
ALERT ZDROWOTNY

4

gap.



open
eyes
economy
summit

dr hab. Monika Bociąga-Jasik
dr Alicja Domagała
prof. dr hab. Zbigniew Gaciong
prof. dr hab. Stanisława Golinowska
prof. dr hab. Tomasz Grodzicki
Marek Haber
dr hab. Dorota Karkowska
prof. dr hab. Maria Kózka
prof. dr hab. Adam Windak
prof. dr hab. Cezary Włodarczyk

Zawody medyczne i inne zawody ochrony zdrowia w świetle pandemii COVID-19

Wprowadzenie

Deficyt kadr medycznych to problem uniwersalny, występujący w większości krajów na świecie. Wiele prac poświęcono wskazaniu przyczyn i formułowaniu rekomendacji adresowanych zarówno do władz krajowych, jak i organizacji międzynarodowych. W Komisji Europejskiej w 2008 r. przygotowano raport pt. *Green Paper on the European Workforce for Health*, prognozujący skalę przyszłego deficytu kadr, a w latach 2012-2014 realizowano specjalny projekt badawczy (NEUJOBS) poświęcony szacowaniu potrzeb w zakresie kształcenia i zatrudniania lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Deficyt kadr medycznych w państwach UE szacowano na poziomie 1 mln zatrudnionych (UE-27), a prognozowana skala deficytu była najwyższa w nowych krajach członkowskich UE.

W Polsce kwestie dotyczące planowania zabezpieczenia kadr medycznych przez wiele lat były zaniedbywane i niedoceniane, a występujący deficyt kadr nie stanowił przedmiotu dostatecznej troski o zaspokojenie potrzeb otwartego rynku pracy. Liczba osób kształconych w poszczególnych zawodach medycznych była niewystarczająca, a część wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych zdecydowała się na emigrację zawodową (szczególnie po akcesji Polski do Unii Europejskiej). Ponadto, zmiany systemu kształcenia w niektórych zawodach medycznych (np. w pielęgniarstwie i położnictwie), wynikające z wejścia Polski do UE oraz

niekorzystna struktura wiekowa pracowników, dodatkowo pogłębiły ten deficyt.

Pandemia COVID-19 odsłoniła dramatyczny deficyt kadr medycznych. Zjawisko to zaczęło występować powszechnie, a w krajach o niskiej podaży zatrudnienia pracowników medycznych stanowi zagrożenie możliwości skutecznych działań w zwalczaniu pandemii. Sytuacja ta wyraźnie pokazała, jak ogromną rolę dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów odgrywają osoby wykonujące zawody medyczne oraz sprawna, racjonalna organizacja ich pracy.

W *Alercie* poświęconym problemowi deficytu kadr medycznych zwracamy uwagę także na **braki podaży innych zawodów ochrony zdrowia, co czyni problem deficytu kadr medycznych tym bardziej dojmującym.**

Zaistniałych problemów nie da się rozwiązać w krótkim czasie – zwiększone limity przyjęć na studia medyczne, czy wdrożenie programu wsparcia finansowego dla studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, przyniosą efekty dopiero po wielu latach. Natomiast w sytuacji obecnego kryzysu epidemicznego można podjąć, wzorem innych krajów, działania sprzyjające wzrostowi zatrudnienia w najbardziej krytycznych segmentach rynku pracy sektora zdrowotnego. Ważna jest **modyfikacja podziału ról i kompetencji celem lepszego wykorzystania kwalifikacji zawodowych dostępnych kadr i odciążenie profesjonalistów medycznych od czynności administracyjnych i innych zadań niemedycznych.**

W sytuacji kryzysu zdrowotnego istotne znaczenie ma ponadto sprawnie funkcjonujące zaplecze monitorowania i kontrolowania sytuacji epidemicznej. W tym celu potrzebne jest wsparcie informatyczne i digitalizacja wielu funkcji dotyczących zbierania i przetwarzania informacji zdrowotnych, obserwacji kontaktów wśród osób zakażonych czy kontroli respektowania reżimów sanitarnych. Do pełnienia tych funkcji niezbędni są

dobrze przygotowani i odpowiednio zmotywowani pracownicy.

I. Opis zastanej sytuacji

Kryzys zasobów kadrowych jest aktualnie powszechnym wyzwaniem większości systemów zdrowotnych na świecie, jednak sytuacja polskich kadr medycznych jest wyjątkowo niekorzystna, co przejawia się m.in.:

- Jednymi z najniższych w Europie wskaźnikami zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodów medycznych: 2,4 lekarzy/1000 mieszkańców (średnia OECD 3,5/1000) oraz 5,1 pielęgniarek/1000 mieszkańców (średnia OECD 8,8/1000). Wskaźniki te od wielu lat nie zmieniały się, co czyni deficyt kadrowy wyjątkowo dotkliwym (OECD 2020).
- Niskim wskaźnikiem absolwentów studiów medycznych: w 2017 r. było to 11 osób na 100.000 mieszkańców. Dla porównania – przeciętnie w krajach OECD wskaźnik ten wynosił 13,1, a w Czechach – 17,1.
- Niekorzystną strukturą specjalizacji zawodowych w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych oraz potrzeb systemu ochrony zdrowia. Relatywnie niski jest wskaźnik udziału lekarzy rodzinnych i ogólnych: 17,6 – gdy przeciętnie w krajach OECD wynosi 31,2. Jednocześnie brakuje specjalistów w wielu potrzebnych specjalizacjach, np. w dziedzinie geriatricznej.
- Niekorzystną strukturą wiekową i systematycznym wzrostem udziału osób w wieku emerytalnym, co skutkuje brakiem zastępowalności pokoleń w najliczniejszych grupach zawodów medycznych.

Aktualnie średni wiek lekarza wynosi 50,2 lata (lekarza specjalisty powyżej 54,2). Średni wiek pielęgniarki to 52,6 lat; a położnej 50,4 lata.

- Niekorzystną relacją personelu pielęgniarskiego do lekarskiego; wskaźnik dla Polski wynosi 2,1 pielęgniarki na 1 lekarza, a np. w Niemczech wynosi 3,0 (średnia OECD 2,7).
- Nadmiernym obciążeniem pracą i koniecznością podejmowania zatrudnienia w kilku miejscach (ponad 60% lekarzy i ok. 30-40% pielęgniarek pracuje w więcej niż jednej placówce medycznej).
- Niskim prestiżem i niesatysfakcjonującym poziomem wynagrodzenia (szczególnie wśród pielęgniarek, których płaca w Polsce osiąga zaledwie poziom płacy przeciętnej).
- Brakiem właściwej polityki zdrowotnej i wynikającego z niej spójnego systemu opieki zdrowotnej, co jest wynikiem próby traktowania jednostek systemu jako podmiotów gospodarczych, generujących zysk. O kształcie systemu decydują często czynniki polityczne i finansowe, a potrzeby zdrowotne są uwzględniane na końcu.

Niskie wynagrodzenia (w stosunku do wynagrodzeń w krajach Europy Zachodniej) oraz trudne warunki pracy i ograniczone perspektywy rozwoju zawodowego, to główne czynniki sprzyjające emigracji profesjonalistów medycznych z Polski do innych krajów.

Mimo tej sytuacji nadal brakuje długoterminowej i kompleksowej strategii dotyczącej zabezpieczenia kadr medycznych oraz spójnej, systemowej polityki ich wynagradzania. Podejmowane próby rozwiązywania problemu nadmiernych obciążeń pracą i niskich wynagrodzeń mają jednak na ogół charakter doraźny i służą szybkiemu złagodzeniu konfliktowej sytuacji, prowadząc często do kolejnych napięć i niezadowolenia

kolejnych grup zawodowych. **Niestabilność systemu, brak zdefiniowania strategii obejmującej wszystkie grupy zawodowe oraz ciągłe zmiany regulacji prawnych,** powodują narastające niezadowolenie osób wykonujących zawody medyczne wyrażane w długotrwałych strajkach i licznych protestach.

W ostatnim raporcie Euro Health Consumer Index, oceniającym europejskie systemy opieki zdrowotnej, Polska zajęła dopiero 32 miejsce z 35 ocenianych krajów (za nami znalazły się tylko Węgry, Rumunia i Albania). Niedobory kadrowe są głównym problemem związanym z realizacją świadczeń udzielanych na poszczególnych poziomach systemu zdrowotnego, w tym m.in. w podstawowej opiece zdrowotnej. Jak wynika z informacji przedstawionych w *Mapach potrzeb zdrowotnych*, istotne deficyty dotyczą także specjalistów z zakresu chorób zakaźnych (1016 pracujących lekarzy) i oddziałów przygotowanych na hospitalizację pacjentów wysoce zaraźliwych. Potrzebna była epidemia, aby w czerwcu 2020 r. specjalizacja ta została wpisana na listę 22 priorytetowych dziedzin medycyny.

II. Sytuacja pracowników medycznych w czasie pandemii

- **Ograniczone bezpieczeństwo osób zatrudnionych na pierwszej linii frontu**
 - **deficyty środków ochrony osobistej**

Osoby wykonujące zawody medyczne są grupami szczególnego ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, stąd kluczowe jest zapewnienie dostępu do środków ochrony osobistej (tj. rękawiczki, maseczki chirurgiczne, gogle, przyłbice, fartuchy itd.). Deficyt tych środków okazał się powszechnym problemem, WHO

wydało specjalne wytyczne dotyczące racjonalnego i właściwego używania środków ochrony indywidualnej przed COVID-19.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach objętych pandemią, wystąpiły duże problemy z dostępnością do środków ochrony osobistej zarówno w szpitalach jednoimiennych, jak i w pozostałych szpitalach i opiece ambulatoryjnej (zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej).

- **ograniczona dostępność do testów diagnostycznych**

Według danych MZ, ok. 10% wszystkich osób zakażonych koronawirusem w Polsce stanowi kadra medyczna (wg stanu na 3 czerwca liczba zakażonego personelu medycznego wynosiła 2404). W tej sytuacji, kadra medyczna powinna mieć zapewniony powszechny, łatwy i szybki dostęp do testów na obecność koronawirusa. Biorąc pod uwagę, że osoba po pobraniu materiału do badań, do czasu uzyskania wyniku musi przebywać na kwarantannie (czyli jest wyłączona z pracy), tryb testowania kadr medycznych powinien być bardzo sprawny.

- **zawieszenie obowiązku badań lekarskich**

Ryzyko dla zdrowia i życia kadry medycznej stanowi zawieszenie przepisów zobowiązujących pracodawców do kierowania kadry medycznej na badania lekarskie w chwili przenoszenia pracownika na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Dotyczy to również samozatrudnionych (na tzw. kontraktach). Obowiązkiem kadry medycznej jest ratowanie zdrowia lub życia pacjentów, a personel ten nie korzysta z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej – a to przecież na pracodawcy spoczywa zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne zakażenia

personelu medycznego, dlatego niezrozumiałe jest powszechne zaniechanie takich badań.

- **Organizacja systemu opieki nad chorymi z COVID-19**

Organizacja systemu opieki w oparciu o tzw. szpitale jednoimienne i specjalistów chorób zakaźnych była uzasadniona w pierwszej fazie epidemii, natomiast nie została zmieniona w odpowiednim czasie, prowadząc do znacznych ograniczeń w dostępności do konsultacji dla chorych z COVID-19 oraz świadczeń dla innych pacjentów wymagających terapii. Stworzenie centralnego systemu zarządzania, który nie uwzględniał dynamiki zachowań w poszczególnych województwach, reagował z opóźnieniem na sytuacje kryzysowe (np. w górnictwie), nie był oparty o opinie specjalistów – jest głównym ograniczeniem systemowym. Dodatkowe problemy stwarza brak możliwości wykonywania szybkich badań w miejscach szczególnie zagrożonych (np. domy opieki, izby przyjęć w szpitalach).

- **Ograniczenie zatrudnienia do jednego miejsca**

W celu redukcji ryzyka szerzenia się epidemii koronawirusa, Minister Zdrowia 28 kwietnia 2020 r. wydał Rozporządzenie dotyczące ograniczenia pracy kadry medycznej w kilku miejscach (dla osób zatrudnionych na umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną). Dla personelu medycznego, który oprócz podmiotów leczniczych zapewniających opiekę pacjentom z COVID-19, pracował równolegle w innych miejscach, zaplanowano dodatkowe wynagrodzenie będące rekompensatą za ograniczenie pracy do jednego miejsca. Według szacunków MZ, ok. 10-20 tys. pracowników zostało zadeklarowanych jako osoby, które ograniczyły miejsce pracy tylko do jednej placówki. Wprowadzając ww. ograniczenie, nie uwzględniono jednak, że w Polsce ok. 60% personelu medycznego pracuje także w innych podmiotach leczniczych. Wprowadzenie regulacji ograniczającej liczbę miejsc

pracy, skutkowało nasileniem deficytów kadrowych i zwalnianiem się kadry medycznej ze szpitali jednoimiennych. Ministerstwo Zdrowia wycofało się z nakazu ww. ograniczenia i od 24 lipca br. obowiązuje nowelizacja Rozporządzenia, na mocy której decyzje dotyczące nakazu pracy w jednym miejscu pozostawiono dyrekcji podmiotów leczniczych.

- **Wzrost wynagrodzeń i świadczeń w sytuacji zagrożenia epidemią**

Pracownikom medycznym, którzy są zatrudnieni w jednostkach będących w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przysługuje dodatkowe wynagrodzenie. Według danych MZ, średnia miesięczna rekompensata z tytułu pracy w jednym miejscu wyniosła dla lekarzy 4785 zł, pielęgniarek – 2111 zł, ratowników medycznych – 2669 zł, a pozostałych zawodów – 1643 zł. Jednak ze względu na niejasność regulacji (m.in. brak formalnego wyodrębnienia komórek organizacyjnych, w których udzielane są świadczenia wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19), w przypadku kilku szpitali jednoimiennych część osób nie otrzymała dodatkowego wynagrodzenia. Kwestie te wymagają pilnego doprecyzowania i uregulowania.

- **Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego dla kadr walczących z pandemią**

Sytuacja pandemii wymaga od kadr medycznych zwiększonej odporności psychicznej i fizycznej na stres i przewlekłe zmęczenie. Wyniki badań pokazują, że zwiększa się częstość występowania lęku i zaburzeń stresowych, zwłaszcza wśród personelu medycznego pierwszej linii walki z pandemią. Osoby te mają symptomy wyczerpania psychicznego oraz fizycznego i szacuje się, że nawet 60% lekarzy i pielęgniarek pracujących przy pacjentach zakażonych SARS-CoV-2 cierpi na zespół wypalenia zawodowego. Na poziomie systemowym zabrakło realnego wsparcia. Inicjatywy w zakresie

zapewnienia opieki psychologicznej personelowi walczącemu z pandemią podjęte zostały przez Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Stworzona została baza specjalistów zdrowia psychicznego, oferujących bezpłatną pomoc psychologiczną medykom i innym osobom potrzebującym wsparcia; działają dedykowane linie telefoniczne dla medyków. Brakuje jednak realnej strategii w tym zakresie.

- **Klimat społeczny wokół kadr medycznych**

Podczas epidemii osoby wykonujące zawody medyczne często narażone są na wrogie zachowania ze strony osób z ich otoczenia, wynikające z obawy, że są zakażeni wirusem SARS-CoV-2 i stanowią zagrożenie dla otoczenia, w którym przebywają. Nie należy bagatelizować takich zachowań, licząc na ich incydentalność, ale należy możliwie szybko i zdecydowanie na nie reagować.

W celu zmniejszenia społecznego napięcia i agresji w związku z różnymi konsekwencjami pandemii, ważne są **kampanie informacyjne** jak zachować się bezpiecznie dla siebie i innych.

Zabrakło wyraźnego przeciwdziałania dyskryminacji pracowników medycznych w trakcie pandemii i **kreowania wizerunku kompetentnego medyka**, walczącego z epidemią i wymagającego wsparcia. Działania na rzecz kreowania dobrego stosunku do medyków są w Polsce konieczne, ponieważ proces ten został zakłócony przez nieodpowiedzialne zachowania wielu osób. Wyniki badania dotyczącego poziomu zaufania do różnych źródeł informacji nt. COVID-19, przeprowadzone w 26 krajach świata pokazują, że tylko w Polsce znajomi i rodzina obdarzeni są większym zaufaniem (81%) niż lekarze i pielęgniarki (72%). We wszystkich pozostałych analizowanych krajach – to właśnie personel medyczny ma największe zaufanie w społeczeństwie jako źródło informacji o COVID-19 (powyżej 79%).

Zaniepokojenie środowiska medycznego wzbudziła nowelizacja jednego z przepisów kodeksu karnego (art. 37a) pozbawiająca sąd rozpatrujący sprawy o nieumyślne popełnienie błędu lekarskiego możliwości wyboru orzeczonej kary: więzienie, ograniczenie wolności, grzywna – i wprowadzająca obowiązek zastosowania kary więzienia. Z krytyką spotkał się fakt włączenia tego przepisu do ustawy przedstawianej jako jedno z narzędzi ograniczania skutków pandemii (*Tarcza antykryzysowa 4.0*). Mimo zapewnień ze strony władz, że przepis nie jest skierowany przeciwko lekarzom, jego uchwalenie w sytuacji trwającego zagrożenia zdrowotnego, spotkało się z jednoznacznie negatywnym przyjęciem.

III. Rekomendacje na okres epidemii

Podstawową rekomendacją jest decentralizacja zarządzania poprzez stworzenie regionalnych (wojewódzkich) ośrodków decyzyjnych w zakresie organizacji opieki nad chorymi z COVID-19, które będą uwzględniały przebieg epidemii na danym obszarze, istniejące możliwości systemu opieki zdrowotnej zarówno w zakresie chorób zakaźnych, jak i innych chorób, a w szczególności centrów urazowych, leczenia zawałów, udarów i chorób onkologicznych. Niezbędne jest stworzenie systemu, który będzie w sposób elastyczny reagował na zmiany w dynamice zachorowań na COVID-19 oraz pojawianie się nowych zagrożeń (np. grypa). Rola Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego powinna być ograniczona do koordynacji działań ośrodków regionalnych.

W odniesieniu do kadr systemu ochrony zdrowia rekomenduje się:

- **Zagwarantowanie warunków bezpieczeństwa pracy dla personelu**

- **zapewnienie dostępu do testów**

Kadra medyczna jest grupą najwyższego ryzyka zakażeń. Stąd łatwa dostępność do testów i szybkie uzyskanie wyniku jest kluczowe nie tylko dla zdrowia tych osób, ale także dla ustalenia, czy dana osoba powinna przebywać na kwarantannie, czy może pracować w kontakcie z pacjentami. Jest to kwestia nadrzędna wobec niedoborów kadrowych. Liczne przypadki, w których cała załoga karetki lub znaczna część personelu medycznego przychodni lub oddziału szpitalnego, była wyłączona z pracy, powodowały paraliż działania placówek medycznych.

Ponadto istotne byłoby regularne publikowanie aktualnych danych statystycznych nt. liczby zarażonych osób wśród kadr medycznych. Rzetelne informacje w tym zakresie mogłyby poprawić ochronę personelu, a także zapewnić wsparcie kryzysowe dla tych miejsc, gdzie sytuacja jest najtrudniejsza. Informacje te znacząco ułatwiłyby pracę kadr medycznych, dyrekcji szpitali oraz wojewódzkich zespołów kryzysowych. Pozwoliłyby także na lepsze monitorowanie sytuacji kadrowej w poszczególnych grupach zawodów medycznych.

- **sprzęt ochrony osobistej**

Kluczowe jest zwiększenie i realne zapewnienie profesjonalnych środków ochrony osobistej dla personelu medycznego. Stosowanie tych środków w odniesieniu do wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, którzy mają kontakt z pacjentami, musi być standardem: 1) praca z pacjentem nie

podejrzany o COVID-19 - maseczka chirurgiczna (dla personelu i pacjentów); 2) praca z pacjentem podejrzany o COVID-19: maseczka FFP2/FFP3 oraz fartuch barierowy. Konieczne jest **zabezpieczenie zasobów środków ochrony osobistej w perspektywie długofalowej**, gdyż dostępne raporty epidemiologiczne zakładają, że przy braku szczepionki epidemia wywołana SARS-CoV-2 z różnym nasileniem może trwać przez dłuższy czas.

– **dotatki do wynagrodzeń**

W sytuacji konieczności podejmowania pracy w warunkach szczególnego narażenia zdrowia i życia, istotne jest jasne uregulowanie dodatków do wynagrodzenia i zabezpieczenie źródła ich finansowania dla wszystkich pracowników walczących z pandemią.

– **potrzeba wsparcia psychologicznego i troska o zdrowie psychiczne pracowników**

Organizatorzy systemu opieki zdrowotnej muszą pamiętać, że stres emocjonalny kadr zaangażowanych bezpośrednio w walkę z pandemią, może – przy braku podjęcia wystarczających działań – przełożyć się na dezorganizację pracy i niekorzystnie wpłynąć na bezpieczeństwo pracowników, jak i pacjentów. Konieczne jest **zbudowanie odpowiedniej realnej strategii wsparcia** – systemu zapewniającego możliwość identyfikowania i leczenia tych osób, które doświadczyły już konsekwencji stresu emocjonalnego, w jakim pracują od ponad 6 miesięcy i wykazują objawy zespołu wypalenia. Należy stworzyć odpowiednie warunki zapewniające poczucie bezpieczeństwa psychicznego, struktur umożliwiających komunikację z zespołami pracującymi „na pierwszej linii frontu” i realne programy wsparcia.

– **wzrost roli telemedycyny**

W celu zapewnienia ciągłości opieki medycznej, przy równoczesnej redukcji narażenia na zakażenie, konieczne jest rozwijanie działalności leczniczej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (dotyczy sytuacji, gdy nie ma bezwzględnych wskazań do osobistego kontaktu z pacjentem i zachodzi pewność, że świadczenia zostaną udzielone z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta). Świadczenia udzielane tą drogą powinny stać się w okresie epidemii i wychodzenia z niej, istotnym kanałem komunikacji pacjenta z personelem medycznym. Pozwoli to zarówno na zmniejszenie ryzyka transmisji wirusa SARS-CoV-2, jak i na racjonalne gospodarowanie środkami ochrony osobistej. Telemedycyna powinna bazować na nowoczesnych systemach informatycznych zapewniających m.in. możliwość e-konsultacji pomiędzy poszczególnymi profesjonalistami medycznymi, monitorowanie stanu pacjenta na odległość, jak i możliwość realnego, aktywnego, zdalnego porozumienia się pacjenta z zespołem medycznym.

– **wzmocnienie zawodów o specjalnym znaczeniu w okresie pandemii**

Ze względu na pogłębiający się deficyt lekarzy i pielęgniarek, dyskusja o kadrach medycznych dotychczas koncentrowała się głównie na przedstawicielach tych zawodów. Okres pandemii ujawnił pomijane do tej pory problemy innych grup zawodów medycznych, w szczególności diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych. Ponadto pandemia uwydatniła problemy pracowników inspekcji sanitarnej oraz osób pracujących w opiece długoterminowej i domach pomocy społecznej.

Diagności laboratoryjni to ciągle jedna z bardziej niedocenianych grup zawodów medycznych. W Polsce ten zawód wykonuje 16.340 osób. Środowisko diagnostów laboratoryjnych od lat zwraca uwagę na niedostrzeganie przez decydentów ich roli w systemie. **Sytuacja pandemii dobitnie pokazała znaczenie tej grupy dla systemu i unaoczniała fakt, że bez diagnostów laboratoryjnych walka z pandemią nie jest możliwa.** Obecnie najważniejszą kwestią jest uchwalenie procedowanej ustawy o diagnostach laboratoryjnych przy aktywnym udziale tego środowiska i dialogu społecznego. Wynagrodzenia diagnostów plasują się na najniższym poziomie wśród wszystkich zawodów medycznych, a wszelkie dotychczasowe próby (w tym liczne akcje protestacyjne), które miały na celu spowodować polepszenie warunków płacowych, okazywały się bezskuteczne. Efektem tego są poważne deficyty kadrowe i przemęczenie pracujących obecnie w systemie diagnostów laboratoryjnych. Konieczne jest ustabilizowanie zasad zatrudnienia i czasu pracy, odstąpienie od planowanych form samozatrudnienia diagnostów na terenie szpitala z ponoszeniem solidarnej odpowiedzialności ze szpitalem za błędy diagnostyczne (czyli niebezpieczeństwo ponoszenia winy za nieudowodnione zaniedbania szpitali), wprowadzenie podwyżki wynagrodzenia w wysokości nie mniejszej niż otrzymały pielęgniarki, położne czy ratownicy medyczni (na podstawie rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Ratownicy medyczni także podkreślają, że w dobie pandemii nie są traktowani na równi z innymi zawodami medycznymi. Ryzyko zakażenia i kontakt z zakażonym pacjentem są w tej grupie częste, jednak powszechna forma zatrudnienia w ratownictwie to kontrakt, więc w przypadku przebywania na kwarantannie nie otrzymują wynagrodzenia i tracą także dodatek za świadczenie pracy. **Ratownicy zwracają również uwagę na zwiększoną uciążliwość**

wykonywania zawodu (wielogodzinne przebywanie w kombinezonach, maskach, goglach). Narasta ich zmęczenie fizyczne i wyczerpanie psychiczne, na które dodatkowo nakłada się roszczeniowość i wzmożona agresja pacjentów.

Braki kadrowe, braki środków ochrony osobistej oraz wadliwa organizacja pracy to czynniki, które nie sprzyjają zapewnieniu bezpiecznego wykonywania pracy. Obecnie najważniejszą kwestią jest uchwalenie procedowanej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przy aktywnym udziale tego środowiska i dialogu społecznego. Konieczne jest ustabilizowanie zasad zatrudnienia i czasu pracy oraz zapewnienie wynagrodzenia na poziomie umożliwiającym pracę w jednym miejscu.

Pracownicy inspekcji sanitarnej podobnie jak diagnosty laboratoryjni są grupą niedocenianą w systemie ochrony zdrowia. Sytuacja pandemii pokazała, jak istotne zadania mają do wykonania i jak ważne jest, aby w tych placówkach zatrudniane były osoby kompetentne i odpowiednio przygotowane do pracy w sytuacjach kryzysowych, zarówno w kontekście wiedzy merytorycznej, jak i umiejętności organizacyjnych. Pandemia uwydatniła, że inspekcja sanitarna to bardzo ważna część systemu, wymagająca jednak pilnej reorganizacji i wprowadzenia sprawnych rozwiązań informatycznych, które odciążą zarówno pracowników inspekcji sanitarnej, jak i personel medyczny zaangażowany w walkę z pandemią. Konieczne jest ograniczenie wprowadzania różnych rejestrów i wymogów organizacyjnych, które są niespójne i nieprzydatne.

Specjaliści zdrowia publicznego, dzięki szerokiemu i interdyscyplinarnemu zakresowi kompetencji uzyskiwanych w toku studiów, są dobrze przygotowani do pracy w różnych podmiotach systemu. Brakuje jednak formalnego uregulowania

kwestii zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego oraz zdefiniowania wykazu stanowisk, na których mogliby być zatrudniani. Specjaliści zdrowia publicznego w sytuacji pandemii mogliby być przydatni zarówno w jednostkach opieki zdrowotnej, inspekcji sanitarnej, jak i jednostkach samorządu terytorialnego w celu usprawnienia procesów administracyjno-organizacyjnych.

Personel sprawujący opiekę w placówkach opieki długoterminowej oraz domach pomocy społecznej.

Szczególnie trudne warunki pracy są w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w domach pomocy społecznej. W okresie pandemii w wielu placówkach dochodzi do kryzysowych sytuacji i problemów z zapewnieniem należytej opieki podopiecznym. Personel świadczący opiekę w DPS, często pracuje także w innych podmiotach leczniczych, co zwiększa ryzyko zakażenia pensjonariuszy.

Epidemia obnażyła poważne braki kadrowe, niedostateczną jakość świadczeń opiekuńczych, ograniczenia w dostępie do świadczeń lekarskich i pielęgniarzkich oraz niedoskonałości legislacyjne w tym zakresie. Pandemia uświadomiła konieczność zainwestowania w kadrę socjalną, opiekuńczą i medyczną, która będzie gwarantem dobrej opieki nad starzejącym się społeczeństwem oraz osobami niepełnosprawnymi i długotrwale chorymi. Wymaga to zmian przepisów w zakresie zasad zatrudniania i płacy, szczególnie w sektorze publicznym (np. taryfikatory wynagradzania wydawane przez odpowiedniego ministra), finansowania świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych z różnych źródeł, w tym włączenia środków NFZ lub wypracowania odrębnego funduszu. Konieczne są kampanie społeczne zachęcające do pracy w tych obszarach i przygotowanie zachęt dla osób decydujących się pracować w tak szczególnych warunkach, i z tak wyjątkowymi grupami pensjonariuszy i pacjentów.

Równocześnie od lat obserwuje się intensywne działania rekrutujące polski personel do placówek opiekuńczych w innych krajach.

IV. Rekomendacje ogólnosystemowe – prowadzące do zmniejszania deficytów i poprawy zabezpieczenia kadrowego (podejmowane niezależnie od pandemii)

– Planowanie potrzeb kadrowych w zawodach ochrony zdrowia

Polityka planowania i kształtowania kadr medycznych w Polsce jest zdecydowanie niewystarczająca. Brakuje formalnych struktur oraz dokumentów kierunkowych w zakresie planowania kadr oraz regularnych prognoz planistycznych. Na pozytywne podkreślenie zasługuje opracowanie *Strategii rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. Podobne, długofalowe strategie należy wypracować i wdrażać dla pozostałych zawodów. Ewentualne zaniedbania i błędy w procesie planowania kadr medycznych skutkują poważnymi konsekwencjami dla systemu przez wiele kolejnych lat.

– Kształcenie w zawodach medycznych

Należy rzetelnie planować i monitorować liczbę miejsc szkoleniowych i specjalizacyjnych dla poszczególnych grup zawodów medycznych. Liczba dostępnych miejsc na kierunkach medycznych w ostatnich latach systematycznie rośnie. Zwiększyła się także liczba miejsc specjalizacyjnych finansowanych z budżetu państwa, zwłaszcza w tzw. dziedzinach priorytetowych uznanych za najbardziej deficytowe. Decyzje w tym zakresie powinny być prowadzone w sposób przemyślany,

w oparciu o rzetelne analizy i prognozy, z uwzględnieniem potrzeb demograficzno-epidemiologicznych i zróżnicowaniem w poszczególnych regionach kraju.

- **Nowy podział kompetencji, poprawa komunikacji i pracy zespołowej**

Jednym z aktualnych problemów jest uporządkowanie kwestii kwalifikacji zawodowych i zasad nabywania umiejętności oraz kompetencji osób wykonujących zawody medyczne w dynamicznie rozwijającej się medycynie i naukach o zdrowiu. Dlatego konieczne jest czytelne zdefiniowanie ról i kompetencji poszczególnych zawodów medycznych i innych zawodów ochrony zdrowia. Ze względu na deficyty kadrowe, rekomendowane są działania organizacyjne odciążające wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną. Ważne jest więc promowanie i podejmowanie rozwiązań, które zwiększają efektywność pracy kadr aktualnie dostępnych w systemie, np. poprzez:

- przesuniecie części obowiązków z lekarzy na pielęgniarki, a z pielęgniarek na personel pomocniczy;
- uporządkowanie relacji pielęgniarki i ratownika medycznego;
- zwiększenie roli i uprawnień pracowników na stanowiskach techników, np. elektroradiologii;
- promowanie wielodyscyplinarnych zespołów pracy, poprawa komunikacji i wymiany informacji.

Jedną z metod poprawy organizacji pracy i efektywności działań pracowników jest wdrażanie właściwie zaprojektowanych *skill mix* czyli krzyżujących się kompetencji. Taka forma racjonalizacji zatrudnienia jest rekomendowana przez WHO i skutecznie stosowana w wielu krajach (np. Holandia, Wielka Brytania).

Wprowadzenie tych rozwiązań wymaga jednak m.in. przyspieszenia działań regulacyjnych i legislacyjnych związanych z nadawaniem nowych uprawnień w poszczególnych zawodach medycznych.

Konieczna jest także **partnerska współpraca** pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, delegowanie zadań, lepsza wymiana informacji i zmiana organizacji pracy. Należy wprowadzać nowe zawody, zachęcać młodych ludzi do rozwoju swojej kariery w sektorze zdrowotnym, promując nie tylko studia medyczne, ale także kierunki pokrewne, takie jak np. zdrowie publiczne, fizyka medyczna, promocja i edukacja zdrowotna.

- **Wprowadzanie i wzmacnianie nowych zawodów ochrony zdrowia**

Przy przejmowaniu nowych uprawnień przez zawody medyczne, wzmacnia się rola tzw. personelu wspomagającego, np. opiekunów medycznych, sekretarek/asystentów medycznych. Różnorodność form zatrudnienia jaka występuje w systemie zdrowotnym wymaga uporządkowania, niezbędne jest opracowanie regulacji dla wszystkich grup zawodów oraz uporządkowanie od strony prawnej terminologii i definicji dotyczących poszczególnych zawodów medycznych i innych zawodów ochrony zdrowia. Należy rozszerzać grupę zawodów tzw. „*okołomedycznych*”, odciążając wykwalifikowanych profesjonalistów, których wiedza i czas są kluczowe dla realizacji procesu leczenia. Docelowo ważne jest uregulowanie w jednym akcie prawnym statusu tych zawodów, ich kwalifikacji zawodowych i uprawnień, miejsca i zasad zatrudniania, wynagradzania oraz relacji i nadzoru ze strony zawodów medycznych, a także odpowiedzialności zawodowej.

- **Wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia**

Konieczne jest systemowe, stabilne uregulowanie polityki płacowej w systemie zdrowotnym. Wzrost

wynagrodzeń powinien mieć charakter systemowy i objąć wszystkie grupy zawodów medycznych w oparciu o spójną politykę płacową w całym sektorze ochrony zdrowia. Przedstawiciele związków zawodowych zwracają uwagę na urealnienie płac w poszczególnych grupach zawodowych, w zależności od kompetencji i odpowiedzialności.

Z kolei kierownicy podmiotów leczniczych podkreślają, że skutki rządowych regulacji płac powinny obciążać rząd i apelują o pokrycie przez budżet centralny strat placówek wynikających z podniesienia płacy minimalnej. Ważne jest zabezpieczenie wprowadzenia kosztu pracy do wyceny procedur medycznych. Wprowadzane do tej pory podwyżki płac, na ogół były odpowiedzią na akcje protestacyjne poszczególnych zawodów medycznych i niedostosowane do zawodowej i specjalistycznej „siatki płac” w całym sektorze, co w konsekwencji prowadziło do kolejnych napięć i konfliktów w zespołach pracowników. Ważny jest także psychologiczny wymiar takiej operacji i wspieranie pozytywnej motywacji kadr do pracy w polskim systemie. Wyniki badań pokazują, że niski poziom wynagrodzeń jest ciągle wskazywany jako główny motywator i przyczyna migracji kadr medycznych.

– **Prowadzenie polityki migracyjnej (emigracyjnej i imigracyjnej)**

Polityka migracyjna w odniesieniu do kadr medycznych powinna stanowić przedmiot monitorowania oraz odpowiednich regulacji polskich władz (w tym m.in. przygotowanie umów bilateralnych). Skalę zjawiska migracji kadr medycznych znamy jedynie z szacunków. Według danych NIL liczba zaświadczeń pobranych w celu potwierdzenia prawa wykonywania zawodu w innych krajach UE, stanowi ok. 7% ogółu lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie skala migracji wygląda w grupie pielęgniarek. Deklaracje związane z chęcią emigracji są skorelowane z wiekiem: młodszy personel częściej deklaruje chęć emigracji zawodowej.

Najczęstsze wskazywane przyczyny emigracji profesjonalistów medycznych od wielu lat są takie same: niskie wynagrodzenie, konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, nadmierne obciążenie pracą i bariery w rozwoju zawodowym.

Z drugiej strony, zaledwie 1,9% ogółu lekarzy zatrudnionych w Polsce, to lekarze innej narodowości (średnia dla krajów OECD – powyżej 17,7%). W przypadku pielęgniarek udział osób innej narodowości jest jeszcze niższy. Wobec braków polskich kadr, dyrektorzy szpitali są zainteresowani zatrudnieniem kadr medycznych zza wschodniej granicy. Warto więc podjąć działania ukierunkowane na rekrutację tych pracowników, przy równoczesnym systemowym ułatwianiu procesu legalizacji pobytu w Polsce, organizacji kursów języka polskiego czy uproszczeniu procesu nostryfikacji dyplomu. W ostatnich miesiącach w niektórych krajach (np. Czechy, Niemcy) imigranci zza wschodniej granicy zostali włączeni do walki z pandemią bez czekania na dopełnienie formalności.

Reasumując, w perspektywie długofalowej rekomendowanym rozwiązaniem jest zwiększenie kształcenia na poszczególnych kierunkach zawodów medycznych oraz dostosowanie podziału ról i kompetencji profesjonalistów medycznych do współczesnych potrzeb zdrowotnych populacji. Nie wystarczy jednak ilościowy wzrost przyjęć na studia, jeśli wykształceni za publiczne pieniądze absolwenci nie będą podejmować pracy w kraju, wybierając zatrudnienie za granicą lub w bardziej atrakcyjnych sektorach gospodarki. Dlatego niezbędne jest wdrożenie skutecznych programów prowadzących zarówno do ilościowego wzrostu zatrudnienia, jak i zwiększenia atrakcyjności pracy w ochronie zdrowia jako priorytetowego zadania polityki publicznej państwa. Akceptacja systemowego rozwiązania wzrostu wynagrodzeń, partnerskie traktowanie i poszanowanie

godności przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych to elementarne składniki odpowiedniego (efektywnego i satysfakcjonującego) traktowania kadr systemu ochrony zdrowia. W okresie epidemii konieczna jest zmiana systemu zarządzania poprzez decentralizację ośrodków decyzyjnych oraz korzystanie z wiedzy eksperckiej w zakresie chorób zakaźnych i zdrowia publicznego, zamiast kierowania się uwarunkowaniami politycznymi.

Autorzy Alertu korzystali ze swej wiedzy i doświadczenia oraz następujących dokumentów:

- Euro Health Consumer Index 2018. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019. ISBN 978-91-980687-5-7. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- European Commission. Green Paper on the European Workforce for Health. 2008.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A., Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2013; Tom 11, Nr 2, s. 125–147. <https://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie/Tom-11-2013/Tom-11-zeszyt-2/art/2129/>
- Golinowska S., Zabdyr-Jamróż M. Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2020; Tom 18, Nr 1 (praca w druku).
- Ministerstwo Zdrowia. Mapy potrzeb zdrowotnych www.basiw.mz.gov.pl

- OECD. OECD Health Statistics 2020.
<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- WHO. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>
- Windak A. i in. Raport Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian. 2019.
<http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje/Pobierz/id/57.html>
- YouGov. International COVID-19 tracker.
<https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/05/18/international-covid-19-tracker-update-18-may>

Alert Zdrowotny to inicjatywa think tanku Open Eyes Economy oraz Kolegium Gospodarki i Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

Wszystkie alerty eksperckie dostępne są na: www.oees.pl/dobrzewiedziec