

## Grażyna Wójcik, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Wydziału Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie

# Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia

The migration of nurses as a new challenge for the health care systems

### Adres do korespondencji:

mgr Grażyna Wójcik  
 Akademia Medyczna w Warszawie  
 Zakład Pielęgniarstwa Społecznego  
 ul. Erazma Ciołka 27  
 01-445 Warszawa  
 e-mail: wojcik.grazyna@gmail.com

### STRESZCZENIE

Zjawisko migracji personelu medycznego, staje się coraz większym problemem który zagraża zarówno krajom rozwijającym się jak i rozwiniętym. W artykule podjęto analizę wyzwań w zakresie planowania personelu i organizacji systemu przed którymi staje system opieki zdrowotnej w Polsce. Odpowiedzią na dynamiczny wzrost migracji personelu medycznego powinny być odpowiednie działania na poziomie krajowym, regionalnym i międzynarodowym. Analiza przyczyn migracji pielęgniarek wskazuje, że proces ten jest uwarunkowany wieloma czynnikami nie tylko finansowymi. Kierunki i nasilenie migracji pielęgniarek zmieniają się wraz ze zmianami politycznymi i gospodarczymi na świecie. Niedostateczny rozwój systemów danych dotyczących migracji personelu medycznego nie pozwala na pełną i wiarygodną ocenę tego zjawiska. Większość źródeł potwierdza, że zjawisko migracji będzie się rozwijać a migracja czasowa będzie głównym wyzwaniem najbliższych lat. Migracja zagraniczna polskich pielęgniarek jest tylko jednym z objawów systemowych problemów pielęgniarstwa w Polsce. W podsumowaniu zostały przedstawione rekomendacje dla Polski dotyczące zarządzania migracją pielęgniarek obejmujące: poprawę warunków pracy personelu, rozwijanie baz danych dotyczących zjawiska migracji, rozwój współpracy międzysektorowej i międzynarodowej w tej dziedzinie.

**Słowa kluczowe:** migracja, kadry medyczne, pielęgniarka, niedobór, polityka zdrowotna

### ABSTRACT

The migration of health workers is a growing concern worldwide because of its impact on health systems in developing and developed countries. This paper examines the policy challenges for workforce planning and the design of health systems infrastructure in Poland. Policy decisions should be made at the national, regional and international levels to manage more effectively migration phenomenon. Nurses's motivation to migrate is multifactor, not limited to financial incentives. The nursing migration flows vary in direction and magnitude over time, responding to socioeconomics and political factors. Inadequate data base systems on the migration of health care workers prevent effective monitoring of these workforce flows. However, it is well recognized that the migration will continue to grow and temporary migration will be a key challenge in the years to come. International migration of Polish nurses is only a symptom of the larger systemic problems of this profession in Poland. In the summary the article presents recommendations for Poland, which are necessary to manage nurse migration, such as: improving working conditions, building a new position of the profession in the system, development of good data base system on the migration of health workers and necessity of building multisectoral national policy and international cooperation.

**Key words:** migration, health manpower, nurse, shortage, health policy

## Wstęp

W ostatnich latach na całym świecie nasila się zjawisko migracji personelu medycznego. Bogate kraje uzupełniają niedobory kadrowe imigrantami z innych krajów, proponując im większe zarobki i lepsze warunki pracy. Dla emigrujących lekarzy i pielęgniarek jest to duża szansa, ale dla państw drenowanych z wykwalifikowanych kadr — zagrożenie pogorszenia i tak trudnej sytuacji w ich służbie zdrowia [1]. Przed takim zagrożeniem stoi również służba zdrowia w Polsce, ponieważ w ostatnich latach możemy obserwować nasilenie się zjawiska emigracji polskich lekarzy i pielęgniarek za granicę. Proces ten wymaga głębszego poznania i zastosowania odpowiednich strategii działania w polityce zdrowotnej.

## Cel pracy

Celem pracy jest upowszechnienie i wykorzystanie wyników badań międzynarodowych dotyczących migracji pielęgniarek do budowania długofalowej polityki planowania kadr pielęgniarskich w Polsce.

## Metoda

Autorzy artykułu przeanalizowali piśmiennictwo i oficjalne raporty dotyczące zagadnienia migracji pielęgniarek opublikowane po roku 2002. Na podstawie wyników badań międzynarodowych oraz rekomendacji organizacji międzynarodowych odpowiedzialnych za rozwijanie i doskonalenie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa na świecie (*World Health Organization* [WHO], *International Council of Nurses* [ICN], *International Center on Nurse Migration* [ICNM]) w pracy przedstawiono uwarunkowania oraz dynamikę zjawiska migracji pielęgniarek i personelu medycznego. Analiza piśmiennictwa wraz z wykorzystaniem doświadczeń własnych autorów stała się podstawą do przedstawienia propozycji działań strategicznych w dziedzinie planowania zasobów pielęgniarskich dla Polski.

## Migracja w ujęciu socjologicznym

Termin „migracja” pochodzi z języka łacińskiego (*migratio* — ‘wędrowka’) i oznacza przemieszczanie się ludności mające na celu zmianę miejsca pobytu. Przemieszczanie się ludności jest całkowicie naturalnym zjawiskiem i występowało we wszystkich epokach historycznych. Nasilenie się migracji może nastąpić między innymi z powodu złej sytuacji gospodarczej w miejscu zamieszkania (migracje ekonomiczne, potocznie zwane wędrowką za chlebem) lub sytuacji politycznej nieod-

powiadającej migrującym (migracje polityczne) [2, 3]. Największą intensywność procesów migracyjnych w Polsce obserwowaliśmy w okresie międzywojennym (lata kryzysu gospodarczego) oraz bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej, kiedy ludność Polski masowo się przemieszczała ze względu na zmiany na mapie Polski i Europy, a w kolejnych dekadach Polacy migrowali w kraju, poszukując pracy, którą można było znaleźć w odbudowujących się miastach.

Ze względu na zasięg terytorialny, możemy podzielić migracje na wewnętrzne, czyli przemieszczanie się ludności w granicach jednego kraju, lub zewnętrzne, czyli pomiędzy krajami lub regionami świata. Migracje można także różnicować ze względu na czas trwania — wyróżniamy wtedy migracje: czasowe, sezonowe lub trwałe.

Mobilność ludności, czyli skłonność do zmiany miejsca zamieszkania, wykazuje znaczne różnice regionalne. Do najwyższych należy mobilność ludności w Stanach Zjednoczonych, która jest niższa w Europie Zachodniej, a bardzo niska w Polsce. Duża mobilność ludności przyczynia się do zmniejszenia różnic społecznych i ekonomicznych pomiędzy regionami. Proces ten jest bardzo korzystny dla działań ukierunkowanych na zmniejszenie bezrobocia o wyraźniej strukturze regionalnej.

Analizując zjawisko migracji, większość autorów [3, 4] wyróżnia dwie grupy czynników wpływających na ten proces:

- czynniki wypychające (*push factors*) — wywołujące chęć opuszczenia danego miejsca,
- czynniki przyciągające (*pull factors*) — czynniki skłaniające do przyjazdu do danego miejsca, tworzące system zachęt i nowych alternatyw dla jednostki.

Prawo do wyboru miejsca zamieszkania, swobodnego przemieszczania się i w ograniczonym zakresie prawo do pracy w innym państwie jest uznane współcześnie za podstawowe prawo cywilizacyjne [4–6].

## Migracja personelu medycznego na świecie

Migracja personelu medycznego dotyczy wszystkich krajów na świecie, ale w grupie osób migrujących duży procent stanowią pielęgniarki. Zjawisku migracji towarzyszy kryzys w zakresie personelu medycznego, który w wielu krajach dodatkowo pogłębia się ze względu na dynamiczny wzrost potrzeb zdrowotnych starzejących się społeczeństw [4]. Niezaprzeczalne dowody tego kryzysu to liczne placówki pozbawione pracowników medycznych oraz szpitale, które nie są w stanie zatrudnić lub utrzymać swojego personelu medycznego. Świat cierpi na chroniczny brak personelu medycznego. Doprowadziło to do poważnych zaburzeń w podnoszeniu kwalifikacji, rozwijaniu kariery, wcześniejszego odchodzenia na emeryturę, a także migracji zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym [7].

W świetle danych prezentowanych w Światowym Raporcie Zdrowia 2006 istnieje bezpośrednia zależność pomiędzy pozytywnymi wynikami zdrowotnymi a wskaźnikami liczebności kadry medycznej [8]. Wielu autorów podkreśla trudności w realizacji celów polityki zdrowotnej w krajach przeżywających niedobór personelu medycznego (WHO) [1, 4, 9].

Analiza struktury lekarzy zatrudnionych w Australii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych wskazuje, że od 21 do 33% tej grupy zawodowej uzyskało kwalifikacje poza obecnym krajem zatrudnienia, a jednocześnie w tych samych krajach w grupie pielęgniarek osoby wykwalifikowane za granicą stanowią od 5 do 10% [10]. Ale już głębsza analiza procesów migracyjnych uwidacznia dużą dynamikę w rozszerzaniu się migracji personelu pielęgniarskiego. Przykładem może być Irlandia, gdzie w ogólnej liczbie nowych rejestracji zawodowych w 2005 roku pielęgniarki, które zdobyły kwalifikacje w innych krajach, stanowiły 84% [4].

Kierunki migracji pielęgniarek zmieniają się wraz ze zmianami politycznymi i gospodarczymi na świecie. Tradycyjnie, procesy te zachodziły głównie w obrębie tych samych regionów geograficznych, na przykład pomiędzy Kanadą a USA, Wielką Brytanią a Irlandią czy wybranymi częściami kontynentu Afryki. W ostatnich latach obserwuje się nasilenie migracji globalnej, pomiędzy odległymi częściami świata, a w tym głównie z państw afrykańskich do krajów Europy Zachodniej i USA oraz Azji Środkowowschodniej do Europy, USA i Australii [4].

Kierunki przepływu pielęgniarek zmieniają się na przestrzeni czasu. Przez wiele lat w Irlandii pielęgniarki wyjeżdżały z kraju, ale obecnie jest to kraj, który inwestuje środki publiczne w przyciągnięcie kadry z innych regionów świata [1].

Wśród przyczyn migracji pielęgniarek na świecie do najważniejszych zalicza się czynniki ekonomiczne, ale równie istotne są czynniki ryzyka zdrowotnego, występujące w krajach dotkniętych przez HIV/AIDS lub inne epidemie, dążenie do zapewnienia bezpieczeństwa jednostce i rodzinie (kraje konfliktów politycznych) oraz dążenie do poprawy jakości życia i zwiększania możliwości rozwoju zawodowego [4, 11].

Przyczyn migracji jest wiele — nawet kraje, które oferują pielęgniarkom relatywnie wysoki poziom wynagrodzeń, takie jak chociażby USA, Norwegia lub Irlandia, nie są w stanie zapewnić sobie odpowiedniej liczby własnych pielęgniarek [6, 12].

Deficyt kadry w tych krajach może być uwarunkowany niskimi nakładami na edukację pielęgniarek (USA) lub tym, że rozwój systemu edukacji nie nadąża za dynamiką rozwoju systemu opieki zdrowotnej (Irlandia). Jedną z istotnych przyczyn niskiego zainteresowania młodzieży wyborem studiów pielęgniarskich jest dysproporcja pomiędzy wysokim poziomem odpowiedzialności, wymagań zawodowych i oczekiwaniami społecznymi

a relatywnie niskim statusem społecznym i ekonomicznym zawodu.

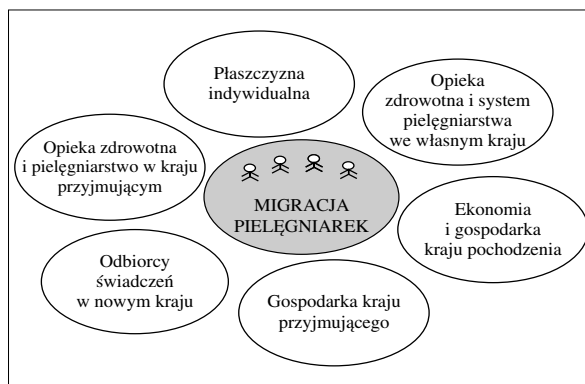
Światowy rynek pracy dla personelu pielęgniarskiego podlega segmentacji i możemy w nim wyróżnić następujące kategorie:

- podstawowy personel pielęgnacyjno-opiekuńczy (najczęściej przepływ nie podlega regulacjom rejestracji zawodowej),
- pielęgniarki o kwalifikacjach ogólnych (stanowią największą grupę wśród migrujących),
- wysoko wykwalifikowane pielęgniarki specjalistyczne (migracja może oznaczać utratę statusu).

Rozszerzanie się migracji pielęgniarek na świecie jest powiązane z wieloma ułatwieniami wprowadzanymi w tym celu w przepisach krajowych i międzynarodowych. W regionie europejskim najważniejszymi dokumentami są postanowienia traktatowe dotyczące utworzenia i rozwoju Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej [5]. Wiele krajów na świecie wprowadziło specjalne przepisy wizowe dla pielęgniarek w celu ułatwienia ich napływu (USA, Szwajcaria, Australia), natomiast na obszarze innych regionów swobodny przepływ pielęgniarek jest możliwy dzięki traktatom dotyczącym dwustronnej lub międzynarodowej współpracy gospodarczej.

Migracja personelu medycznego pociąga za sobą złożone następstwa dla kraju pochodzenia i kraju przyjmującego. Dotyczą one sfery gospodarczej, edukacyjnej, ale także socjologicznej i demograficznej. Jakakolwiek próba oceny tego procesu jest uzależniona od skali migracji, charakteru wyjazdów (czasowe lub stałe) oraz reguł, które obowiązują pomiędzy krajami będącymi stronami w tym procesie.

Należy zauważyć, że zjawisko migracji może uzyskać odmienne oceny zależnie od perspektywy, którą przyjmujemy jako podstawę naszej analizy. W przypadku emigracji zawodowej interes indywidualny może być odległy od interesu gospodarki czy społeczeństwa danego kraju (ryc. 1).



Rycina 1. Wymiary migracji pielęgniarek (plaszczyny/perspektywy)  
Figure 1. Various aspects of nurses migration

## Monitorowanie procesów migracji personelu medycznego

Zainteresowanie zjawiskiem migracji personelu medycznego w wymiarze międzynarodowym zaczęło się zaledwie przed kilku laty. Na początku obecnej dekady, czyli w latach 2000–2001, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) nie dysponowała danymi w tej dziedzinie, które mogłyby stanowić podstawę do formułowania określonych rekomendacji i strategii dla krajów członkowskich.

Pierwszym kompleksowym opracowaniem, w którym analizowano procesy migracji pielęgniarek na poziomie międzynarodowym, był Raport WHO, opracowany w 2003 roku we współpracy z ICN i RCN (*Royal College of Nursing*) pod tytułem *Międzynarodowy przepływ personelu pielęgniarskiego — kierunki i implikacje dla polityki* [1]. Dokument ten może być lekturą obowiązkową dla wszystkich odpowiedzialnych zarówno za politykę zdrowotną, jak i pielęgniarską w dowolnym kraju na świecie.

Pomimo powszechnego przekonania o potrzebie szczegółowego monitorowania procesów migracji personelu medycznego (w tym także pielęgniarskiego), w okresie ostatnich lat nie udało się jeszcze wypracować jednolitych narzędzi i systemów gromadzenia danych o przepływie kadry, dlatego najczęściej posługujemy się danymi niepełnymi lub niedającymi możliwości porównań międzynarodowych. Przykładem może być chociażby wykorzystywanie danych wyłącznie z sektora publicznego lub z innych dziedzin, takich jak dane wizowe czy podatkowe. W świetle istniejących ograniczeń, dotyczących jakości danych na temat przepływu kadry pielęgniarskiej, bardzo duże znaczenie należy przypisać wszelkim inicjatywom i projektom badawczym w tej dziedzinie. Rozwijanie projektów badawczych, mających na celu lepsze monitorowanie migracji kadry medycznej, będzie pośrednio przynosić korzyści wszystkim zainteresowanym tym zjawiskiem, czyli zarówno personelowi, odbiorcom świadczeń, ale także krajom znajdującym się na szlakach migracyjnych.

## Migracja polskich pielęgniarek

Emigracja i migracja polska mają długą tradycję, są przedmiotem licznych dyskusji w kraju i za granicą oraz sprzecznych ocen. Po raz pierwszy w historii Polski emigracja dotyczy w dużym stopniu wykwalifikowanych pracowników medycznych.

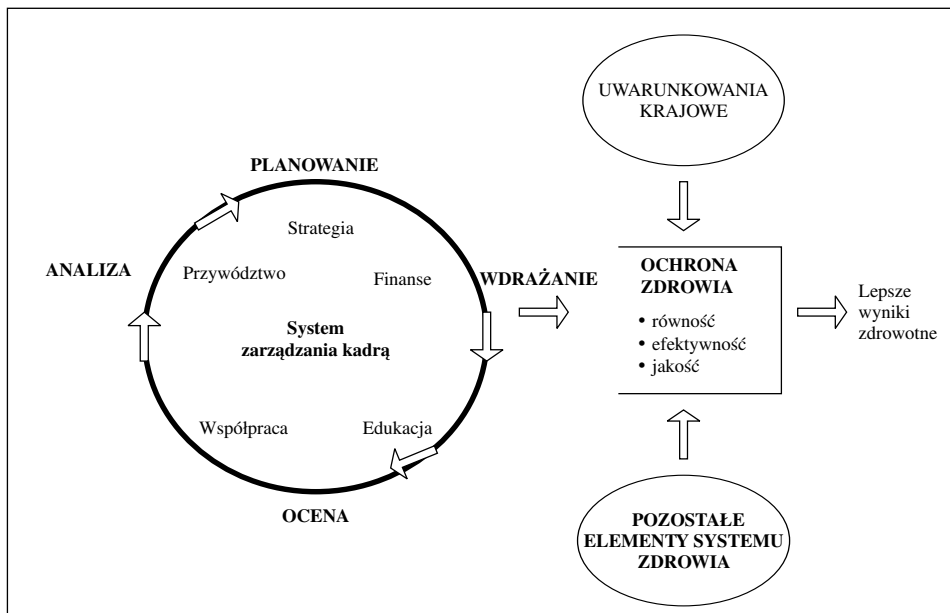
Akcesja Polski do Unii Europejskiej — jako jedno z najważniejszych wydarzeń historycznych ostatnich lat — otworzyła nowe możliwości w zakresie przemieszczania się Polaków poza terytorium kraju. Chociaż brak jest wiarygodnych danych na temat liczby Polaków, którzy opuścili kraj od 2004 roku, szacuje się, że wynosi ona od 2 do 3 milionów mieszkańców naszego kraju. Monitorowanie nowej fali emigracji Polaków jest utrudnione, po-

nieważ w dużym stopniu są to wyjazdy sezonowe lub wahałowe (robotnicy budowlani, rolni) oraz nie zawsze są to wyjazdy o legalnym statusie. Po 3 latach od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej nie dysponujemy jeszcze pełnymi danymi na temat migracji personelu medycznego. Skalę tego zjawiska ocenia się najczęściej na podstawie analizy uruchomionych procedur przygotowawczych przez zainteresowane pielęgniarki lub lekarzy czy liczby wydanych zaświadczeń o zgodności kwalifikacji [13, 14]. Liczba ta kształtuje się na poziomie od 1,5 do 3% ogólnej liczby zatrudnionych pielęgniarek. Aktualnie nie ma możliwości weryfikacji, jaki jest procent osób przygotowujących się do wyjazdu i ile pielęgniarek faktycznie finalizuje swoje decyzje.

Jednym z działań, które miało na celu lepsze rozpoznanie zjawiska migracji, były badania przeprowadzone przez mgr Kazimierę Nosowską (Ministerstwo Zdrowia, Departament Dialogu Społecznego) i dr. Pawła Goryńskiego (Państwowy Zakład Higieny, Zakład Statystyki) [15]. Dokonali oni oceny aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego do pracy za granicą po 1 maja 2004 roku oraz wskazali na ewentualne skutki tej migracji dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Posłużyli się metodą analizy retrospektywnej i dokonali oceny wskaźników zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w Polsce w latach 1995–2004 w porównaniu z analogicznymi wskaźnikami innych krajów europejskich. Aktualna ocena stanu zabezpieczenia kadry lekarsko-pielęgniarskiej została przedstawiona na podstawie analizy wskaźników bezrobocia oraz planowanych limitów kształcenia w omawianych zawodach. Wyliczyli oni, że w 2004 roku mogło wyemigrować z kraju 3% lekarzy medycyny, 3,6% lekarzy dentyistów oraz 1,2% pielęgniarek, podejmując pracę za granicą. Ich podstawowe wnioski były następujące: skala odpływu kadry medycznej od 2004 roku nie była masowa, ale nie była też zjawiskiem marginalnym. Głębsza analiza struktury wyjeżdżających wykazuje, że wśród osób opuszczających kraj w grupie pielęgniarek najwięcej jest osób młodych, czyli w przedziale do 35. roku życia. Natomiast w grupie lekarzy najczęściej wyjeżdżają wysoko wykwalifikowani specjaliści, czyli anestezjolodzy, radiolodzy i chirurdzy [16].

Niepokojące są natomiast wyniki pierwszych badań dotyczących planów zawodowych studentów akademii medycznych. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w 2005 roku wśród studentów Wydziału Lekarskiego oraz Oddziału Lekarsko-Dentystycznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wyniki były porażające, gdyż aż 42,8% studentów zadeklarowało chęć wyjazdu do pracy za granicą [17].

Podobne wyniki uzyskano podczas badań pilotażowych dotyczących planowania kariery zawodowej, przeprowadzonych w 2006 roku wśród studentów I roku magisterskich studiów dziennych Wydziału Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie. Wśród populacji 160 studentów aż 53% wiąże dalszy rozwój swojej kariery z planowanym wyjazdem za granicę.



Rycina 2. Model strategii zarządzania zasobami kadrowymi w sektorze zdrowia wg WHO [18]

Figure 2. WHO framework for human resource management in healthcare

W najbliższych latach może nastąpić dalszy wzrost liczby osób zainteresowanych podjęciem pracy za granicą, wynikający ze zwiększającej się liczby personelu ze znajomością języka angielskiego.

Nasilenie się procesów emigracyjnych w ostatnich kilku latach stawia w nowym wymiarze wszystkie dotychczasowe problemy z zakresu demografii, polityki społecznej i polityki zdrowotnej, ale przede wszystkim wymaga sformułowania nowych założeń co do polityki gospodarczej i społecznej kraju.

### Strategie przeciwdziałania migracji

Dążenie do unifikacji zasad wykonywania zawodu pielęgniarki stanowiło przez wiele lat jeden z priorytetów Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, ale także Światowej Organizacji Zdrowia, Międzynarodowej Organizacji Pracy czy też Wspólnoty Europejskiej.

Nie zawsze i nie wszystkie rekomendacje wypracowane przez powyższe instytucje zostały wdrożone do lokalnych czy narodowych planów zdrowia czy też strategii dotyczących pielęgniarstwa. Rozwijanie pielęgniarstwa jako dziedziny w wymiarze uniwersalnym, czyli ponadnarodowym, staje się więc nowym wyzwaniem dla wszystkich odpowiedzialnych za politykę zdrowotną.

Realizacja koncepcji pielęgniarstwa bez granic wymaga przyjęcia nowej filozofii kształcenia, zorientowanej na wartości, zasady, kształtowanie świadomości zawodowej oraz technik krytycznej analizy czy też kompetencji.

Ponieważ migracja wiąże się zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi następstwami dla pielęgniarstwa i ochrony zdrowia, dlatego ważne staje się zrozumienie, w jaki sposób zwiększyć znaczenie efektów pozytywnych, a zminimalizować następstwa negatywne dla systemu.

Strategia przeciwdziałania migracji powinna być elementem długofalowego planowania zasobów pielęgniarskich, aby była efektywna, niezbędne są zaangażowanie różnych sektorów oraz współpraca w płaszczyźnie międzynarodowej (ryc. 2).

W niektórych krajach podejmuje się dyskusję nad wprowadzeniem barier systemowych przeciwdziałających podejmowaniu przez pielęgniarki decyzji o wyjeździe z kraju. Bariery te mogą przybierać formę obowiązku zatrudnienia we własnym kraju przez określony czas lub obowiązkowej rekompensaty finansowej za zdobyte kwalifikacje w systemie publicznym ponoszone przez zagranicznego pracodawcę lub samego pracownika [19].

Rozwiązania takie budzą jednak wiele kontrowersji na płaszczyźnie prawno-etycznej, brakuje także dowodów na to, aby były efektywne dla profesji. Równolegle obserwujemy również strategie wdrażane przez kraje przyjmujące pielęgniarki, na przykład Norwegię, polegające na określeniu limitów liczby pielęgniarek z innych krajów mogących podjąć zatrudnienie w danym okresie.

### Migracja a problemy pielęgniarstwa w Polsce

W okresie ostatnich 2 lat w dyskusji publicznej, prowadzonej na różnego rodzaju spotkaniach, konferen-

cjach, na łamach prasy fachowej, a przede wszystkim w mediach coraz częściej poruszany jest problem zagrożeń dla polskiego pielęgniarstwa. Za najważniejsze przyczyny pogłębiającego się kryzysu tej profesji uznaje się czynniki ekonomiczne, niedobór kadry oraz migrację młodych, wykształconych pielęgniarek.

Podobne wnioski zostały zawarte w raporcie opracowanym przez ekspertów Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Niepokojące może być jednak twierdzenie, że migracja stanowi główne zagrożenie dla polskiego pielęgniarstwa, natomiast w świetle dostępnych danych zjawisko to szacuje się realnie na poziomie 1–2% ubytku w skali ostatnich 3 lat, natomiast nieprzerwanie na przestrzeni ostatnich 20 lat obserwuje się znacznie wyższy procent młodych pielęgniarek, które po uzyskaniu kwalifikacji nie podejmują pracy w zawodzie lub po okresie krótkiego zatrudnienia, rezygnują z jego wykonywania (migracja do innych sektorów) [13].

Niepokojąca jest także sytuacja, gdy w ośrodkach wielkomiejskich dostępnych jest wiele różnorodnych ofert pracy dla pielęgniarek, a w tym samym czasie w innych regionach utrzymują się znaczące wskaźniki bezrobocia w tej profesji. Oznacza to, że w polityce zatrudnienia pielęgniarek brakuje efektywnych mechanizmów stymulacji mobilności na terenie kraju. Pielęgniarki znajdujące się poza rynkiem pracy w swej profesji będą w przyszłości podejmować okresowe zatrudnienie jako personel opiekuńczy w krajach rozwiniętych.

Kolejnym mitem w zarządzaniu w ochronie zdrowia jest twierdzenie, że zwiększenie nakładów finansowych rozwiąże problemy systemu opieki zdrowotnej, a podwyższenie wynagrodzeń poprawi sytuację w pielęgniarstwie i innych grupach zawodowych. Działanie w sferze wyrównywania poziomu finansowania i wynagrodzenia powinno być ważnym, ale tylko jednym z wielu elementów strategii zarządzania systemem. W świetle badań pracownicy wysoko kwalifikowani (a do tej kategorii należy zawód pielęgniarki) za równie istotne uznają następujące czynniki związane z wykonywaną pracą: zakres roli i uprawnień na stanowisku pracy, warunki płacy oraz możliwość własnego rozwoju. Czynniki te mają decydujący wpływ na poziom satysfakcji z pracy pielęgniarek w krajach rozwiniętych, natomiast czynniki ekonomiczne i bezpieczeństwo związane z wykonywaniem pracy mają wpływ na decyzje migracyjne pielęgniarek w krajach rozwijających się i najuboższych (Afryka, Azja).

Jednym z najprostszych parametrów obrazujących poziom rozwoju pielęgniarstwa w danym kraju jest wskaźnik liczby pielęgniarek w stosunku do liczby populacji. Porównanie sytuacji w Polsce z innymi krajami Europy oraz krajami innych regionów świata przedstawiono, opierając się na aktualnych danych publikowanych przez WHO, w tabeli 1 [5, 20].

Aktualna liczba pielęgniarek zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju wynosi 4,9 na tysiąc mieszkańców, co oznacza, że Polska ma jeden

z najniższych wskaźników personelu pielęgniarskiego w Europie. Równocześnie w ostatnich dekadach we wszystkich krajach rozwiniętych obserwuje się stały wzrost liczby pielęgniarek, natomiast w Polsce od kilkunastu lat obserwuje się spadek.

Reasumując, można postawić tezę, że migracja jest tylko jednym z wielu systemowych problemów pielęgniarstwa w Polsce. Jej dynamiczny rozwój w ostatnim okresie uruchomił dyskusję publiczną i ożywił zainteresowanie problemami pielęgniarskimi w środkach masowego przekazu, a może także w kręgach decydenckich.

Za najważniejsze przesłanie, które płynie z wielu badań i doświadczeń w dziedzinie zarządzania kadrą pielęgniarską, należy uznać twierdzenie, że takie procesy, jak odchodzenie z pracy, rezygnacja z zawodu czy też migracja pielęgniarek, nie są odrębnymi problemami, lecz tylko symptomami poważnych kryzysów, które mogą dotyczyć jednego zakładu lub funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Wszyscy, którzy są przygotowani i odpowiedzialni za określanie reguł funkcjonowania systemu, powinni się więc skoncentrować na tym, jak sprostać i zrealizować oczekiwania i pielęgniarek i innych pracowników medycznych, którzy pozostają w systemie.

## **Rekomendacje dla Polski**

Przyjmując tezę, że migracja zawodowa będzie stanowić jeden ze stałych procesów zachodzących w systemach ochrony zdrowia na świecie, należy zintensyfikować prace nad przygotowaniem naszego kraju i środowisk zawodowych do tego zjawiska.

Wykorzystując wiedzę i doświadczenia w zakresie problematyki migracji pielęgniarek, które przez ostatnie dziesięciolecie zdobyły organizacje pielęgniarskie i międzynarodowe, zajmujące się tą problematyką, powinniśmy opracować polską strategię długofalowych działań na rzecz zapewnienia zasobów pielęgniarskich [4, 21].

Migracja personelu, mobilność ludności czy globalizacja zasobów kadrowych stały się nieodwracalnie cechą naszych czasów i w związku z tym nie możemy się ograniczać do działań informacyjnych czy też opracowywania dramatycznych scenariuszy będących przewidywaniem negatywnych następstw emigracji polskich pielęgniarek.

Nawet gdybyśmy założyli, że w ciągu najbliższych lat dokonamy „cudu reformy systemu opieki zdrowotnej”, co spowoduje radykalną poprawę warunków pracy i wzmocnienie pozycji pielęgniarek, wciąż na świecie będą jeszcze lepsze i bogatsze systemy, które będą przyciągać, rekrutować i zatrudniać naszą kadrę.

Planowanie wykwalifikowanych zasobów ludzkich w zawodach medycznych, gdzie cykl kształcenia trwa minimum 3–6 lat, jest procesem długofalowym i na efekty podejmowanych działań należy czekać przez wiele lat.

Tabela 1. Wskaźniki pielęgniarskie w wybranych krajach świata wg regionów WHO\*

Table 1. Nursing indicators in selected countries by WHO Regions

Lp.	Państwo	Region WHO	Liczba pielęgniarek	Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców	Rok
1	Polska	EUR	188 898	4,90	2003
2	Węgry	EUR	87 38	8,85	2003
3	Słowacja	EUR	36 569	6,77	2003
4	Litwa	EUR	12 150	5,27	2003
5	Ukraina	EUR	369 755	7,62	2003
6	Norwegia	EUR	67 274	14,84	2003
7	Francja	EUR	437 525	7,24	2004
8	Irlandia	EUR	60 774	15,20	2004
9	Wielka Brytania	EUR	704 332	12,12	1997
10	Szwecja	EUR	90 758	10,24	2002
11	Algieria	AFR	18 485	1,31	2004
12	Kenia	AFR	37 113	1,18	2002
13	Nigeria	AFR	127 580	1,03	2003
14	Egipt	EMR	144 984	1,98	2004
15	Iran	EMR	83 175	1,19	2004
16	Afganistan	EMR	4 752	0,22	2001
17	Indie	SEAR	865 135	0,80	2004
18	Nepal	SEAR	5 664	0,22	2004
19	Tajlandia	SEAR	171 605	2,82	2000
20	Australia	WPR	176 188	9,10	2001
21	Chiny	WPR	1 358 000	1,05	2001
22	Japonia	WPR	993 628	7,79	2001
23	Meksyk	AMR	88 678	0,90	2000
24	USA	AMR	2 669 603	9,37	2000
25	Kanada	AMR	309 576	9,95	2003

\*Liczby pielęgniarek są przedstawione po analizie korygującej dokonanej przez WHO i nie zawsze są równoważne oficjalnym danym krajowym

AFR — WHO African Region

AMR — WHO Region of the Americas

SEAR — WHO South-East Asia Region

EUR — WHO European Region

EMR — WHO Eastern Mediterranean Region

WPR — WHO Western Pacific Region

Źródło: <http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html>, Health Systems: Human Resources for Health

Podstawą każdego planu powinna być jednak solidna diagnoza zasobów, która w chwili obecnej jest trudna do przeprowadzenia. Na pewno powstanie centralnego rejestru pielęgniarek stanowi solidną podstawę do analiz w tej dziedzinie. Dopracowania wymaga jednak obszar danych dotyczący pielęgniarek pozostających poza zawodem, wyjeżdżających za granicę czy też zatrudnionych równocześnie u więcej niż jednego pracodawcy.

W świetle doświadczeń własnych, jak również dostępnych źródeł informacji o pielęgniarstwie w Polsce, można zaryzykować tezę, że wciąż największe straty kadrowe dla naszego pielęgniarstwa są spowodowane odcho-

dzeniem od zawodu i podejmowaniem innych form aktywności — migracją do innych sektorów gospodarki.

Opierając się na teorii wyjaśniającej przyczyny migracji, w budowaniu strategii należy się skoncentrować na redukcji i ograniczeniu znaczenia czynników stymulujących pielęgniarki do wyjazdów, czyli *push factors* [9]. W warunkach polskich będzie to na pewno zbiór działań na poziomie legislacyjnym, politycznym i systemowym, zmierzających do:

- wzmocnienia pozycji i roli pielęgniarstwa w systemie,
- poprawy warunków wynagrodzenia,
- poprawy warunków pracy na stanowiskach pielęgniarskich,

- stworzenia ścieżek kariery i możliwości rozwoju,
- podjęcia działań ułatwiających migrację wewnętrzną.

Zupełnie odrębnym i nowym obszarem działalności powinien być system instrumentów mający na celu odzyskiwanie tych pielęgniarek, które zrezygnowały z wykonywania zawodu czy też zawiesiły swoją pracę w systemie opieki zdrowotnej. Mogą to być celowane programy szkoleniowe, finansowane ze środków publicznych lub określone ułatwienia dla pracodawców zatrudniających pielęgniarki powracające do zawodu.

Kolejnym elementem strategii kadrowej dla pielęgniarstwa w Polsce powinny być działania na płaszczyźnie międzynarodowej. Mogą one obejmować porozumienia międzyrządowe, dotyczące warunków przepływu kadry, wymiany danych o migracji, negocjowania rekompensat finansowych bądź szkoleniowych na rzecz własnego personelu oraz rozwijanie współpracy badawczej w tej dziedzinie [21, 22].

## Piśmiennictwo

1. Buchan J., Sochalski J. The migration of nurses. Trends and policies, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82 no 8, Geneva 2004.
2. Szacka B. Wprowadzenie do socjologii. Warszawa 2003.
3. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Imigracja> (11-07-2007).
4. Buchan J., Parkin T., Sochalski J. *International nurse mobility. Trends and policy implications*, WHO, Geneva 2003.
5. Wrońska I., Krajewska-Kułak E. (red.). *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wyd. Czelej, Lublin 2007.
6. Blakeney B.A. *International Nurse Migration Crisis or Opportunity*. NNAs Meeting, May 2006.
7. <http://www.intlnursemigration.org> (11-07-2007).
8. *The World Health Report 2006 — Working together for Health*. WHO, Geneva 2006.
9. M. Kingma. *Nurses on the Move: A Global Overview*.
10. *Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges*, Khassoum Diabolo, *Bulletin of the World Health Organization*, August 2004.
11. Una V. Reid, *Nurse Workforce Migration Issues*, HRD Consultant, Former PAHO/WHO HRD Advisor March 2007.
12. <http://www.the-networktuffh.org/conference1>, ICNM NEWS (18-07-2007).
13. <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=110> (30-06-2007).
14. [http://www.oipip.rz.pl/aktualności/XX\\_zjazd/001\\_zjazd.html](http://www.oipip.rz.pl/aktualności/XX_zjazd/001_zjazd.html) (27-07-2007).
15. Nosowska K., T. Goryński P. *Migracja personelu medycznego do pracy za granicą w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2006.
16. Leśniowska J. *Problem migracji polskiej kadry medycznej*. *Polityka Społeczna* 2005; 4.
17. *Biuletyn Wielkopolski Izby Lekarskiej*. Czerwiec 2007.
18. Dal Poz M.R., Quain E.E., O'Neil M., McCaffery J., Elzinga G., Martineau T. *Addressing the health workforce crisis: towards a common approach*. *Human Resources for Health*, WHO, August 2006.
19. Blakeney A.B. *International Nurse Migration: Crisis or Opportunity*. May 2006.
20. <http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html>, *Health Systems: Human Resources for Health* (26-07-2007).
21. *International Council of Nurses (ICN) (2001). Position statement of ethical nurse recruitment*, Geneva, International Council of Nurses, available at: <http://www.icn.ch.psrecruit01.htm> (accessed January 2003).
22. *International Organization for Migration. Challenges and effective approaches to national, regional and international migration data, sharing and management*. Geneva: International Organization for Migration, 2003.