



Mobilność i migracja pracowników służby zdrowia w Europie Środkowo-Wschodniej

Streszczenie

Wprowadzenie

Po rozszerzeniu UE na Europę Wschodnią wiele uwagi poświęcano skutkom migracji osób z 10 państw członkowskich położonych w Europie Środkowo-Wschodniej (określanych w niniejszym badaniu jako „UE10”) do dawnych państw UE15. Choć w badaniach prowadzonych w tym obszarze dokonano już analizy przyczyn, zakresu i konsekwencji zjawiska emigracji jednej konkretnej grupy zawodowej, tj. pracowników służby zdrowia, działaniom mającym na celu zidentyfikowanie konkretnych wspólnych problemów (takich jak niedobór pracowników należących do tej grupy w niektórych zawodach) i potencjalnych rozwiązań dla UE10 przypisywano mniejszą wagę. Znalazienie odpowiednich rozwiązań stanowi jednak bardziej złożone zadanie, ponieważ obserwowane niedobory wynikają nie tylko z wysokiego poziomu emigracji, ale są również związane z problemami istniejącymi w ramach systemów opieki zdrowotnej w tych państwach, takimi jak nadmierna eksploatacja pracowników lub nierównowaga regionalna lub zawodowa.

W niniejszym sprawozdaniu zwrócono uwagę na kluczowe wyzwania, z którymi muszą zmierzyć się państwa UE10 z uwagi na wysoką liczbę pracowników służby zdrowia wyjeżdżających do pracy za granicę, i skoncentrowano się na określonych problemach, wskazując kierunki dalszych badań. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma przeprowadzenie kompleksowej analizy konsekwencji obserwowanego procesu, ponieważ wydaje się, że ani napływ obywateli państw trzecich, ani skala zjawiska migracji powrotnej nie okażą się wystarczające do pokrycia niedoboru pracowników wywołanego emigracją. Ponieważ jednak skala omawianego problemu nie jest jednakowa we wszystkich państwach, w niniejszym sprawozdaniu przedstawiono zróżnicowany obraz sytuacji w poszczególnych krajach UE10. W badaniu wykorzystano wyniki dwóch europejskich projektów badawczych: „Mobilność pracowników służby zdrowia” (MoHProf) oraz „Analiza mobilności pracowników służby zdrowia w Unii Europejskiej” (PROMeTHEUS). Do zilustrowania skali wyzwań stojących przed sektorem opieki zdrowotnej wybrano trzy państwa – Węgry, Litwę i Polskę – przy czym w sprawozdaniu oparto się na najnowszych dostępnych informacjach na temat sytuacji w tych państwach. Trzy

wybrane państwa różnią się nie tylko skalą emigracji i tendencjami migracyjnymi, ale również stopniem, w jakim ich gospodarki i rynki pracy zostały dotknięte kryzysem.

Kontekst polityki

Narastająca migracja pracowników służby zdrowia z UE10 stanowi coraz większy problem dla państw bezpośrednio dotkniętych konsekwencjami tego zjawiska, jak również dla UE rozumianej jako całość, ponieważ może doprowadzić do pogłębienia już istniejących dysproporcji pomiędzy państwami Europy Wschodniej i Zachodniej. Niekorzystny wpływ omawianego zjawiska został już dostrzeżony w szeregu dokumentów dotyczących polityki UE, w tym w Zielonej księdze w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie Komisji Europejskiej z 2008 r., w której stwierdzono, że „swobodny przepływ pracowników może mieć również niekorzystne konsekwencje, ponieważ może zaburzać równowagę i sprzyjać tworzeniu nierówności, jeżeli chodzi o dostępność pracowników służby zdrowia”.

Niedobór pracowników w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej wywiera wpływ nie tylko na państwa UE10, ale również na pozostałe państwa członkowskie. Duży odpływ pracowników z UE10 mógłby jednak z pewnością wpłynąć na pogorszenie sytuacji w państwach należących do tej grupy. W opracowanym przez Komisję Europejską w 2012 r. pakiecie dotyczącym zatrudnienia pt. „W kierunku odnowy gospodarczej sprzyjającej zatrudnieniu” podkreślono znaczenie roli sektora opieki zdrowotnej i społecznej dla zwiększania możliwości zatrudnienia. We wspomnianym dokumencie wskazano również rosnący niedobór pracowników jako jedno z najpoważniejszych wyzwań stojących przed UE, w połączeniu ze „starzeniem się [...] grupy pracowników [służby zdrowia] oraz niewystarczającą liczbą nowych osób, które mogą zastąpić pracowników przechodzących na emeryturę; pojawianiem się nowych sposobów leczenia współwystępujących chorób przewlekłych; coraz szerszym zastosowaniem technologii wymagających nowych kombinacji umiejętności oraz nierównowagą poziomu umiejętności i modeli pracy”.

Mobilność pracowników służby zdrowia w UE mogłaby przyczynić się do zmniejszenia niedoboru pracowników w państwach UE15. W omawianym kontekście należy jednak skoncentrować się na państwach UE10, aby wypracować odpowiednie warianty i rozwiązania pozwalające im przezwyciężyć problemy, z którymi się borykają.

Kluczowe ustalenia

Skala migracji obywateli państw trzecich do większości państw UE10 ma charakter marginalny i utrzymuje się na znacznie niższym poziomie, niż migracja do państw UE15. Spośród państw UE10 najwyższy poziom imigracji pracowników służby zdrowia odnotowano w Słowenii.

Pomimo znacznego odpływu pracowników z państw UE10 i zauważalnego już obecnie niedoboru pracowników w niektórych grupach zawodowych w tych państwach, nie wdrożono żadnych strategii służących zachęceniu pracowników służby zdrowia z państw trzecich do podjęcia zatrudnienia w tych państwach. Wynika to po części z uwarunkowań politycznych, po części zaś z gospodarczych – decydenci niechętnie odnoszą się do takiego rozwiązania z uwagi na pogarszające się warunki życia, kurcząca się gospodarkę i wysoką stopę bezrobocia.

Ponadto panuje powszechne przekonanie, że niedobór pracowników w sektorze opieki zdrowotnej należy rozwiązać, podejmując innego rodzaju działania, takie jak podwyższenie płac, poprawa warunków pracy oraz organizowanie (ponownych) szkoleń – niektóre państwa członkowskie podjęły już tego rodzaju środki. Co więcej, w określonych obszarach sektora opieki zdrowotnej zachodzi pilna potrzeba zatrudnienia pracowników zastępczych.

Duża liczba migrantów odnotowywana w niektórych państwach znalazła się w nich za sprawą migracji powrotnej, przy czym główną przyczyną powrotu wskazywaną przez migrantów jest rodzina. Ta forma migracji uległa nasileniu w Polsce, choć nie w stopniu, jakiego pierwotnie się spodziewano. Pomimo oczekiwań wywołanych kryzysem, w państwach UE10 zasadniczo nie doszło do masowej migracji powrotnej.

Choć istnieją pewne dowody potwierdzające, że pracownicy służby zdrowia, którzy przenieśli się do innego państwa, zajmują niższe stanowiska niż wynikałoby to z ich kwalifikacji, lepsze warunki życia i pracy w państwach przyjmujących UE15 zdają się rekompensować ten niekorzystny czynnik. Dlatego też nie można oczekiwać wystąpienia zjawiska migracji powrotnej na dużą skalę.

Biorąc pod uwagę starzenie się pracowników służby zdrowia i wysoki popyt na nowy personel w państwach UE15, trudno jest jednoznacznie ocenić, jak państwa UE10 poradzą sobie ze stojącymi przed nimi wyzwaniami, ponieważ w wielu z tych państw brak jest osób mogących zastąpić starzejących się pracowników służby zdrowia, a odpowiednie przygotowania strategiczne w tym zakresie nie

zostały podjęte; zwiększenie nakładów na służbę zdrowia w tych państwach również wydaje się mało prawdopodobne.

Wskazówki dotyczące polityki

Państwa dotknięte niedoborem pracowników są zmuszone do opierania się na długoterminowej strategii służącej rozwiązaniu problemów w ich sektorze opieki zdrowotnej, korzystając ewentualnie ze wsparcia UE. Taka strategia powinna opierać się na solidnych przesłankach empirycznych. Jak wskazują jednak wyniki badania, podmioty gromadzące dane w tym zakresie na terytorium UE napotykają na poważne problemy. Z tego względu zainicjowane przez Komisję wspólne działanie na rzecz planowania i prognozowania dotyczącego pracowników służby zdrowia UE ma ogromne znaczenie, a jego wdrożenie może być kluczowe dla wsparcia państw członkowskich w opracowywaniu ich własnych strategii długoterminowych.

Po zidentyfikowaniu źródeł obecnych niedoskonałości w ramach sektora opieki zdrowotnej, jednym z głównych celów każdej strategii długoterminowej powinno być znalezienie najodpowiedniejszego sposobu rozwiązania istniejących problemów. Na przykład należałoby zastanowić się nad możliwością przeprowadzenia kompleksowej analizy przyczyn występowania znacznych różnic w ogólnych wymogach dotyczących poziomu kwalifikacji w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej w całej UE.

Strategia powinna również odnieść się do kwestii związanej z rolą systemów prywatnych. Obecnie trudno jednoznacznie stwierdzić, w jakim stopniu należy rozszerzyć zakres tego rodzaju systemów w sektorze opieki zdrowotnej. Szybkie poszerzenie tego systemu może przyczynić się do spowolnienia procesu emigracji, ale zastosowanie takiego rozwiązania mogłoby również doprowadzić do powiększenia nierówności społecznych, które stanowią już źródło napięć w państwach członkowskich UE10. Dlatego też przy opracowywaniu strategii długoterminowych należy brać pod uwagę szersze konsekwencje społeczne związane z ich wdrożeniem.

Aby wesprzeć proces opracowywania tych strategii długoterminowych, należy przedstawić bardziej przejrzysty obraz sytuacji związanej z współistnieniem prywatnego i publicznego systemu opieki zdrowotnej, wskazując skutki, jakie wdrożenie strategii przyniesie ogólnie rozumianym systemom opieki zdrowotnej. Dlatego też omawiana kwestia, a także związek między dwoma wskazanymi powyżej systemami, powinny być przedmiotem dalszych badań.

Dodatkowe informacje

Sprawozdanie "Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe" (Mobilność i migracja pracowników służby zdrowia w Europie Środkowo-Wschodniej) znajduje się na stronie <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1335.htm>.

Dodatkowych informacji udziela Klára Fóti, kierownik ds. badań, Klara.Foti@eurofound.europa.eu.