

Żaneta Mrożek

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie
ORCID: 0000-0003-2926-2920

KOBIECY PERSONEL MEDYCZNY W ZAPEWNIENIU BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO W POLSCE

Abstrakt: Kobiety personel medyczny dominuje w każdym systemie opieki zdrowotnej, co potwierdzają dane statystyczne. w Polsce najsilniej sfeminizowane są takie zawody, jak pielęgniarka, położna, diagnosta laboratoryjny czy farmaceuta. Kobiety przeważają również w zawodzie lekarza. Swoją pracą zapewniają poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu. Niemniej jednak ich rola często jest niedoceniana i ogranicza się tylko do procesu realizacji świadczeń medycznych, rzadziej zajmują stanowiska decyzyjne i kierownicze. Celem artykułu jest ukazanie roli i miejsca kobiet w systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazanie kluczowych problemów związanych z ich działalnością w obszarze ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: kobieta, bezpieczeństwo, zdrowie, opieka zdrowotna, pacjent.

Wstęp

Kobiety dominują w obszarze zapewnienia opieki zdrowotnej społeczeństwu oraz podejmują się najtrudniejszych wyzwań w zakresie nauk medycznych. Pomimo ich największego zaangażowania, wciąż ich rola w zdecydowanej mierze oscyluje wokół podstawowych relacji typu personel medyczny – pacjent. Mniej kobiet obserwuje się na stanowiskach zarządczych, które zdominowane są głównie przez mężczyzn. Niemniej jednak to właśnie w tych elementarnych relacjach między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia nawiązuje się więź bazująca na zaufaniu, która daje poczucie bezpieczeństwa osobie potrzebującej. Zaufanie jest tu kluczowe, ponieważ w relacji tej mamy do czynienia z asymetrią informacji. Jakość tych relacji stanowi podstawę efektywnie realizowanych świadczeń medycznych, które z kolei determinują skuteczność funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Rola kobiet, z uwagi na ich przeważającą obecność w systemie opieki zdrowotnej, bez wątpienia jawi się jako kluczowy element w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego

W dyskursie naukowym nie ma przyjętej jednoznacznej definicji „bezpieczeństwa zdrowotnego”, często pojęcie to jest używane bez zrozumienia jego złożoności, głównie w kontekście analizy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Natomiast bezpieczeństwo zdrowotne ma charakter procesualny, jest zależne od wielu czynników i powinno się je rozpatrywać przez pryzmat dynamiki zmian zachodzących w społeczeństwie, stąd też trudno podać jednoznaczną jego definicję. W celu lepszego zrozumienia jego wielowątkowości należy osobno omówić pojęcia „bezpieczeństwo” i „zdrowie”. Bezpieczeństwem w najprostszym rozumieniu, według słownika terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego określamy stan, który daje poczucie pewności i gwarancje jego zachowania oraz szanse na doskonalenie. Poprzez bezpieczeństwo rozumiemy także taką sytuację, która odznacza się brakiem ryzyka utraty czegoś, co człowiek szczególnie ceni np.: zdrowia, pracy, szacunku czy dóbr materialnych⁵⁶. Pojmowanie bezpieczeństwa jest również uzależnione od zmieniających się warunków w jakich funkcjonuje człowiek, a także z uwagi na rodzaj rozpatrywanych zagrożeń.

W ramach konceptualizacji pojęcia „bezpieczeństwo zdrowotne”, należy odnieść się do koncepcji bezpieczeństwa ludzkiego z ang. *human security*⁵⁷. Przełomowym był raport z 1994 r. „Human Development Report – New Dimension of Human Security” opublikowany przez UNDP⁵⁸. W ramach omawianej koncepcji, podmiotem bezpieczeństwa stała się jednostka ludzka, celem bezpieczeństwa jej godne przetrwanie w demokratycznym państwie, zagrożeniem procesy globalizacyjne, zagrożenia naturalne, zmiany klimatyczne, a także państwo i procesy zachodzące w życiu publicznym. Raport wskazuje na potrzebę przejścia z wąskiego rozumienia bezpieczeństwa narodowego na rzecz szeroko rozumianej koncepcji bezpieczeństwa człowieka. Wyszczególniono dodatkowe kategorie zagrożeń bezpieczeństwa człowieka w tym: bezpieczeństwo ekonomiczne, środowiskowe, zdrowotne, żywności, osobiste, społeczności oraz bezpieczeństwo polityczne. Skoro na poczucie bezpieczeństwa jednostki wpływa wiele czynników, należy więc stworzyć takie warunki przy zdecydowanym zaangażowaniu instytucji państwowych, aby jednostka nie czuła się w jakikolwiek sposób zagrożona w otaczającym ją świecie. Zdrowie należy traktować priorytetowo, między innymi dlatego, że jest bezprecedensowym elementem kapitału ludzkiego od którego zależy sprawne funkcjonowanie państwa⁵⁹.

Omawiając pojęcie zdrowia, zwykle przytacza się i odnosi do definicji zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r., gdzie zdrowie rozumie się jako nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny⁶⁰. Na

⁵⁶ J. Kaczmarek, W. Łepkowski, B. Zdrodowski (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2008, s. 14.

⁵⁷ K. P. Marczuk, *Pojęcie i zakres human security*, [w:] S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Trzy wymiary współczesnego bezpieczeństwa*, Warszawa 2014, s. 40-48.

⁵⁸ UNDP, *Human Development Report – New Dimensions of Human Security*, Human Development Report Office, December 1994, s. 22-40.

⁵⁹ J. Suchecka, K. Twardowska, *Zdrowie jako istotny element kapitału ludzkiego*, [w:] J. Michalak (red.) *Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia*, Warszawa 2016, s. 120-143.

⁶⁰ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.

dobrostan fizyczny wpływają czynniki związane ze środowiskiem fizycznym np. miejsce zamieszkania. Dobrostan psychiczny wynika m.in. z braku zaburzeń psychicznych, takich jak nerwice czy depresja. Natomiast na dobrostan społeczny wpływa np. brak konfliktów społecznych albo posiadanie pracy. Zdrowie w tej definicji jawi się jako wielowymiarowe, które uzależnione jest od jakości życia człowieka, czyli stopnia zapewnienia tego „dobrostanu”, który podlega subiektywnej ocenie każdego człowieka. Inaczej też dobrostan interpretuje się z perspektywy większej zbiorowości. Niemniej jednak zachowanie zdrowia wymaga równowagi wszystkich jej wymiarów.

Kluczową koncepcją wyróżniającą istotne dla zdrowia obszary, jest koncepcja Marca Lalonde'a⁶¹, której również nie można pominąć w definiowaniu zdrowia. Cztery „pola zdrowia” o których pisał badacz obejmują te czynniki, które mają największe znaczenie dla zdrowia i ujmują rozumienie zdrowia w szerszej perspektywie. M. Lalonde wyróżnił takie obszary jak: styl życia (np. aktywność fizyczna, sposób odpoczynku i rekreacji, nałogi lub sposób odżywiania), czynniki biologiczne i genetyczne (np. dojrzewanie, dziedziczenie chorób), czynniki środowiskowe (np. zanieczyszczenie powietrza, poziom hałasu) oraz system organizacji opieki zdrowotnej (czyli dostępność do świadczeń medycznych, leczenie, prewencja, profilaktyka). Kontynuatorzy tej koncepcji oszacowali procentowo wpływ wyszczególnionych obszarów na zdrowie, traktując styl życia jako najistotniejszy. Za najmniej ważny (oszacowany na 10% wpływu na zdrowie) chociaż kluczowy uznano obszar związany z organizacją systemu opieki zdrowotnej. Kluczowy, gdyż podmioty lecznicze i wszystkie inne jednostki uczestniczące w systemie działają na rzecz zdrowia ingerując także w pozostałe „pola zdrowia”. Należy tu również dodać, że jakość funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych jest determinowane przez zasoby systemu (finansowe, rzeczowe i ludzkie)⁶².

Wiedząc czym jest bezpieczeństwo i zdrowie można podjąć próbę zdefiniowania pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego, które należy rozumieć jako brak zagrożeń dla szeroko rozumianego zdrowia człowieka z uwzględnieniem wszystkich czynników, które je determinują⁶³. Jednym z tych czynników jest właśnie organizacja systemu opieki zdrowotnej oraz jego zasoby ludzkie, które stanowią obszar badań niniejszego artykułu. Ponadto bezpieczeństwo zdrowotne ma charakter procesualny i stanowi rdzeń koncepcji *human security*.

Kobiety personel medyczny w Polsce – stan obecny

W celu dostosowania każdego systemu do potrzeb zdrowotnych, ważne jest monitorowanie i analiza sytuacji zdrowotnej, a także nadzór epidemiologiczny, promocja zdrowia, aktywne uczestnictwo społeczeństwa, rozwój polityki zdrowotnej i bazy instytucjonalnej do zarządzania zdrowiem, co należy do zadań zdrowia publicznego. Kluczową funkcją zdrowia publicznego jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu poprzez zaspokajanie ich potrzeb indywidualnych oraz zbiorowych. Potrzeby indywidualne wynikają z chorób czy wypadków, natomiast zbiorowe odnoszą się m.in. do warunków życia, pracy, wypoczynku oraz innych, które

⁶¹ M. Lalonde, *The health field concept*, [w:] M. Lalonde, *a new perspective on the health of Canadians: a working document*, Ottawa 1974, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>, [dostęp: 20.10. 2021].

⁶² A. Przybyłka, *Systemy ochrony zdrowia*, Katowice 2011, s. 17 oraz M. Paszkowska, *Polski system ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2020, s. 172-241.

⁶³ *Determinants of health*, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>, [dostęp: 20.10. 2021].

eliminują ryzyko utraty życia i zdrowia. Aktywną rolę w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego pełni państwo, które odpowiada za właściwe zorganizowanie systemu ochrony zdrowia, który sprawnie funkcjonujący wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego⁶⁴. Niezbędnymi i niezmiennymi elementami struktury każdego systemu ochrony zdrowia, są takie jego elementy jak: źródła finansowania, administracja i planowanie, regulacja, świadczenia zapobiegawcze (np. opieka nad matką i dzieckiem), udzielanie świadczeń oraz zasoby materialne i ludzkie⁶⁵. w ramach zasobów ludzkich, w przypadku personelu medycznego pracującego bezpośrednio z pacjentem, dominują kobiety, co potwierdzają dane statystyczne. Na ich podstawie można wnioskować utrzymywanie się trendu przewagi kobiet w zawodach medycznych⁶⁶.

Zagwarantowanie wykwalifikowanej kadry medycznej jest wyzwaniem dla wielu systemów ochrony zdrowia. Kadra stanowi podstawę umożliwiającą obok finansowania i infrastruktury realizację świadczeń medycznych oraz wpływa na jakość i dostępność usług. w Polsce od wielu lat obserwuje się niedobory personelu medycznego i brak jednoznacznych rozwiązań eliminujących ten problem. Na tle krajów OECD Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc pod względem liczby praktykujących lekarzy i pielęgniarek, czyli tych zawodów, które stanowią trzon zasobów ludzkich w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto według danych OECD liczba ta nie zmieniła się dla Polski na przestrzeni lat (2000-2017). Na 1000 osób w Polsce przypada 2,4 praktykujących lekarzy, gdzie średnia dla krajów OECD wynosi 3,5, a najlepszy wynik odnotowano w Grecji 6,1 i Austrii 5,2. w przypadku pielęgniarek wskaźnik liczby praktykujących, przypadających na 1000 ludności dla krajów OECD w 2017 roku wyniósł 8,8. Polska znalazła się poniżej tej średniej z wynikiem 5,1, natomiast najwyższy wskaźnik w tej grupie zawodowej osiągnęła Norwegia 17,7⁶⁷.

Zawody medyczne takie jak pielęgniarka, położna, diagnosta laboratoryjny, farmaceuta są najsilniej sfeminizowane. Kobiety dominują również w zawodzie lekarza chociaż tutaj przewaga ta, nie jest aż tak wyraźna. Problemem jest nie tylko deficyt kadry medycznej, ale także średnia wieku personelu. Wśród większości personelu medycznego dominują osoby między 45 a 54 rokiem życia, a także osoby starsze w wieku 55-64 lata. Przy silnej feminizacji zawodów medycznych, jest to grupa znajdująca się w wieku przedemerytalnym, gdzie przy starzejącym się społeczeństwie i zmianach demograficznych, fakt ten staje się zagrożeniem dla sprawnego funkcjonowania systemu, jak również jednym z najważniejszych problemów dla rządzących⁶⁸.

W Polsce w 2019 roku pracowało w kluczowych zawodach łącznie ponad 500 tys. osób z czego kobiety stanowiły blisko 429 tys., czyli ok. 82,8% miejsc pracy, zajmowały kobiety (tabela 1). Wśród ogólnej liczby lekarzy w wieku przedemerytalnym znajduje się 24% z nich, w grupie zawodowej lekarzy dentyistów 17%, pielęgniarek również 17%, położnych 15%, fizjoterapeutów

⁶⁴ Ż. Mrozek, *Zagrożenia zdrowotne*, [w:] A. Piędel, J. Pomiankiewicz, M. Powęska, A. Żebrowski (red.), *Zagrożenia bezpieczeństwa państwa - wybrane aspekty*, Nisko 2018, s. 141-161.

⁶⁵ Zob. M. I. Roemer, *Comparative National Policies on Health Care*, New York 1997.

⁶⁶ GUS, *Zdrowia i ochrona zdrowia w 2019 r.*,

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/10/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2019.pdf, [dostęp: 21.12. 2021].

⁶⁷ OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>, [dostęp: 20.10. 2021].

⁶⁸ GUS, *Zdrowia i ochrona zdrowia w 2019 r.*, op. cit.

4%, diagnostów 13%, co w sumie stanowi dużą grupę potencjału pracowniczego⁶⁹. Problem dotyczący zastępowalności pokoleń dotyczy też wielu innych systemów opieki zdrowotnej na świecie. Uwagę na to zwróciły takie organizacje międzynarodowe jak WHO, Eurostat i OECD, które coraz większą rangę przypisują problemom pracowników medycznych, dostrzegając jednocześnie rolę kobiet w systemie.

Tabela 1. Liczba kadry medycznej w Polsce w 2019 r.

	Ogółem	Na 100 tys. ludności	Kobiety	Mężczyźni	Średni wiek	Średnia liczba miejsc pracy
Lekarze	131 287	341,8	76 155	55 132	49,54	1,91
Lekarze dentyści	35 072	91,3	26 156	8 916	46,15	1,30
Pielęgniarki	238 346	620,5	232 207	6 139	49,53	1,62
Położne	31 395	81,7	31 326	69	47,37	1,71
Diagności laboratoryjni	15 588	40,58	14 052	1 536	43,24	1,55
Fizjoterapeuci ci dane na maj 2020 r.	66 250	172	49 096	17 154	36,92	N/A
Łącznie	517 938	-	428 992	88 946	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Kadry medyczne*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=2461>, [dostęp: 20.10.2021].

Lepsze zobrazowanie dominacji kobiet w zawodach medycznych w Polsce przedstawia rysunek 1. Wyraźnie widać, że system opieki i bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest praktycznie całkowicie zależne od ich pracy. Ponadto według danych GUS na przestrzeni 25 lat w Polsce, kobiety zawsze stanowiły tę większość. Kobiet zatrudnionych w opiece zdrowotnej jest też najwięcej w stosunku do innych zawodów w Polsce (ponad 80%)⁷⁰.

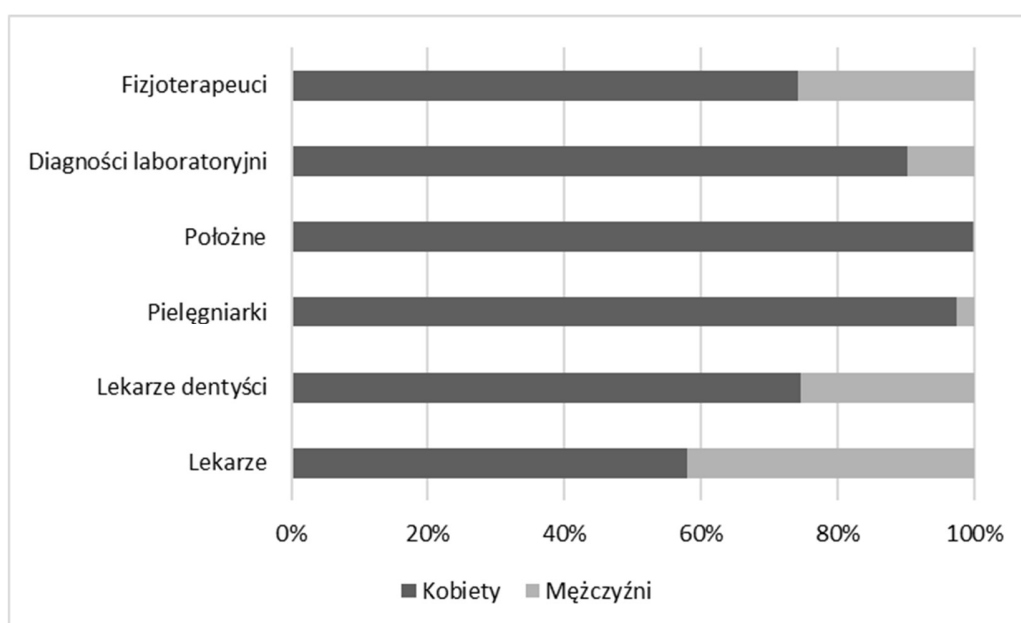
Propozycją rozwiązania deficytu kadry medycznej jest zwiększanie naboru na studia. Natomiast prócz samej możliwości edukacji i uzyskania wykształcenia, działania państwa powinny dotyczyć także kwestii najlepszego wykorzystania ich potencjału zawodowego oraz wsparcia rozwoju

⁶⁹ *Kadry medyczne*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=2461>, [dostęp: 20.10.2021].

⁷⁰ GUS, *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5821/1/7/1/kobiety_i_mezczyzni_na_ryнку_pracy_2018.pdf, [dostęp 21.12.2021].

i zabezpieczenia finansowego. Niższy poziom wynagrodzenia za pracę w zawodzie, w stosunku do innych państw jest m.in. powodem migracji personelu medycznego⁷¹. Problemem w Polsce jest również nieefektywne rozmieszczenie dostępnej kadry medycznej, co wiąże się z dostępnością do świadczeń medycznych. w niektórych województwach liczba pielęgniarek przypadająca na 10 tys. mieszkańców była zdecydowanie wyższa np. w województwie świętokrzyskim – 62,7 pielęgniarek, a w województwie wielkopolskim na tę samą liczbę mieszkańców przypadło tylko 34,2 pielęgniarek⁷².

Rysunek 1. Udział kobiet i mężczyzn w kluczowych zawodach medycznych w Polsce w 2019 i 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Kadry medyczne*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=2461>, [dostęp: 20.10.2021].

Ważnym aspektem jakości udzielania świadczeń zdrowotnych a tym samym zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom, jest także przygotowanie zawodowe personelu medycznego. Miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów, natomiast w przypadku pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem (w tym z tytułem magistra). Według danych GUS w 2019 r. liczba lekarzy specjalistów wynosiła 60 tys., a wśród lekarzy dentyistów 22,5% z nich posiadało specjalizację. Odnotowano wzrost liczby pielęgniarek z wyższym wykształceniem, tytuł magistra posiadało 20%

⁷¹ Niższy poziom wynagrodzeń personelu medycznego w Polsce potwierdzają m.in. dane OECD: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, op. cit.

⁷² GUS, *Zdrowia i ochrona zdrowia w 2019 r.*, op. cit.

z nich, w roku wcześniejszym było to 16%. w grupie położnych również zwiększyła się liczba osób posiadających tytuł magistra, odsetek wyniósł 23,2% (w 2018 r. – 19,5%)⁷³. Uzyskanie jak najwyższych kwalifikacji zawodowych jest ważne m.in. dlatego, aby zmniejszyć liczbę błędów, które mogą przyczynić się do zwiększenia ryzyka utraty zdrowia i życia pacjenta. Wzrost błędów przedkłada się także na dodatkowe koszty, wynikające chociażby z wypłacanych odszkodowań. Niemniej jednak przy brakach kadrowych oraz wraz z postępem technologicznym, zwiększa się zakres obowiązków pracownikom bez zwiększania wynagrodzeń, utrudniając im projakościową realizację powierzonych zadań.

Sytuacja i miejsce kobiet w systemie opieki zdrowotnej – ujęcie międzynarodowe

Kobięcy personel medyczny przeważa w systemie opieki zdrowotnej. Niemniej jednak często ich rola ogranicza się tylko do procesu realizacji świadczeń medycznych, rzadziej pełnią funkcje zarządcze, decyzyjne w obszarze ochrony zdrowia. Według międzynarodowych statystyk, kobiety stanowią 70% pracowników opieki zdrowotnej na świecie. Szacuje się również, że kobiety świadczą podstawowe usługi zdrowotne dla około 5 miliardów ludzi na całym świecie. Natomiast wartość finansowa ich wkładu w systemy zdrowotne wynosi ponad 3 biliony USD rocznie⁷⁴. Zaangażowanie kobiet niestety pozostaje niedocenione, ponieważ zwykle zajmują niższe stanowiska oraz nisko płatne i nieopłacane role. Jedynie 25% aktywnych kobiet w ochronie zdrowia pełni role wyższe. Blisko 69% światowych organizacji zdrowia jest kierowanych przez mężczyzn, a w 80% mężczyźni pełnią funkcję przewodniczących zarządów. Tylko 20% globalnych organizacji wskazało parytet płci. Kobietom osiągnięcie szczebli kierowniczych uniemożliwia etykietowanie kulturowe na tzw. role „męskie” i „kobiece”. Taka stereotypizacja w znacznym stopniu przyczynia się także do zróżnicowania wynagrodzenia ze względu na płeć⁷⁵. w Polsce również te dysproporcje są zauważalne. Według GUS wynagrodzenia kobiet od wynagrodzenia mężczyzn są niższe, a najbardziej jest to widoczne w grupie przedstawicieli władz publicznych, urzędników, kierowników – średnio o 26%⁷⁶, czyli w tej grupie, gdzie aktywność kobiet jest selektywna. Kobiety też rzadziej aplikują na stanowiska kierownicze, zaniżają wartość posiadanych kompetencji, mają też ograniczony dostęp do szkoleń co uniemożliwia im rozwój i przygotowanie do pełnienia różnych ról zawodowych⁷⁷. Ponadto uważa się, że kobiety w procesie socjalizacji nie nabywają pewnych cech, które pomogłyby im w osiągnięciu awansu zawodowego. w opiece zdrowotnej kobiety dominują w takich specjalnościach jak pediatria lub geriatria, ponieważ uczone są niesienia pomocy innym. Opiekowanie się jest naturalną rolą kobiety, a dzielenie się emocjami jest również przypisane do kobiet, które predysponują do okazywania większej empatii. Badania

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ WHO, *Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. Policy action paper*, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>, [dostęp: 20.10. 2021].

⁷⁵ Zob. P. Maciejewska, J. Czerwińska, *Dysproporcje w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn pracujących w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2004-2012*, „Progress in Economic Sciences” 2015, nr 2, s. 147-164.

⁷⁶ GUS, *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, op. cit.

⁷⁷ *Analiza luki zatrudnienia oraz wynagrodzeń kobiet i mężczyzn*, <https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/analiza-luki-zatrudnienia-oraz-wynagrodzen-kobiet-i-mezczyzn>, [dostęp: 20.10. 2021].

dotyczące kobiet jako pracowników medycznych pokazują także, że stawiane diagnozy czy stosowane terapie różnią się od lekarzy mężczyzn⁷⁸.

Segregacja zawodowa według płci jest głęboka i powszechna. Kobiety dominują w pielęgniarstwie, a mężczyźni w chirurgii (segregacja pozioma). Ta segregacja zawodowa ze względu na płeć, prowadzi do utraty talentów np. mało mężczyzn podejmuje się pracy w pielęgniarstwie. Ponadto różnica w wynagrodzeniach wynosi 25%, więcej niż średnia w innych sektorach⁷⁹. Kobiety też często spotykają się z uprzedzeniami i dyskryminacją, a także molestowaniem seksualnym. Takie sytuacje mogą wpłynąć na ich kariery oraz doprowadzić do skrajnego stresu⁸⁰. w wielu krajach na świecie brakuje przepisów prawnych i ochrony socjalnej, które są podstawą równości płci. Według szacunków WHO do roku 2030 w sektorze opieki zdrowotnej będzie potrzebnych 40 milionów nowych miejsc pracy. Jest to prognoza i deficyt, który z pewnością będzie zastąpiony właśnie przez kobiety, stąd stworzenie odpowiednich warunków pracy i ochrony prawnej wydaje się priorytetowe. Już teraz brakuje 18 milionów pracowników, co prawda w zdecydowanej większości w krajach o niskich i średnich dochodach, ale też i w Polsce możemy obserwować trend wynikający z braku zastępowalności personelu medycznego⁸¹. Dlatego kluczowe jest monitorowanie zasobów ludzkich w celu zapewnienia odpowiedzialności za realizację planów krajowych i regionalnych⁸².

Kobiety pracujące w opiece zdrowotnej i społecznej, napotykają w pracy na bariery z którymi nie spotykają się mężczyźni. To nie tylko pogarsza ich własny dobrobyt, ale także ogranicza sam postęp w zakresie równości płci i negatywnie wpływa na systemy opieki zdrowotnej w tym na świadczenie wysokiej jakości opieki. Rola kobiet w systemie dotyczy w szczególności podstawy jego funkcjonowania, czyli bezpośredniej relacji z pacjentem. Interakcja ta oparta jest na wzajemnym zaufaniu (rysunek 2). Toteż stworzenie odpowiedniego zaplecza jest konieczne dla realizacji tej podstawowej funkcji systemu.

Rysunek 2. Miejsce kobiet w opiece zdrowotnej

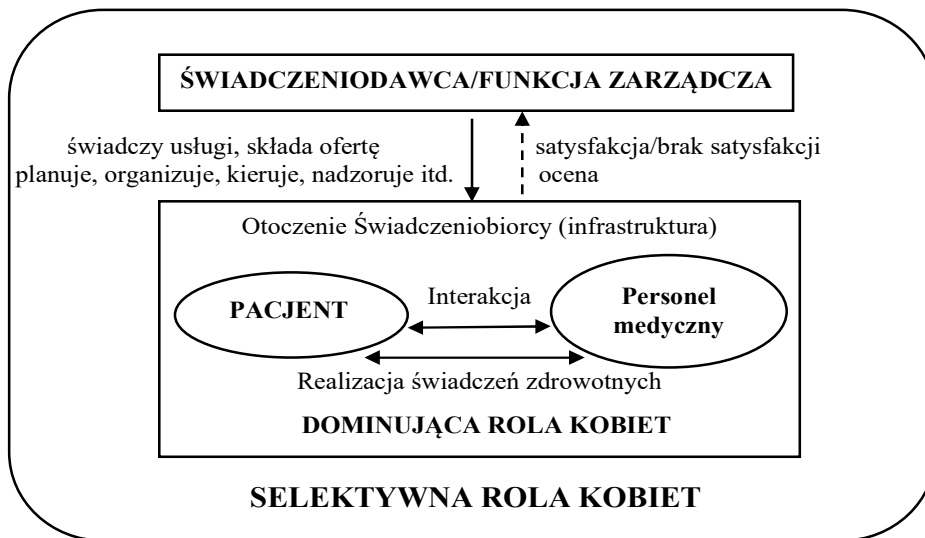
⁷⁸ E. Riska, *Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?* "Social Science & Medicine" 2001, nr 52(2), s. 179-187.

⁷⁹ WHO, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, (Human Resources for Health Observer Series No. 24), Geneva 2019.

⁸⁰ Zob. L. Kozłowska, A. Doboszyńska, *Mobbing w grupie zawodowej pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 20(4), s. 524-528.

⁸¹ WHO, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, op. cit.

⁸² WHO, *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>, [dostęp: 21.12. 2021].



Źródło: Opracowanie własne.

Specyfika złożoności relacji pacjent – pracownik medyczny, potwierdza wagę uczestnictwa kobiet w systemie ochrony zdrowia oraz z uwagi na ich doświadczenie, pretenduje kobiety do zajmowania stanowisk kierowniczych. Interakcja, o której mowa bazuje przede wszystkim na umiejętności właściwej komunikacji, która jest niezbędna w skuteczności i jakości realizacji świadczeń medycznych. Komunikacja jest ważna, ponieważ w relacji tej mamy do czynienia ze zjawiskiem asymetrii informacji. Oznacza to, że uczestnicy dysponują różną wiedzą, a w tej konkretnej sytuacji pacjent jawi się jako osoba niekompetentna, która musi zaufać i zdecydować się na to, co zaoferuje mu personel medyczny⁸³. Brak decyzji i zaufania może w tym przypadku wiązać się nie tylko z brakiem satysfakcji, ale pojawia się tu ryzyko pogorszenia stanu zdrowia lub ryzyko utraty życia. Personel medyczny, głównie lekarz decyduje o liczbie oraz rodzaju świadczeń medycznych, które zostaną zrealizowane. Na lekarzu w tym przypadku spoczywa odpowiedzialność za stworzenie takiej relacji z chorym, która umożliwi mu skuteczne przeprowadzenie procedur medycznych. Należy tu dodać, że nie zawsze efektem realizacji usługi jest wyzdrowienie, ale czasami tylko wpłynięcie na poprawę jakości życia chorego co ma miejsce np. w chorobach terminalnych. Współcześnie coraz częściej w relacji pacjent – personel medyczny podkreśla się odejście od tradycyjnych, paternalistycznych modeli opartych na dominacji lekarza na rzecz partnerstwa i współpracy. Pacjent powinien i współuczestniczy w procesie diagnostyki i leczenia, dlatego komunikacja powinna opierać się na zasadzie porozumienia⁸⁴. Właściwe przekazanie informacji z zachowaniem intymności poprzez aspekty werbalne i niewerbalne towarzyszące procesowi komunikacji są tu kluczowe m.in. dlatego, że skuteczność tej interakcji wpływa na liczbę niepożądanych zdarzeń medycznych co wiąże się z konsekwencjami finansowymi⁸⁵. Dlatego przyjmuje się, że jakość udzielania świadczeń powinna być stale

⁸³ I. Rudawska, *Opieka zdrowotna aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007, s. 28-30.

⁸⁴ A. Wagner, *Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem a pacjentem w perspektywie socjologicznej*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, T. 58, nr 2(222), s. 213-223.

⁸⁵ A. Doroszevska, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza z pacjentem. Etyka komunikacji*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2017, s. 15-40.

udoskonalana, ponieważ przyczynia się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa. w usłudze medycznej wyróżnia się jej trzy wymiary: techniczny (np. wiedza, technologia), drugi związany jest z wartością stosunków międzyludzkich oraz trzeci, który dotyczy oprawy realizacji usług (np. poczucie komfortu, obsługa), czyli zadowolenie i bezpieczeństwo pacjenta zależy od harmonii wszystkich wymienionych wymiarów, a więc jest determinowane wieloma czynnikami⁸⁶. w samym procesie komunikacji to właśnie kobiety wykazują się lepszymi zdolnościami od mężczyzn i dlatego ich rola i miejsce w systemie są nieprzecenione⁸⁷.

Podsumowanie

W kształtowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego, w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych w systemie opieki zdrowotnej, rola kobiet jest bezprecedensowa. To kobiety stanowią najważniejsze ogniwo, swoją pracą dają poczucie bezpieczeństwa i zabezpieczają potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Bez zaangażowania kobiet trudno byłoby mówić o funkcjonowaniu jakiegokolwiek systemu opieki zdrowotnej. Dotychczasowy dyskurs i badania prowadzone na całym świecie dotyczące płci i zdrowia zaniedbują ten fakt, zwykle koncentrując się na kwestiach związanych ze zdrowiem kobiet i ich dostępem do opieki zdrowotnej. Kobiety z uwagi na ich wkład w budowanie bezpieczeństwa zdrowotnego, powinny być doceniane oraz uwzględniane przy wprowadzaniu zmian w dziedzinie zdrowia. Zadania jakie w pierwszej kolejności powinny zostać realizowane, to kwestie związane z równością płci. Inwestycja w zasoby ludzkie powinna być determinowana potrzebami społeczeństwa z uwzględnieniem dynamiki rynku pracy, edukacji oraz poprawą rozmieszczenia pracowników opieki zdrowotnej po to, aby umożliwić maksymalną poprawę wyników zdrowotnych.

Bibliografia

1. *Analiza luki zatrudnienia oraz wynagrodzeń kobiet i mężczyzn*, <https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/analiza-luki-zatrudnienia-oraz-wynagrodzen-kobiet-i-mezczyzn>.
2. *Determinants of health*, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>.
3. Doroszewska A., *Ogólne zasady komunikowania się lekarza z pacjentem. Etyka komunikacji*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2017.
4. Kaczmarek J., Łepkowski W., Zdrodowski B. (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2008.
5. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.
6. Kozłowska L., Doboszyńska A., *Mobbing w grupie zawodowej pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 20(4).

⁸⁶ K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 37-42.

⁸⁷ E. Riska, *towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?*, op. cit.

7. Krot K., *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
8. Lalonde M., *The health field concept*, [w:] M. Lalonde, *a new perspective on the health of Canadians: a working document*, Ottawa 1974, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
9. Maciejewska P., Czerwińska J., *Dysproporcje w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn pracujących w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2004-2012*, „Progress in Economic Sciences” 2015, nr 2.
10. Marczuk K. P., *Pojęcie i zakres human security*, [w:] S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Trzy wymiary współczesnego bezpieczeństwa*, Warszawa 2014.
11. Mrozek Ż., *Zagrożenia zdrowotne*, [w:] A. Piędel, J. Pomiankiewicz, M. Powęska, A. Żebrowski (red.), *Zagrożenia bezpieczeństwa państwa - wybrane aspekty*, Nisko 2018.
12. Paszkowska M., *Polski system ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2020.
13. Przybyłka A., *Systemy ochrony zdrowia*, Katowice 2011.
14. Riska E., *Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?* „Social Science & Medicine” 2001, nr 52(2).
15. Roemer M. I., *Comparative National Policies on Health Care*, New York 1997.
16. Rudawska I., *Opieka zdrowotna aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
17. Suchecka J., Twardowska K., *Zdrowie jako istotny element kapitału ludzkiego*, [w:] J. Michalak (red.) *Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia*, Warszawa 2016.
18. UNDP, *Human Development Report – New Dimensions of Human Security*, Human Development Report Office, December 1994.
19. Wagner A., *Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem a pacjentem w perspektywie socjologicznej*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, T. 58, nr 2(222).

Strony internetowe

20. GUS, *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5821/1/7/1/kobiety_i_mezczyzni_na_ryнку_pracy_2018.pdf.
21. GUS, *Zdrowia i ochrona zdrowia w 2019 r.*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/10/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2019.pdf.
22. *Kadry medyczne*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=2461>.
23. OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
24. WHO, *Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. Policy action paper*, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>.
25. WHO, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, (Human Resources for Health Observer Series No. 24), Geneva 2019.
26. WHO, *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>.

WOMEN MEDICAL SERVICE PROVIDING HEALTH SECURITY IN POLAND

Abstract: Female medical staff dominates in every health care system, which is confirmed by statistical data. In Poland, such professions as nurses, midwives, laboratory diagnosticians and pharmacists are the most feminised. Women also predominate in the medical profession. Through their work they provide society with a sense of health security. Nevertheless, their role is often underestimated and limited to the process of providing medical services; they rarely occupy decision-making and managerial positions. The aim of the article is to present the role and place of women in the health care system in Poland and to indicate key problems related to their activities in the area of health care.

Key words: woman, safety, health, healthcare, patient

Żaneta Mrozek (e-mail: zmrozek@op.pl) – doktor nauk społecznych. Wieloletni pracownik Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie. Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Główne kierunki zainteresowań naukowych: polityka zdrowotna, zdrowie publiczne, bezpieczeństwo państwa, zarządzanie publiczne oraz zarządzanie jakością. Autorka publikacji w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego m.in. *Bezpieczeństwo zdrowotne Polski na tle krajów Unii Europejskiej. Próba syntezy*, „Rocznik Politologiczny Homo Politicus” 2017, nr 12, *Zagrożenia zdrowotne*, [w:] A. Piędel, J. Pomiankiewicz, M. Powęska, A. Żebrowski (red.), *Zagrożenia bezpieczeństwa państwa – wybrane aspekty*, Nisko 2018.