dr Katarzyna Szymańska
ORCID: 0000-0003-4131-2484

mgr Karol Ludwiczak
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie

Kompetencje, dostępność i efektywność personelu medycznego

https://doi.org/10.64158/9f9knqs9ng

Streszczenie: Niniejsze opracowanie powstało ze względu na konieczność zwrócenia uwagi na główny problem w polskim systemie zdrowia – kompetencje, dostępność i efektywność kadr medycznych. Celem rozdziału było pokazanie, że praca personelu medycznego ma wpływ na efektywność realizowanych zadań oraz satysfakcję z pracy.

Słowa kluczowe: system zdrowia, służba zdrowia w Polsce, trudności personelu medycznego

1. Wprowadzenie

Procesy zachodzące w systemie ochrony zdrowia wpływają w dużym stopniu na sytuację społeczno-ekonomiczną kraju i jakość życia jego mieszkańców. Z drugiej strony, efektywne funkcjonowanie systemu zdrowotnego zależy od różnorodnych czynników makroekonomicznych, demograficznych i prawnych. Na sytuację w systemie ochrony zdrowia ma wpływ na między innymi: stan finansów publicznych, stopa bezrobocia, tempo wzrostu gospodarczego, a także jakość regulacji prawnych. Jednym z najważniejszych elementów tego systemu jest dostępność usług medycznych, a w szczególności wielkość zasobów ludzkich pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Niedobór tych zasobów może być bowiem przyczyną zmniejszenia liczby usług medycznych, a w konse-

kwencji zwiększenia problemów zdrowotnych populacji. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego w kraju opartej na potrzebach jego mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej.

2. Kompetencje pracownicze w zawodach medycznych

Zawody medyczne z racji ciągłych kontaktów z chorymi i ich rodzinami należą do ważnych społecznie i w związku z tym wymagają nie tylko wiedzy i umiejętności określonych w odpowiednich przepisach, lecz także cech osobowości, w tym predyspozycji ułatwiających prawidłowe, bezkonfliktowe wykonanie pracy, przy jednoczesnym zadowoleniu pacjentów. Niestety, te predyspozycje nie są w żadnych przepisach określone, nikt też nie sprawdza ich u kandydatów do zawodów medycznych. Tymczasem praktyka dostarcza licznych przykładów wskazujących, że brak tych predyspozycji obniża w opinii pacjentów poziom świadczonych przez instytucje ochrony zdrowia usług. Analizując opisy zawodów i specjalności oraz standardy kwalifikacyjne, można dojść do wniosku, że są one bardziej przydatne w tych zawodach, w których zakres zadań jest elastyczny (zależy od ilości pracy, organizacji i podziału pracy), a wymagania kwalifikacyjne określają samodzielnie pracodawcy, dlatego wśród 1000 zawodów zakwalifikowanych do „informacji o zawodach" są tylko nieliczni kierownicy i specjaliści, głównie z sektora przedsiębiorstw. Przykładem może być specjalista kadrowiec, od którego w dużych i średnich podmiotach pracodawcy wymagają wykształcenia wyższego, najchętniej ekonomicznego lub prawniczego. W małych firmach o przewadze administrowania personelem, a także z trudnościami z zaspokojeniem wyższych oczekiwań finansowych kandydatów do pracy po studiach, zatrudnia się natomiast kadrowców z wykształceniem średnim.

Aby określić rolę standardów kwalifikacyjnych, profili kompetencyjnych czy opisów zawodów w ochronie zdrowia, trzeba na nie spojrzeć nie tylko od strony zadania, lecz także od strony wymagań kwalifikacyjnych. Sektor ochrony zdrowia jest w tym zakresie nietypowy w stosunku do sektora przedsiębiorstw, gdyż poziom kwalifikacji jest ściśle powią-

zany z rodzajem wykonywanej pracy i określony w przepisach, dlatego zawody medyczne należą do grupy regulowanych przez ustawy. Istnieją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[1], pielęgniarki i położnej[2], fizjoterapeuty[3].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2011 roku określa wymagania kwalifikacyjne (rodzaj i poziom wykształcenia oraz liczbę lat pracy) dla 149 stanowisk pracy w działalności podstawowej w podmiotach leczniczych[4].

Wymienione ustawy oraz przepisy wykonawcze Ministra Zdrowia bardzo szczegółowo określają wymagania kwalifikacyjne oraz zasady podwyższania i uzupełniania kwalifikacji. Regulacje mają zabezpieczyć przed przenikaniem do zawodów medycznych osób o niskich kwalifikacjach, a jednocześnie zapewnić wysoki poziom usług. Zakres zadań jest także ściśle powiązany ze specjalizacją zawodową i określony w odpowiednich przepisach i „opisy zawodów" na potrzeby rynku pracy muszą być zgodne z tymi przepisami. Specyfika zawodów jest także związana ze specjalizacją zawodową pracowników, które są ściśle określone w przepisach. Praca farmaceuty jest związana z przygotowywaniem i sprzedażą leków. Lekarz danej specjalności nie może wykonywać pracy innej specjalności, podobnie zakres pracy pielęgniarki powinien być zgodny z jej specjalnością. Takich zależności nie ma w zawodach wykonywanych w sektorze przedsiębiorstw. To może zmniejszać zainteresowanie wykorzystaniem „Informacji o zawodach" w formie standardów kompetencyjnych w organizacjach ochrony zdrowia.

Brak w przepisach o wymaganiach kwalifikacyjnych tak zwanych kompetencji miękkich, czyli predyspozycji, motywacji wewnętrznej oraz kompetencji społecznych uzasadnia zainteresowanie się tymi informa-

[1] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz. 617).

[2] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz.U. z 2019 roku poz. 576).

[3] Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jednolity Dz.U. z 2019 roku poz. 952).

[4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011 roku Nr 151 poz. 896).

cjami. Powinny być wykorzystywane w procesie kształcenia w zawodach medycznych, poczynając od sprawdzenia predyspozycji studentów na I roku studiów, a kończąc na ocenie pracy pracowników w tych zawodach. Ponieważ coraz częściej - także w ocenie pracy lekarzy i pielęgniarek - stosuje się sformalizowane systemy ocen zawierające najważniejsze w danym zawodzie cechy, powinno się przy ich konstruowaniu wykorzystywać informacje zawarte w dokumentach charakteryzujących dany zawód czy specjalność. Specjaliści od KZiS podkreślają, że informacje te powinny być wykorzystywane przez pracodawców w całym procesie kadrowym, od planowania struktury zatrudnienia i rekrutacji nowych pracowników aż do redukcji zatrudnienia. Struktura „Informacji o zawodach" jest bardzo przejrzysta i „pozwala na szybkie odnalezienie przez zainteresowanych treści niezbędnych do wykorzystania na każdym etapie zarządzania zasobami ludzkimi"[5].

Nowym elementem w opisie zawodów jest powiązanie kompetencji z najważniejszymi zadaniami wykonywanymi w danym zawodzie. Według twórców metodologii opisów liczba zadań zawodowych powinna być uzależniona od zakresu i złożoności prac wykonywanych na stanowiskach pracy w danym zawodzie i nie przekraczać 15. Z kolei liczba kompetencji powinna zależeć od specyfiki pracy w zawodzie, liczby stanowisk pracy oraz wykonywanych zadań i nie przekraczać 4-5. Nazwy kompetencji powinny być pochodną wymagań na stanowiskach pracy[6].

Poniżej podano przykładowe powiązanie wykonywanych zadań z kompetencjami u pielęgniarki rodzinnej, kardiologicznej oraz fizjoterapeuty. W zawodzie pielęgniarki specjalistki pielęgniarstwa rodzinnego wyodrębniono 12 podstawowych następujących zadań, dla których wyodrębniono cztery kompetencje zawodowe[7]. Zadania te obejmują: organizowanie działań profilaktycznych i promujących zdrowie, prowadzenie działań zmierzających do aktywizacji zdrowotnej pacjenta i rodziny, monitorowanie rozwoju dziecka, realizowanie zadań lokalnej

[5] Barszcz I., Jabłoński W., *Możliwości wdrożenia informacji o zawodach przez pracodawców*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych" 2019; s. 165–174.

[6] Symela K., Woźniak I., *Jak tworzyć informacje o zawodach funkcjonujących na rynku pracy,* Wyd. Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 2018.

[7] Sienkiewicz Ł. (red.), *Standardy kwalifikacji zawodowych wobec wymagań rynku pracy,* Wyd. IPiSS, Warszawa 2007, s.12–21.

polityki prozdrowotnej, gromadzenie informacji metodą wywiadu, obserwacji i pomiarów, pobieranie materiału do testów diagnostycznych, organizowanie opieki pielęgniarskiej w środowisku, organizowanie samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wykonywanie zabiegów leczniczych, prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej, pokazywanie i doskonalenie ćwiczeń ogólnousprawniających.

Kompetencje zawodowe obejmują zatem:
- „organizowanie działań promujących zdrowie i profilaktykę zdrowotną";
- „wykonywanie świadczeń diagnostycznych";
- „wykonywanie świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych";
- „wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych".

W opisie tego zawodu pierwsza kompetencja obejmuje pierwsze cztery zadania, kompetencja druga kolejne dwa zadania, trzecia zadania 7–10, natomiast czwarta zadania 11 i 12.

W zawodzie pielęgniarki kardiologicznej wyodrębniono osiem następujących zadań podstawowych[8]:
- przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego u pacjenta;
- obsługa sprzętu do oceny stanu zdrowia chorego;
- opieka kardiologiczna;
- rozpoznawanie stanów zagrożenia życia;
- podawanie różnymi drogami płynów infuzyjnych i leków;
- współpraca z zespołem terapeutycznym, prowadzenie ewidencji zdrowotnej chorego i jego rodziny;
- prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej.

Wszystkie przyporządkowano do jednej kompetencji zawodowej: „udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do pacjentów z chorobami układu krążenia oraz w kardiologicznych stanach zagrożenia życia".

[8] Raport z prac nad doskonaleniem metodologii opracowywania standardów kompetencji zawodowych, w tym z badań pilotażowych i z opisem udoskonalonej metodologii, Warszawa–Radom 2013; www.psz.praca.gov.pl/documents/10240/3046874/Raport-z-prac..., (dostęp: 08.06.2024).

W zawodzie fizjoterapeuty wyodrębniono natomiast sześć następujących zadań powiązanych z trzema kompetencjami[9]:
- diagnozowanie funkcjonalne na podstawie wieloaspektowych ocen stanu pacjenta;
- kwalifikowanie do terapii na podstawie wyników diagnostyki (powiązane z kompetencją: „wyznaczanie zakresu terapii na pod- stawie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta");
- planowanie terapii z uwzględnieniem specyfiki zabiegów;
- prowadzenie zabiegów z zastosowaniem technik manualnych;
- urządzeń wspierających (powiązane z kompetencją: „planowanie oraz prowadzenie zabiegów");
- zlecanie wyrobów medycznych dostosowanych do potrzeb i stanu pacjenta;
- prowadzenie działań profilaktycznych (powiązane z kompetencją: „pozazabiegowe opiekowanie się pacjentem").

Trzeba przyznać, że w opisach różnych zawodów nie wszystkie zadania są powiązane z odpowiednimi kompetencjami. Przykładowo wśród zadań rejestratorki medycznej jest wymieniona współpraca z instytucjami zewnętrznymi oraz organizowanie współpracy z pacjentem i jego rodziną, ale nie wyodrębniono odpowiedniej kompetencji.

3. Dostępność pracowników

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

[9] *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, MPiPS, „Monitor Polski" 2013; poz. 640.

nowiskach pielęgniarek i położnych. Dążąc do obniżania kosztów podmioty te podejmują takie działania, jak: [10]

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

To powoduje, że większość lekarzy w Polsce pracuje na kilku etatach, w tym we własnych prywatnych gabinetach. Do takich gabinetów utrudniony dostęp mają jednak najbiedniejsi pacjenci. Do tego dochodzą problemy dotyczące braku procedur szkoleń i zatrudniania personelu medycznego. Nieefektywny jest również system kształcenia. Wskaźniki absolwentów studiów medycznych na 100 tysięcy mieszkańców maleją w Polsce od wielu lat i do tej pory nie udaje się tego spadku zahamować[11].

Limity przyjęć na studia medyczne są niewystarczajace i nie zapewniają utrzymania nawet obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej. Dodatkowo liczba osób podejmujących kształcenie zmniejsza się o tych, którzy nie kończą studiów i nie podejmują pracy w zawodzie[12].

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

[10] Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020,* Warszawa.

[11] Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego,* Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11 (2), s. 125-147.

[12] Domagała A. (2013), *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11 (2), s. 148-158.

do Unii Europejskiej. Otwarcie rynków pracy w krajach Europy Zachodniej doprowadziło do emigracji części personelu medycznego, głównie młodych lekarzy bez specjalizacji i pielęgniarek ze sporym doświadczeniem zawodowym. Migracja ta jest możliwa dzięki obowiązującym jednolitym kryteriom uznawania kwalifikacji zawodowych w państwach Unii Europejskiej. Znajduje to potwierdzenie również w danych Naczelnej Izby Lekarskiej, według których zaświadczenia potrzebne do podjęcia pracy w innych krajach UE wydano już ponad 9 000 lekarzom, co stanowi około 7% liczby lekarzy wykonujących zawód.[13]

Problem ten dotyczy również wielu innych państw członkowskich i jest postrzegany jako utrata środków finansowych zainwestowanych w proces wykształcenia i przygotowania do zawodu kadr medycznych. Studia medyczne są drogie i w wielu krajach darmowe, a później wiedza i umiejętności wykształconych pracowników są wykorzystywane w innych krajach[14].

Polscy lekarze najczęściej emigrują do Niemiec, Wielkiej Brytanii, Holandii, Danii i Szwecji. Z kolei polskie pielęgniarki wyjeżdżają najczęściej do Włoch, Niemiec, Wielkiej Brytanii i Irlandii. Kraje te dają polskim pracownikom medycznym możliwość znacznie wyższych zarobków, lepsze warunki pracy i lepsze możliwości rozwoju zawodowego i podnoszenia swoich kwalifikacji.

Polscy lekarze często podejmują pracę na czas określony. Migracja ta następuje z powodu między innymi: niskich wynagrodzeń, niskiej satysfakcji zawodowej, braku poczucia bezpieczeństwa pracy oraz nieodpowiednich warunków pracy (przestarzały sprzęt i aparatura medyczna). Poziom wynagrodzeń w polskim systemie ochrony zdrowia jest niewspółmiernie niski w odniesieniu do wynagrodzeń lekarzy w krajach Europy Zachodniej, a także w odniesieniu do wynagrodzeń innych grup zawodowych. W Polsce lekarze, by osiągnąć zadowalający poziom wynagrodzenia pracują często u kilku pracodawców i biorą dyżury, co znacznie

[13] Naczelna Izba Lekarska (2014), Zaświadczenie nr 6a - Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne, (dostęp: 08.06.2024).

[14] Janusauskas A., Tumas V. (2014), *Medical professional's emigration: causes and the consequences*, European Scientific Journal 10 (8), s. 47-58.

wydłuża tygodniowy czas ich pracy. Sytuacja ta może powodować narastające niezadowolenie i stanowi motywację do wyjazdu poza granice kraju. Migracja lekarzy wpływa nie tylko na zmniejszenie dostępności usług medycznych, ale również często na pogorszenie ich jakości (na skutek odpływu pracowników z dużą wiedzą, doświadczeniem). Oznacza również ogromne straty środków zainwestowanych w edukację tego personelu. Jest ona zatem zjawiskiem niepożądanym z punktu widzenia jakości usług opieki zdrowotnej i sprawiedliwości społecznej[15].

4. Formy zatrudnienia pracowników w służbie zdrowia

Pierwsza z umów – umowa o pracę – stanowi stosunek prawny łączący pielęgniarkę z pracodawcą (szpitalem). Konsekwencją jej zawarcia jest nadanie osobie zatrudnionej statusu pracownika. Z tego tytułu przysługują jej przywileje pracownika, np. płatny urlop, a prawa i obowiązki są regulowane przez Kodeks Pracy. Wyjątek stanowi czas pracy określany przez Ustawę o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. Przez czas pracy należy rozumieć czas, w którym pracownik pozostaje do dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy[16].

Dla pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym[17], z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym[18]. Każdej osobie zatrudnionej przysługuje

[15] Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., Majowska M. (2008), *Odpływ profesjonalistów medycznych - postulowane narzędzia jego ograniczenia,* Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2, s. 11-28.

[16] http://www.bhp.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/formy-zatrudnienia-i-czas-pracy--w-podmiotach-leczniczych, (dostęp: 08.06.2024).

[17] Podmioty lecznicze, przede wszystkim szpitale, realizują świadczenia zdrowotne w warunkach ograniczonych zasobów systemu, http://www.zim.pcz.pl/znwz/files/Nowe-wyzwania-zarz-dzania-strategicznego-w-podmiotach-leczniczych-----szpitalach.pdf, (dostęp: 08.06.2024).

[18] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

prawo do co najmniej 11-godzinnego odpoczynku w ciągu każdej doby – w przełożeniu na tydzień wynosi on 35 godzin. Jednak mogą istnieć wyjątki w stosunku do przedstawionej sytuacji. Mianowicie, wymiar czasu pielęgniarki może być przedłużony do 12 godzin na dobę i 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (wynoszącym 4 miesiące), gdy jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją. Wówczas powinny zostać stworzone plany pracy, zawierające godziny pracy i czas wolny.

Drugim szczególnym przypadkiem jest klauzula *opt-out*. Po wcześniejszym wyrażeniu zgody mogą ją podpisać pracownicy wykonujący zawód medyczny, posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zobowiązują się oni do pracy w wymiarze godzin przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (nie dłuższym niż 4 miesiące). Układ oraz zawartość umowy o pracę jest ściśle określona, co podkreśla sztywny charakter. Podstawowymi punktami są: określenie stron umowy (dane identyfikacyjne pracodawcy i pracownika, rodzaj umowy (na przykład na czas nieokreślony), datę jej zawarcia, warunki pracy i płacy. Umowę o pracę zawiera się na piśmie[19].

Kodeks Pracy określa następujące jej rodzaje:

– na okres próbny – charakter terminowy; zgodnie z Kodeksem pracy od 22 lutego 2016 r. umowę o pracę na okres próbny, nieprzekraczający 3 miesięcy, będzie można zawrzeć tylko w celu sprawdzenia kwalifikacji pracownika i możliwości jego zatrudnienia w celu wykonywania określonego rodzaju pracy[20]; pracownik może być zatrudniony na okres próbny tylko raz w jednym szpitalu; po wygaśnięciu tej umowy możliwe jest przedłużenie współpracy na zasadzie umowy na czas określony lub nieokreślony;
– na czas określony – charakter terminowy; nie ma prawnie ustalonego czasu trwania, jednak w praktyce są one zawierane zazwyczaj na

[19] http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/sierpie-wrzesie-2015/815-etat-czy-kontrakt-umowa-o-prac-czy-umowa-cywilna-dla-lekarza, (dostęp: 08.06.2024).

[20] http://kadry.infor.pl/kadry/indywidualne_prawo_pracy/zatrudnianie_i_zwalnianie/737688, Umowa-na-okres-probny-zmiany-2016.html, (dostęp: 08.06.2024).

okres roku lub dwóch/trzech lat[21]; po upłynięciu terminu określonego w umowie, jej rozwiązanie następuje automatycznie;
- na czas nieokreślony – charakter bezterminowy;
- na zastępstwo – charakter terminowy; wykorzystywana jest w przypadku, gdy następuje konieczność uzupełnienia wolnego stanowiska, powstałego na skutek usprawiedliwionej nieobecności jednego z pracowników;
- na czas wykonywania określonej pracy – charakter terminowy; zawierana w przypadku konieczności zrealizowania konkretnego zadania, ograniczonego w czasie.

Warunkiem zawarcia umowy o pracę jest pozytywny wynik obowiązkowych badań lekarskich. W innym przypadku następuje zdyskwalifikowanie kandydata na dane stanowisko pracy.

Strony zawierające umowę mają prawo ułożyć stosunek prawny według własnego uznania, o ile jego treść lub cel nie sprzeciwiają się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Wskazuje to na elastyczny charakter umowy cywilnoprawnej, określanej przez Kodeks Cywilny. Ponieważ wskutek zawarcia umowy cywilnej, osoba zatrudniona – pielęgniarka, nie otrzymuje tytułu pracownika, to nie przysługują jej związane z tym korzyści, jednak podstawowe obowiązki stron stosunku cywilnego wynikają z treści zawartej umowy i mogą być kształtowane w sposób relatywnie swobodny, dlatego też czasami mogą istnieć wyjątki. Na mocy prawa następuje również zmiana stosunków między stronami umowy - mianowicie szpital i pielęgniarka są względem siebie równorzędni. Znika tutaj władza pracodawcy nad pracownikiem. Ponadto w przeciwieństwie do umowy o pracę, w umowie cywilnoprawnej nie jest określona stała stawka wynagrodzenia. Tutaj otrzymywane wynagrodzenie może być wyliczane w różny sposób (np. w zależności od liczby pacjentów bądź stawki za jedną godzinę) i w różnej wysokości, dlatego też dochody pielęgniarek zatrudnionych w ramach umowy cywilnoprawnej są z reguły wyższe. Ma to przełożenie na jakość życia pracowników, ich motywację i decyzje podejmowane podczas wyboru miejsca pracy. Jednak w przypadku umów cywilnoprawnych nie ma gwarancji mini-

[21] http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/sierpie-wrzesie-2015/815-etat-czy-kontrakt-umowa-o-prac-czy-umowa-cywilna-dla-lekarza, (dostęp: 08.06.2024).

malnego wynagrodzenia ani ochrony wynagrodzenia oraz prawa do odprawy emerytalnej, rentowej czy też nagród jubileuszowych[22].

Kolejną kwestią nieregulowaną w umowie cywilnoprawnej jest czas pracy. Pielęgniarka może pracować kilka czy też kilkanaście godzin na dobę. Fakt ten może powodować przemęczenie, co z kolei wpływa na poziom wykonywanej pracy. Pracownicy mogą mieć również z tego powodu mało czasu dla rodziny. Umowa cywilnoprawna niesie za sobą inną korzyść dla pielęgniarek. Zapewnia im większą swobodę w organizowaniu czasu pracy, a obowiązek sporządzania dokumentacji spoczywa na pracodawcy (wyjątek stanowi dokumentacja wykonanych świadczeń medycznych – te musi wykonać pielęgniarka).

Jednym z częstszych problemów praktycznych, skutkującym sankcjami prawnymi (między innymi ze strony Państwowego Instytutu Pracy) jest nieprawidłowe zastępowanie stosunku pracy umowami cywilnymi. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późniejszymi zmianami), przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Zatrudnienie na powyższych warunkach jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy. Nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych wyżej[23]. Mimo tego pielęgniarka może być zatrudniona, a tym samym wykonywać swój zawód na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej. Jednak nie powinno się to odbywać w tym samym szpitalu (lub jego jednostce) i w tym samym charakterze.

[22] http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/sierpie-wrzesie-2015/815-etat-czy-kontrakt-umowa-o-prac-czy-umowa-cywilna-dla-lekarza, (dostęp: 08.06.2024).

[23] http://www.bhp.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/formy-zatrudnienia-i-czas-pracy--w-podmiotach-leczniczych, (dostęp: 08.06.2024).

5. Determinanty efektywności funkcjonowania sektora medycznego

W literaturze wielokrotnie podkreślana jest trudność charakterystyki definicji efektywności dla sektora ochrony zdrowia. Każdy z interesariuszy systemu zrozumie efektywność inaczej,[24] z tego też powodu tak ważna jest kwestia zdefiniowania tej kategorii w kontekście funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Istotne jest wskazanie również często powielanego błędu, który polega na mieszaniu ze sobą pojęć efektywności i skuteczności. Jeśli skupić się na wykładni prakseologicznej, można zauważyć ich wspólny rdzeń, jednakże pierwsze z pojęć odnosi się do nakładów, a drugie do celu.[25]

Podobnie jest z produktywnością jako terminem stosowanym zamiennie z pojęciem efektywności. Produktywność jest stosunkiem przynoszących wartość produktów do czynników biorących udział w procesie produkcji.[26]

Tak rozumiana efektywność nie może być stosowana w ochronie zdrowia, ponieważ w przypadku szpitali wysokospecjalistycznych, gdzie przypadki są bardziej skomplikowane, nieraz beznadziejne, udaje się przeprowadzić całą procedurę prawidłowo, jednakże pacjent umiera. Umieralność podczas zabiegów/operacji jest jednym zastosowanych wskaźników w celu oceny szpitala. W zasadzie powyższe wskazuje, iż nie można porównać efektywności szpitali o różnych profilach. W literaturze związanej *stricte* ekonomią efektywność definiuje się ogólnie jako sposób używania zasobów przyczyniający się do uzyskania najwyższego poziomu satysfakcji, jaki jest możliwy przydanych nakładach i technologii.[27]

---

[24] A. Paździor, M. Paździor, *Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 2017, Nr 481, s. 55.

[25] M. Kulikowska-Pawlak, *Pojmowanie efektywności organizacji – definiowanie, pomiar*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia,* Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2010, s. 63–99.

[26] R. Jacobs, P.C. Smith, A. Street (2013), *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 20.

[27] P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, Wyd. Rebis, Warszawa 2012, s. 618.

Nie sposób ominąć ważnej kwestii związanej z wieloaspektowością pojęcia definicji efektywność i koniecznością dopasowania każdorazowo definicji do sektora i sytuacji, tak więc rozróżnić można definicje wskazujące na silną rolę skuteczności w osiąganiu efektywności lub efektywność jako kryterium oceny skuteczności, inne z kolei podkreślają niezależność skuteczności i efektywności.[28]

W literaturze przedmiotu pojawiają się również takie, które wprost określają efektywność jako produktywność lub wydajność, istnieją też określenia efektywności odnoszące się do alokacji zasobów w sensie zasady Pareto.[29]

Podobnie inni autorzy prezentują przegląd definicji, rozróżniając je przy zastosowaniu pojęć skuteczności, produktywności, wydajności czy alokacji zasobów.[30]

Efektywność ekonomiczną należy rozumieć jako relację wyników do kosztów ich osiągania, natomiast efektywność organizacyjna to szerokie zagadnienie odnoszące się do pozytywnych wyników i atrybutów przedsiębiorstwa. Efektywność finansowa jest poruszana w naukach o finansach i ekonomii, natomiast organizacyjna w naukach o zarządzaniu i jakości.[31]

Kolejna definicja efektywności odnosi się do racjonalności, uznając efektywność jako kluczowy czynnik gospodarowania dążącego do optymalnego zaspokajania potrzeb przy ograniczonych zasobach.[32]

---

[28] M. Bielski, *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 63.

[29] P. Łagowski*, Ocena efektywności świadczenia usług medycznych przez jednostki szpitalne z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej podmiotu*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów", 2018 Nr 167, s. 98.

[30] J. Gerlach, M. Gil (2018), *Efektywność przedsiębiorstwa w teorii ekonomii – która z definicji najlepiej oddaje istotę zagadnienia?* „Współczesne Problemy Ekonomiczne", Nr 2018, 2/18, s. 14.

[31] B. Ziębicki, *Metodyka oceny efektywności organizacyjnej*, [w:] B. Mikuła (red.), Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu. Księga pamiątkowa dla uczczenia Jubileuszu 40-lecia pracy naukowo-dydaktycznej prof. zw. dra hab. Arkadiusza Potockiego, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012, s. 381–391.

[32] A. Jaki, *Paradygmat efektywności w zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji", 20101, Nr 4, s. 3–7.

Ochrona zdrowia również doczekała się swojej definicji efektywności S. Poździocha z 2000 r. mówiącej, iż efektywność jest to zespół zorganizowanych i skoordynowanych działań, którego celem jest udzielanie świadczeń, usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych, które mają na celu zabezpieczenie i poprawę zdrowia pacjenta i społeczności.[33]

Efektywność w ochronie zdrowia jest możliwością oceny rezultatu usług medycznych. Jednostki pomiaru tak rozumianej efektywności sięgają aspektów finansowych i niefinansowych. Autorka przychyla się definicji z 2000 r. jako wiodącej i najlepiej oddającej istotę, jednak skłania się do jej uzupełnienia o część medyczną, czyli efekt zdrowotny. Efektywność w ochronie zdrowia jest zespołem skoordynowanych działań na różnych szczeblach referencyjności przynoszących poprawę zdrowia pacjentów poprzez świadczenie usług medycznych i profilaktykę.[34]

Najczęściej efektywność w ochronie zdrowia w badaniach polskich jest ujmowana jako rezultat wprowadzanych zmian bądź badanych zależności. Można analizować efektywności ochrony zdrowia jako systemu, efektywności w skali mikro (czyli podmiotu), a także w poszczególnych przypadkach medycznych i próbować mierzyć efektywność leczenia. W przypadku sektora ochrony zdrowia efektywności na poszczególnych poziomach są od siebie zależne. Nie można mówić, że placówka medyczna jest efektywna, jeśli nie ma efektywności leczenia pacjentów. Efektywność systemu zależy bezpośrednio od efektywności podmiotów leczniczych, które w dużej mierze są finansowane systemowo. Według raportu GUS z 2016 r., aż 96,5% hospitalizacji w Polsce odbywało się w ramach finansowania NFZ, co stanowi porównywalną wartość do roku 2013 – 97,6%.[35]

W związku z tym można założyć, iż ochrona zdrowia jest systemem naczyń połączonych i każdy poziom musi przynosić pozytywne wyniki, żeby całość była sprawna. Warto jednak podkreślić, iż suma efektywno-

[33] Kautsch M., *Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce*, „Problemy Zarządzania", 2011, T. 9, Nr 3, s. 63.

[34] Saryusz-Wolska H., Wronka M., *Efektywność w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji,* Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 2013, Nr 168, s. 256–269.

[35] GUS (2018), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html, (dostęp: 12.06.2024).

ści podmiotów leczniczych nie jest równa efektywności systemu ochrony zdrowia.[36]

Tabela 3. Poziom efektywności ochrony zdrowia

Poziom efektywności	Makro	Mikro	Przypadek medyczny
Cel	Zapewnienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia	Utrzymanie pozytywnej sytuacji finansowej oraz dobrej reputacji	Uzyskanie maksymalnego efektu, zdrowotnego, poprawa zdrowia pacjenta
Interesariusze	Politycy, społeczeństwo	Akcjonariusze, właściciele, zarządzający podmiotem	Pacjenci, personel medyczny, w umiarkowany sposób kadra zarządzająca

Źródło: opracowanie własne.

Na poszczególnych poziomach efektywności można zidentyfikować bariery wpływające na efektywność. Wspomniane już silne zależności między systemem a sektorem powodują, iż bariery kwalifikowane do poziomu makro wpływają na poziom mikro oraz poziom przypadku medycznego. Ich znajomość pozwala na podejmowanie działań przeciwstawnych lub zidentyfikowanie wysiłków w celu podwyższenia efektywności wbrew barierom.

6. Podsumowanie

Jednym z podstawowych objawów kryzysu w polskim systemie ochrony zdrowia jest mała dostępność wykwalifikowanej kadry medycznej. W Polsce stwierdza się jeden najniższych wskaźników liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w porównaniu z innymi państwami OECD; w polskim systemie ochrony zdrowia brakuje zarówno lekarzy ogólnych, jak i lekarzy specjalistów. Dużym problemem staje się proces starzenia się kadry medycznej; obecnie ponad 15% lekarzy w Polsce stanowią osoby powyżej 65 roku życia. Polski system opieki

[36] Rudawska I., *Zintegrowana opieka zdrowotna: w poszukiwaniu poprawy efektywności*, „Problemy Zarządzania", 2011, T. 9, Nr 3, s. 140–152.

zdrowotnej wymaga podjęcia pilnych działań zmierzających do poprawy dostępności usług medycznych dla społeczeństwa poprzez bardziej efektywne wykorzystanie istniejących zasobów personelu medycznego i lepsze planowanie kadr medycznych. Przy planowaniu dostępności personelu medycznego powinno się dbać o zwiększenie liczby studentów uczelni medycznych, a także uproszczenie rozwiązań formalnych dotyczących na przykład możliwości awansu zawodowego, otwieraniu specjalizacji.

Bibliografia

Barszcz I., Jabłoński W., Możliwości wdrożenia informacji o zawodach przez pracodawców, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych" Radom 2019.

Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2002.

Domagała A., *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?,* Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11 (2), 2013.

Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., Majowska M. *Odpływ profesjonalistów medycznych - postulowane narzędzia jego ograniczenia,* Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2, Katowice 2018.

Gerlach J., Gil M. (2018), *Efektywność przedsiębiorstwa w teorii ekonomii – która z definicji najlepiej oddaje istotę zagadnienia*? „Współczesne Problemy Ekonomiczne", Nr 2018, 2/18.

Golinowska S., Kocot E., Sowa A., *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2013; Tom 11, Nr 2.

Jacobs R., Smith P.C., Street A, *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.

Jaki A., *Paradygmat efektywności w zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji", 20101, Nr 4.

Janusauskas A., Tumas V. (2014), *Medical professional's emigration: causes and the consequences,* European Scientific Journal 10 (8).

Kautsch M., *Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce,* „Problemy Zarządzania", 2011, T. 9, Nr 3.

Kulikowska-Pawlak M., *Pojmowanie efektywności organizacji – definiowanie, pomiar*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Pomiar efektywności organizacji*

publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2010.
Łagowski P., *Ocena efektywności świadczenia usług medycznych przez jednostki szpitalne z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej podmiotu*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów", 2018 Nr 167.
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Warszawa.
Paździor A., Paździor M.*, Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 2017, Nr 481.
Raport z prac nad doskonaleniem metodologii opracowywania standardów kompetencji zawodowych, w tym z badań pilotażowych i z opisem udoskonalonej metodologii, Warszawa–Radom 2013; www.psz.praca.gov.pl/documents/10240/3046874/Raport-z-prac.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011 roku Nr 151 poz. 896).
Rudawska I.*, Zintegrowana opieka zdrowotna: w poszukiwaniu poprawy efektywności*, „Problemy Zarządzania", 2011, T. 9, Nr 3.
Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, Wyd. Rebis, Warszawa 2012.
Saryusz-Wolska H., Wronka M., *Efektywność w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji*, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 2013, Nr 168.
Sienkiewicz Ł. (red.), Standardy kwalifikacji zawodowych wobec wymagań rynku pracy, Wyd. IPiSS, Warszawa 2007.
Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020, MPiPS, „Monitor Polski" 2013; poz. 640.
Symela K., Woźniak I., Jak tworzyć informacje o zawodach funkcjonujących na rynku pracy, Wyd. Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 2018.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz. 617).
Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz.U. z 2019 roku poz. 576).
Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jednolity Dz.U. z 2019 roku poz. 952).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
Ziębicki B., *Metodyka oceny efektywności organizacyjnej*, [w:] B. Mikuła (red.), *Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu. Księga pamiątkowa dla uczcze-*

nia Jubileuszu 40-lecia pracy naukowo-dydaktycznej prof. zw. dra hab. Arkadiusza Potockiego, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012.

GUS (2018), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016* r., https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html.

http://kadry.infor.pl/kadry/indywidualne_prawo_pracy/zatrudnianie_i_zwalnianie/737688, Umowa-na-okres-probny-zmiany-2016.html.

http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/sierpie-wrzesie-2015/815-etat-czy-kontrakt-umowa-o-prac-czy-umowa-cywilna-dla-lekarza.

http://www.bhp.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/formy-zatrudnienia-i-czas-pracy-w-podmiotach-leczniczych.

Naczelna Izba Lekarska (2014), Zaświadczenie nr 6a - Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne.

COMPETENCE, AVAILABILITY AND EFFICIENCY OF MEDICAL PERSONNEL

Abstract: This study was created because of the need to draw attention to the main problem in the Polish health system - the availability of medical staff. The purpose of the study was to show that the organization of medical personnel has an impact on the efficiency of the tasks performed and job satisfaction.

Keywords: health system, health care in Poland, medical staff difficulties