obecny i trendy w poziomie i strukturze zatrudnienia kadry medycznej w UE, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji Polski. Ze względu na rozległość pojęcia *personel medyczny*, analiza objęła podstawowe zawody medyczne, tj. lekarz, dentysta, pielęgniarka oraz położna.

Poziom i struktura zatrudnienia oraz profesjonalizm kadry medycznej są, obok czynników genetycznych, środowiskowych oraz stylu życia, istotnymi determinantami zdrowia społeczeństwa. W UE obserwuje się znaczne różnice w organizacji oraz poziomie finansowania ochrony

zdrowia. Choć korelacja pomiędzy wysokością nakładów na ochronę zdrowia oraz stanem zdrowia społeczeństwa nie została jednoznacznie stwierdzona, to analiza danych statystycznych, w tym wskaźnika oczekiwanej długości życia, pozwala przypuszczać, że społeczeństwa bogatsze są zdrowsze. Omówione w opracowaniu prawodawstwo wspólnotowe oraz głębokie różnice w poziomie nasycenia zasobami ludzkimi systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich UE, wywołują zjawisko migracji personelu medycznego, co może prowadzić do pogłębiania się nierówności społecznych.

Przeprowadzona analiza pozwala sądzić, że polityka UE wobec personelu medycznego może być narzędziem zrównoważonego rozwoju społecznego, pod warunkiem jednak, że będzie uwzględniać potrzeby wszystkich państw członkowskich. Racjonalne zarządzanie europejskimi kadrami medycznymi oznacza skoordynowanie działań władz UE oraz krajów członkowskich, z wyłączeniem wprowadzania barier prawnych w swobodnym przepływie osób. Wypracowanie optymalnych rozwiązań w zakresie polityki wobec personelu medycznego jest obecnie jednym z najważniejszych obszarów działań unijnych. Właściwa strategia w zakresie polityki kadrowej w ochronie zdrowia może zwiększyć dostęp do świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie wpłynąć pozytywnie na zrównoważony rozwój społeczny w Unii Europejskiej.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, Unia Europejska, nierówności społeczne

European Union Policy on Medical Personnel – A Tool of Sustainable Social Development?

Summary

The analysis of selected aspects of the European Union Policy on medical personnel was conducted in this study. Legal situation and the level and structure of employment of EU medical personnel (current state and trends), in particular situation in Poland was taken into consideration and examined. Because of the extent of the concept of medical personnel, the analysis included basic medical professionals, i.e. doctor, dentist, nurse and the midwife.

The level and structure of employment, as well as the professionalism of medical staff, alongside genetic, environmental factors and lifestyle which are important determinants of public health. In the EU, significant differences in the organization and the funding level of health care are being observed. Although the correlation between the amount of expenditure on health care and the condition of public health was not determined, statistical data analysis (e.g. the rate of life expectancy) let us assume that richer societies are healthier. The community legislation discussed in the study and large differences in the level of medical personnel employment in UE member countries are causing the migration of medical personnel, which can lead to the deepening of social inequalities.

Conducted analysis allows us to presume that the EU policy on the medical personnel can be the tool of social sustainable development, provided that it takes the needs of all member states into account. Rational management of European medical staff means coordinated action of the EU authorities and member state countries, with the exclusion of implementation of legal barriers for the free movement of persons. Development of optimal solutions in the policy on medical personnel is currently one of the most important areas of EU action. The appropriate strategy in the policy on medical personnel can increase the access to health care, and consequently have a positive influence on a sustainable social development in the European Union itself.

Keywords: healthcare sector, European Union, social inequalities

JEL: H51, I14, I15, I18