

PIELĘGNIARSTWO – ZAWÓD DEFICYTOWY?

NURSING – PROFESSION SHORTAGE?

Patrycja Zając¹, Rafał Szpakowski²

¹ Doktorant WNoZ, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Absolwent studiów stacjonarnych II stopnia, Zdrowie Publiczne, WNoZ, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Przystąpienie Polski do krajów Unii Europejskiej przyczyniło się do zmiany eskalacji procesów migracyjnych wśród pracowników medycznych. Jej skala, charakter oraz skutki dla rynku ochrony zdrowia stały się przedmiotem debat na międzynarodowych audytoriach. Kluczowym problemem w systemie ochrony zdrowia w Polsce i na świecie jest postępujące starzenie się personelu oraz brak zastępowalności nowo wykwalifikowaną kadrą tych, którzy odejdą na emeryturę. Powiększająca się z roku na rok frakcja osób starszych powinna przyczyniać się do kształtowania polityki kadrowej sektora zdrowotnego. Rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa powinny iść w parze z planowaniem oraz prognozowaniem popytu na pracę przez profesjonalistów medycznych. Zmiany demograficzne oraz starzenie się społeczeństwa przyczyniają się do systematycznego wzrostu osób wymagających podstawowej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak i długookresowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Zwiększająca się średnia wieku populacji bezpośrednio wpłynie na funkcjonowanie rynku, w tym usług medycznych na całym świecie.

Słowa kluczowe: kadra pielęgniarska, emigracja i imigracja, starzenie się.

Abstract

Polish accession to the European Union contributed to the escalation of changes of migration processes among health care workers. Its scale, nature and impact of the health care market have been the subject of debate in the international auditoriums. However, one of the key problems in the healthcare system in Poland and the world is the progressive aging of the personnel and the lack of substitutability newly qualified staff those who will retire. Thus, increasing from year to year the fraction of the elderly should contribute to the development of personnel policies in the health sector, where from the point of view of the relevant security protection enabled them growing health needs of the society should go hand in hand with planning and forecasting the demand for labor by medical professionals. In contrast, demographic changes in the population which society increasingly aging contributes to a systematic increase in people requiring primary, health care and long-term care services and care. Hence the increasing average age of the population will directly affect the functioning of the market including medical services around the world.

Keywords: nursing staff, emigration and immigration, aging.

Wstęp

Przystąpienie Polski do krajów Unii Europejskiej otworzyło niewątpliwie nowe możliwości przed personelem medycznym, którego kwalifikacje i umiejętności, na tle niekorzystnych procesów demograficznych populacji [1], stały się szczególnie *cenione* i *pożądane* [2]. Tym bardziej, że starzenie się personelu medycznego na rynku medycznym Europy stale wzrasta [3], zatem niedobory kadrowe są jednym z głównych czynników determinujących przyszłą politykę zdrowotną, zarówno w Polsce jak i w całej Europie [4].

Starzenie się populacji vs starzenie się kompetencji

Jednym z fundamentalnych problemów dzisiejszych czasów jest starzenie się społeczeństw, w których dochodzi do systematycznego zwiększania liczby ludzi starszych (60–65 lat i więcej) w stosunku do ogółu populacji [5]. Dynamika nie-

korzystnych procesów demograficznych postępuje bardzo szybko, obrazują to między innymi prognozy opracowane przez Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) [1] w 2008 roku, wg których wzrost odsetka udziału osób w wieku powyżej 65 lat i więcej wzrośnie prawie dwukrotnie na przestrzeni blisko 50 lat z 84,6 mln w 2008 roku do 151,5 mln w 2060 roku we wszystkich krajach europejskich [1]. W Polsce, która jest krajem z relatywnie młodym społeczeństwem [6] (na tle państw Unii Europejskiej) zauważalna jest stała tendencja rosnąca wieku średniego z 32,4 lat (1988) do 38,0 lat (2010) [7]. Niemniej jednak, niepokojące dla naszego państwa są długoletnie prognozy rozwoju demograficznego Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [7], które wskazują, iż w roku 2035 mediana wieku populacji polskiej sięgnie 47,9 lat. I będzie jedną z najwyższych w Europie. Niezaprzeczalnie starzenie się populacji jest jednym z głównych czynników determinują-

cych przyszłą politykę zdrowotną zarówno w Polsce, jak i całej Europie [4].

Systematycznie rosnący udział osób starszych znacząco zmieni strukturę chorób (współwystępowanie przewlekłych schorzeń, chorób zależnych od wieku – otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, udary i stany poudarowe, niewydolność serca, choroba zwyrodnieniowa stawów, upadki i następne złamania kości [8], dysfunkcje narządów zmysłów [9]). Tym samym zwiększy się konsumpcja usług zdrowotnych, pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych [10]. Starzenie się populacji jest również przyczyną znaczących zmian, które aktywować będą kaskadę przekształceń w systemie ochrony zdrowia [11] – który zorientowany będzie na osoby żyjące dłużej ale z ograniczoną samodzielnością lub całkowicie niesamodzielne wymagające opieki długoterminowej [11]. Opieki długoterminowej, będącej obszarem strategicznym dla rynku ochrony zdrowia, która generować będzie prawdopodobnie zwiększone zapotrzebowanie na pracowników medycznych [9]. Ze względu, między innymi, na zmniejszenie potencjału opiekuńczego rodziny (niska stopa urodzeń, gospodarstwa jednoosobowe, migracja rodziny), nastąpi niedostatek opiekunów niemedyceńskich, a opieka nad osobami starszymi będzie zastępowana przez instytucje [3].

Zatem opieka zdrowotna stoi przed wielkim wyzwaniem, aby przygotować system do zadań, jakie stawia przed nim starzejące się społeczeństwo, by właściwie nakierować politykę zdrowotną w stosunku do wielokrotnionych potrzeb osób starszych (szczególnie na opiekę leczniczo-pielęgnacyjną oraz leczniczo-rehabilitacyjną) [9]. Ponieważ, jak można stwierdzić na podstawie danych GUS [12], intensyfikacja stanów przewlekłych nasila się wraz z wiekiem. Aby móc zaspokoić potrzeby starzejącej się populacji i zapewnić wysokiej jakości świadczenia medyczne, dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia powinien dysponować wystarczającą liczbą wykwalifikowanej kadry z odpowiednimi umiejętnościami, a tej w Europie brakuje [13]. Niezwykle niepokojące są szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które wskazują, iż w skali globalnej występuje pogłębiający się z roku na rok deficyt pracowników ochrony zdrowia. W roku 2006 WHO oceniło deficyt personalny światowego sektora ochrony zdrowia na 4,3 mln pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników. W roku 2013 szacunki oscylowały wokół 7,2 mln. Prognoza na rok 2035 zakłada deficyt na poziomie 12,9 mln [14]. Wśród czynników, które rzutują na braki siły roboczej (pielęgniarek) na pewno trzeba wymienić niewłaściwe planowanie obsad, niewystarczające środki na kształcenie, szkolenia oraz promocję zawodu [15]. Dodatkowo należy wyszczególnić proces starzenia się, który uderza w zasoby pielęgniarek w całej Europie [3]. Średni wiek pielęgniarki w państwach europej-

skich systematycznie rośnie oscylując w przedziale 41–45 lat [16]. Średnia wieku polskiej pielęgniarki na koniec roku 2008 wynosiła 44 lata, natomiast na koniec 2013 wynosiła już 48 lat [17]. Ponieważ zbliża się ona do wieku emerytalnego, istotnym jest kształcenie nowo wykwalifikowanej kadry, aby ta mogła zastąpić tych, którzy odejdą na emeryturę [3]. Fakt ten ma przełomowe znaczenie, zwłaszcza dla ochrony zdrowia w Polsce, w której braku personelu pielęgniarskiego w roku 2020 szacowane są przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) na 60 860 pielęgniarek [15].

Z jednej strony znacząco rośnie popyt na usługi zdrowotne [11], z drugiej zaś występuje brak zastępowalności pokoleń do obsadzenia stanowisk pracy przez nowo wykwalifikowaną kadrę [15]. Z tego względu, polityka krajów borykających się z deficytem personelu medycznego ukierunkowana jest na zatrudnianie obcokrajowców [11]. Priorytetowym działaniem wydaje się być inicjowanie mechanizmów przyciągających wykwalifikowane pielęgniarki. Zaś liberalizacja przepływu osób, swobodne podejmowanie zatrudnienia, związane z ułatwieniami instytucjonalnymi po przystąpieniu do Unii Europejskiej, niewątpliwie mogą mieć bardzo duży wpływ na postawy migracyjne. Stąd uzasadnionym działaniem wydaje się poznanie tendencji wśród studentów pielęgniarstwa, jak i już pracujących pielęgniarek w związku z zamiarem poszukiwania zatrudnienia za granicą, w celu zabezpieczenia perspektywicznych potrzeb na wykwalifikowany personel pielęgniarstwa.

Czynniki przyciągające pielęgniarki do pracy za granicą

Okres przystąpienia Polski do krajów Unii Europejskiej związany był z wieloma oczekiwaniami, zarówno poprawy sytuacji gospodarczej, jak i warunków życia [18]. Obecnie bez wahania można stwierdzić, iż tendencje zmian jakie nastąpiły w kraju miały charakter pozytywny. Znalazły one potwierdzenie chociażby w widocznej progresji wynagrodzeń w pierwszych latach po akcesji (przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w latach 2004–2007 zwiększyło się z 2289,57 do 2691,03 zł) [19]. Istotnie zwiększyła się również dostępność pielęgniarek dysponujących wyższym wykształceniem, będącym następstwem transformacji kształcenia w zawodach pielęgniarek i położnych, co wynikało z przyjęcia zobowiązań dostosowania polskich regulacji prawnych do dyrektyw Rady Europy.

Należy jednak zaznaczyć, że pomimo systematycznego wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia, na przestrzeni ostatnich kilku lat [20] to niezmiennie kluczową kwestią w polityce finansowej w tym sektorze pozostaje konflikt na tle poziomu i dysproporcji płac [20]; wynagrodzenia w odczu-

ciu środowiska medycznego są nieadekwatnie niskie oraz niewspółmierne do rodzaju wykonywanej pracy oraz ponoszonej odpowiedzialności. Wynagrodzenia te kształtują się na poziomie poniżej przeciętnego uposażenia brutto w gospodarce (**Tabela 1**) [21]. Nie dziwi więc fakt, iż regułą stały się liczne akcje protestacyjne, będące rezultatem utrzymującej się deprecjacji płac [22], która wpływa na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy, z czym bezpośrednio koreluje motywacyjna funkcja wynagrodzeń [23]. W związku z tym, patrząc na zjawisko migracji pielęgniarek przez pryzmat czynników wypychających i przyciągających, można zaryzykować preasumpcję, iż różnica w poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego (wpływająca na rozwarstwienie dochodów oraz warunki pracy) jest czynnikiem napędzającym mobilność w poszczególnych krajach, gdzie poziom oczekiwanego wynagrodzenia odgrywa znaczącą rolę w procesie decyzyjnym pracownika, który w sposób naturalny dąży do zaspokajania potrzeb osobistych. To sprawia, że ruchy migracyjne pielęgniarek kształtowane są głównie przez motywacje ekonomiczne, w których decydującą rolę odgrywa różnica w poziomie stawek płac między krajami. I choć pieniądze nie są jedyną determinantą wpływającą na motywację [24], trudno oczekiwać pracy za wynagrodzenie niezaspokajające zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych.

W kontekście czynników wypychających warto zwrócić uwagę na równie istotny czynnik wpływający na poczucie satysfakcji zawodowej pielęgniarek, a mianowicie na nieprawidłowe warunki pracy, które z punktu widzenia pracownika, wpisując się w dodatkowe obciążenie zawodowe, przekładają się na jakość oraz wydajność opieki sprawowanej nad pacjentem [25]. Należałoby w tym miejscu wyszczególnić choćby niedobory kadrowe, nieodpowiednie warunki lokalowe czy też brak podstawowej aparatury [25]. Prowadzenie procesu leczniczego w warunkach „permanentnego niedoinwestowania” [26] obarczone jest wyższym ryzykiem wystąpienia zdarzenia niepożądanego.

Niedobory przyszłej kadry pielęgniarskiej

Niewątpliwie kryzys w obsadzie pielęgniarek (migracja, brak nowych adeptów, starzenie się kadry) ini-

cjuje zmiany w polityce rynku pracy, która zorientowana będzie na optymalne eksploataowanie potencjału starszych pracowników (m.in. zwiększenie oraz zrównanie wieku emerytalnego), by móc utrzymać równowagę w zatrudnieniu przy braku zastępowalności kadr. Stąd uzasadnionym działaniem wydaje się być dalsza aktywizacja zawodowa [27] pielęgniarek zbliżających się do wieku emerytalnego. Jednocześnie należy mieć na uwadze fakt, iż wraz z wiekiem zdolności człowieka do wykonywanej pracy ulegają zmianie (obniżenie wydolności i sprawności psychofizycznej, np. spostrzegawczości, szybkości reakcji, sprawności narządów zmysłów, zwiększa się częstość występowania chorób układu krążenia, oddechowego i mięśniowo-szkieletowego [28]), natomiast wymagania jakie stawia zawód pielęgniarki pozostają stałe, bez względu na wiek. Ujawnia się przy tym pewna antynomia między zaspokajaniem potrzeb rynku pracy a brakiem regulacji zapewniających dostosowanie stanowiska pracy na rzecz zmieniających się możliwości starszego pracownika (modyfikacji rytmu, zadań czy czasu pracy starszych pielęgniarek). Skłania to zatem do przemyśleń nad wdrożeniem kompleksowych oraz zindywidualizowanych działań zmniejszających rzeczywiste obciążenie pracą osób starszych, bowiem umiejętne zarządzanie kapitałem ludzi starszych wydaje się być tu strategicznym czynnikiem, warunkującym sprawne funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia (powinien być fundamentalną częścią nie tylko systemów zarządzania wiekiem, ale i systemów bezpieczeństwa oraz higieny pracy). Jest to zadanie szczególnie ważne z punktu widzenia rozwiązań systemowych, uwzględniających prognozowane niedobory personelu pielęgniarskiego, będących konsekwencją przechodzenia na emeryturę kapitału, który nie jest równoważony napływem nowych osób do systemu [15].

Z drugiej jednak strony, rozważając przyznane limity przyjęć przez Ministra Zdrowia (MZ) na studia pielęgniarskie, wydaje się że nic nie wskazuje na to, aby pielęgniarek odchodzących na emeryturę nie miał kto zastąpić. Wręcz przeciwnie, wskazują one na stabilizację, a nawet zaspokojenie perspektywicznych potrzeb społeczeństwa na kadrę pielęgniarską [29] (przy pełnym wykorzystaniu limitów przyjęć na studia oraz ukończeniu ich przez

Tabela 1. Struktura przeciętnych wynagrodzeń brutto pielęgniarek na tle przeciętnego wynagrodzenia brutto ogółu społeczeństwa polskiego w latach 2006, 2008, 2010, 2012

Rok	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto ogółem (zł)	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto grupy pielęgniarek (zł)
2006	2654,13	2242,46
2008	3232,07	2900,77
2010	3543,50	3186,44
2012	3895,72	3276,61

Źródło: Opracowane na podstawie struktury wynagrodzeń GUS z lat 2006, 2008, 2010, 2012 [21]

Tabela 2. Liczba studentów studiów stacjonarnych I^o na kierunku pielęgniarstwo na WUM oraz liczba absolwentów w latach 2000–2011

Rok akademicki	Liczba studentów pielęgniarstwa studiów stacjonarnych I ^o	Rok zakończenia nauki	Liczba absolwentów studiów stacjonarnych I ^o
2000/2001	55	2003	35
2001/2002	198	2004	112
2002/2003	251	2005	176
2003/2004	362	2006	291
2004/2005	384	2007	239
2005/2006	400	2008	262
2006/2007	480	2009	292
2007/2008	477	2010	272
2008/2009	388	2011	229

Źródło: Opracowane na podstawie danych niepublikowanych WUM

wszystkich studentów MZ przewiduje wykształcenie 60% więcej osób niż odchodzi na emeryturę [15, 29]). Należy zatem zadać sobie pytanie, czy prognozowany deficyt personelu pielęgniarstwa budzi uzasadniony niepokój, a przewidywana liczba absolwentów nie wywołuje fałszywego poczucia bezpieczeństwa. W tym celu uzasadnioną eksplikacją wydaje się skonfrontowanie liczby osób rozpoczynających studia z liczbą absolwentów, gdyż samo wypełnienie limitów przyjęć nie prowadzi do sukcesu w postaci wzrostu kapitału intelektualnego, a liczba studentów rozpoczynających naukę nie zawsze koresponduje z liczbą absolwentów. Dostrzegalne jest to zwłaszcza na przestrzeni ostatnich lat na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, gdzie liczba absolwentów (należy także pamiętać o osobach, które są na urloпах dziekańskich/zdrowotnych, lub obronę pracy przełożyli na rok następny) studiów stacjonarnych pierwszego stopnia (dane niepublikowane) stanowiła jedynie ok. 58–65% studentów (**Tabela 2**). Z pewnością przyczyn tej niewspółmierności możemy doszukiwać się w rezygnacji z dalszego kształcenia, zwłaszcza wśród studentów, którzy kierunek pielęgniarstwo wybrali przypadkowo lub nie dostali się na wymarzone studia. Pierwsza konfrontacja z zawodem w warunkach naturalnych pozwala na weryfikację niekiedy nierealnych wyobrażeń o pracy pielęgniarki, pociągając za sobą rozczarowania, a w konsekwencji zniechęcając do zawodu. Nie należy zapominać również o demobilizacji przyszłej kadry generowanej zapewne małym prestiżem społecznym zawodu [30], utrudnionym poszerzaniem kompetencji (według danych niepublikowanych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – CKPPIP, w roku 2010 specjalizację ukończyło 2960 pielęgniarek, z czego tylko 2,9% stanowiły osoby mające 30 lat i mniej), nie mówiąc o niskim zapleczu materialnym wynagrodzeń [31], na poziomie niegwarantującym stabilności finansowej. Podkreślić należy także, iż zawód ten uznawany jest za szczególnie wymagający

emocjonalnie [32], związany jest również z szerokim zakresem odpowiedzialności zawodowej [31], będącej główną przyczyną stresu. Brak poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek rzutować może na dalsze zmniejszanie się liczby absolwentów, jak i kandydatów na studia pielęgniarstwa.

Podsumowanie

Reasumując można powiedzieć, że umiejętne zarządzanie, zwłaszcza na poziomie polityki personalnej w ochronie zdrowia, wydaje się być tu strategicznym czynnikiem warunkującym jego sprawne funkcjonowanie. Jest to zadanie szczególnie ważne z punktu widzenia prognozowanego deficytu potencjału zawodowego, w którym to niedobory personelu pielęgniarstwa, będące konsekwencją przechodzenia na emeryturę kapitału, nie są równoważone napływem nowych osób do systemu. Dlatego nadzieją jest remedium niosące ze sobą rozwój pielęgniarstwa będącego konsensusem pomiędzy oczekiwaniami (zarówno finansowymi jak i warunków pracy) a rzeczywistą kondycją polskiego pielęgniarstwa na rynku medycznym, które bez wątplenia zaprocentuje intensyfikacją zainteresowania kierunkiem, którego ukończenie pozwoli na dalszy rozwój zawodowych ambicji, a gratyfikacja finansowa będzie silnym czynnikiem motywującym do pozostania w kraju.

Piśmiennictwo

- [1] Giannakouris K. Population and social conditions. Eurostat. 2008;72. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF (28.03.2012)
- [2] Makulec A. Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i migrantów na przykładzie personelu medycznego. Ośrodek Badań Nad Migracjami. CMR Working Paper. 2013;61(119).
- [3] Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie. Komisja Wspólnot Europejskich. KOM(2008) 725. Bruksela 2008. [67](http://eur-

</div>
<div data-bbox=)

- lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:PL:PDF (12.03.2012).
- [4] Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. *Studia Medyczne*. 2008;9:63–69.
- [5] Kurowska H. Społeczno-gospodarcze uwarunkowania i konsekwencje wydłużania życia ludzkiego w Europie Środkowej w czasach nowożytnych. Zielonogórskie spotkanie z Demografią. Zielona Góra. 2010. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/POZ_folder_konf_prezentacja.pdf (12.12.2012).
- [6] Szafraniec K. Młodzi 2011. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. 2011. http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/mlodzi_2011_printerfriendly.pdf (26.09.2012).
- [7] Prognoza ludności na lata 2008–2035. GUS. 2009. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (13.03.2012).
- [8] Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa. 2012. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf (13.02.2013).
- [9] Barcikowska M, Członkowska A, Derejczyk J. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. *Raport. Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2006;15(3):203–2011.
- [10] Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. *Geriatrics*. 2009;3:12–16.
- [11] Golinowska S. Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania. *Polityka Społeczna*. 2008;7:1–5.
- [12] Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. GUS. 2011. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf (15.06.2012).
- [13] Ryś A. Opieka zdrowotna – perspektywa nowych miejsc pracy. *Biuletyn Zdrowie – UE*. 2012;99. http://ec.europa.eu/health-eu/newsletter/99/newsletter_pl.htm (13.03.2013).
- [14] WHO. A Universal Truth: No Health Without a Workforce. 2014. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/> (01.07.2014).
- [15] Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020. NIPIP. 2010. <http://www.izbapiel.org.pl/upload/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf> (26.11.2012).
- [16] Fact Sheet. An Ageing Nursing Workforce. International Centre for Human Resources in Nursing. ICN. 2007. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/2a_FS-Ageing_Workforce.pdf (01.12.2012).
- [17] NIPIP. Analizy i raporty statystyczne: Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych. 2014. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2730-statystyki-sanieublagane-z-roku-na-rok-mimo-ze-rosnie-liczba-zarejestrowanych-pielegniarek-i-polozonych-chetnych-do-ksztalcenia-sie-w-tych-zawodach-wciazybywa-dowodem-jest-wzrost-sredniej-wieku-osobywykonujacych-te-zawody-2> (01.08.2014).
- [18] Raport. Społeczno-gospodarcze efekty członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Główne wnioski w związku z siódmą rocznicą przystąpienia Polski do UE. http://polskawue.gov.pl/files/2011/Ocena_7lat28.04.2011.pdf (24.11.2012).
- [19] Adamczyk P. Tendencje w poziomie i zróżnicowaniu wynagrodzeń w Polsce po przystąpieniu do Unii Europejskiej. Katedra Ekonomii i Polityki Gospodarczej SGGW. http://www.wne.sggw.pl/czasopisma/pdf/EIOGZ_2008_nr72_s17.pdf (12.12.2012).
- [20] Klimiek D. Kontraktowa forma świadczenia pracy w ochronie zdrowia – szansa czy zagrożenie?. *Polityka Społeczna*. 2010;7:10–15.
- [21] Struktura wynagrodzeń według zawodów (2012, 2010, 2008, 2006). GUS. 22.07.2014.
- [22] Czajka Z. Zarządzanie wynagrodzeniami w publicznej służbie zdrowia. *Polityka Społeczna*. 2008;7:14–18.
- [23] Stachowska S. Motywacyjna funkcja wynagrodzeń. *Benefit*. 2012. <http://miesiecznik-benefit.pl/index.php?wiad=149> (25.11.2012).
- [24] Wasiluk T. Wynagrodzenia za pracę: ich rola w systemie motywacji pracowników. <http://www.wasiluktomasz.republika.pl/wynagrodzenia.pdf> (13.06.2012).
- [25] Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Prob Piel*. 2012;20(3):361–368.
- [26] Cytat [w:] Książek J., Szveczyk G. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek a bezpieczeństwo chorych. *GUM*. <http://seminarium.21.edu.pl/ks/8edu2/2.3.7.%20KSI%5%AFEK%20Janina.pdf> (07.12.2012).
- [27] Błędowski P, Szuwarzyński A. Aktywizacja zawodowa osób w wieku 50+ – szanse i zagrożenia, PBS DGA Sp. z o.o. i Human Capital Business Sp. z o.o, 2009. http://www.pbsdga.pl/repository/files/Wyniki/2010/50plus_desk_research_2009.pdf (12.01.2013).
- [28] Janosik E, Olesiak K. Dostosowywanie warunków pracy do możliwości psychofizycznych starszych pracowników. *Journal of Ecology and Health*. 2011;15(4):192–198.
- [29] Sopliński A. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 6457 w sprawie sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce. 2012. <http://sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=41156518> (15.09.2012).
- [30] CKPPIP. Pozycja społeczna pielęgniarek, położnych w opinii pacjentów. 2011. http://www.ckppip.edu.pl/doki/analiza_pozycja_spoleczna_pielegniarek.pdf (02.02.2013).
- [31] Tartas M, Derewicz G, Walkiewicz M. Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Ann Acad Med Gedan*. 2009;39:145–153.
- [32] Cieślak I. Analiza kapitałowa wynagrodzeń lekarzy. Katedra Rachunkowości Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego. Warszawa.