

Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej

Zofia Wyszowska*

Słowa kluczowe: personel medyczny, zasoby pracy, szpitale, zarządzanie kadrami

Keywords: medical staff, human resources, hospitals, human resources management

Synopsis: W artykule przedstawiono problematykę zarządzania zasobami ludzkimi w publicznych jednostkach służby zdrowia na przykładzie szpitali. Korzystano z informacji uzyskanych z działów kadr oraz od lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach regionu kujawsko-pomorskiego. Na podstawie analizy zebranych opinii oraz danych o strukturze zatrudnienia, poziomie wynagrodzeń, prowadzonych szkoleniach i przynależności do związków zawodowych ukazano obecną sytuację i wskazano konieczne kierunki zmian. Badania wykazały, że wzrasta udział zatrudnionych z wyższym poziomem wykształcenia, a w strukturze zatrudnienia przeważają kobiety. Modyfikacji wymaga system wynagradzania, motywowania i szkoleń.

Wstęp

Najważniejszym czynnikiem decydującym o jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej są zasoby ludzkie. Zdrowie i życie pacjentów, a także jakość świadczonych usług medycznych zależy od kompetencji personelu i jakości zarządzania. Zachodzące ciągle zmiany w systemie opieki zdrowotnej w podmiotach gospodarczych działających na rynku usług medycznych wymuszają doskonalenie zarządzania na wszystkich poziomach struktur organizacyjnych. Jednocześnie występuje coraz silniejsza presja otoczenia domagającego się wzrostu jakości usług oraz zachowania efektywności ekonomicznej. Taka sytuacja wymusza prowadzenie rozpoznania i ukierunkowanie zmian w zarządzaniu, pozwalających na lepsze wykorzystanie zasobów znajdujących się w posiadaniu jednostek służby zdrowia. W jednostkach organizacyjnych świadczących usługi zdrowotne wśród wszystkich zasobów na szczególną uwagę zasługuje czynnik ludzki.

Zarządzanie zasobami pracy w organizacji to proces zmierzający do uzyskania przewagi konkurencyjnej poprzez właściwe rozmieszczenie pracowników w strukturze organizacyjnej i na stanowiskach pracy przy użyciu określonych technik kulturowych, strukturalnych i personalnych a także systemów motywacyjnych, pozwalających na kształtowanie właściwych zachowań organizacyjnych i realizowanie celów organizacji [Armstrong, 2005].

Pracownicy stanowią najważniejszy zasób organizacji, którego dostosowanie do uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych decyduje o sukcesie podmiotu gospodarczego [Król, Ludwicyński, 2006].

Wprowadzenie zamiast dawniej stosowanego pojęcia „personel” słowa „zasoby pracy” lub „zasoby ludzkie” podkreśla znaczenie wartościowania tego zasobu jako bogactwa, kapitału, potencjału. Funkcjonowanie wielu pokrewnych pojęć skłania do ich uściślenia, co ze względu na literaturę z pogranicza ekonomii, socjologii i psychologii nie jest łatwe. W przedsiębiorstwach obserwuje się zmianę w postrzeganiu roli pracowników. Chodzi

* Dr hab. prof. Zofia Wyszowska, Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy.



o przesunięcie zatrudnionych z pozycji kosztowej do pozycji związanej z inwestycjami i podkreślenie znaczenia czynnika ludzkiego w tworzeniu wartości organizacji.

Minął już czas tradycyjnie występującego konfliktu pomiędzy pracodawcami i pracownikami i rozpoczął się nowy okres w dziejach rozwoju organizacji. Obecnie w nowoczesnym podmiocie gospodarczym pozycja pracowników zrównuje się z pozycją pracodawców, gdyż to właśnie pracodawcy zaczynają być zależni od zaangażowania, kompetencji i wydajności pracowników. Współcześnie wiedza zatrudnionych na każdym poziomie struktur organizacyjnych, a szczególnie na poziomach decyzyjnych, warunkuje tworzenie wartości, umniejszając znaczenie kapitału [Gmuer, 2003].

W polskich placówkach ochrony zdrowia działy kadr funkcjonują jeszcze zbyt często według zasad obowiązujących w minionym systemie społecznym i ekonomicznym. Zajmują się głównie administracyjnymi i technicznymi zadaniami, odkładając na dalszy plan nowe wyzwania, które stawia gospodarka rynkowa i coraz częściej wprowadzane zasady samofinansowania.

Kierownicy działów kadr i pozostali zatrudnieni w różnych komórkach organizacyjnych nie są przygotowani do nowoczesnego, proaktywnego zarządzania personelem zarówno medycznym, jak i niemedycznym. Nadal funkcje i obowiązki działów kadr nie są doceniane i często traktowane są drugorzędnie. Takie postrzeżenie utrudnia prawidłowe wypełnianie zadań zatrudnionych w tych komórkach organizacyjnych i może niekorzystnie wpływać na proces kierowania całą organizacją.

Proces zarządzania kadrami obejmuje co najmniej: planowanie zatrudnienia, sposób rekrutowania, selekcję i wprowadzanie nowych pracowników do zespołu, problematykę szkoleń i doskonalenia zawodowego, motywowanie i ocenianie, a także przyjęcia i zwolnienia oraz restrukturyzację zatrudnienia.

Planowanie zatrudnienia, nazywane również polityką kadrową, planowaniem zasobów ludzkich czy planowaniem personelu, stanowi ważne ogniwo decyzji operacyjnych. Decyzje te obejmują cele i działania związane z czynnikiem ludzkim, a więc dotyczą polityki kadrowej i płacowej, bezpieczeństwa i higieny pracy, kosztów poszczególnych stanowisk pracy i zatrudnienia ogółem w organizacji [Pocztowski, 1998].

Dla procesu planowania zatrudnienia, który przyjmuje charakter planowania operacyjnego, czyli krótkoterminowego, średniookresowego, a więc taktycznego i długoterminowego – strategicznego, standardowo punktem wyjścia jest analiza aktualnego stanu ilościowego i jakościowego pracowników [Stróżyński, 2008].

Opracowany i przyjęty plan zatrudnienia stanowi podstawę dla dalszych działań i planów personalnych takich jak: szkolenia, ich rodzaj, harmonogram i koszt, rozwój pracowników wraz z planowaniem karier, plan działań motywacyjnych materialnych i niematerialnych. W jednostkach służb medycznych ważnym aspektem planowania są zastępstwa i różnego rodzaju tzw. dyżury na poszczególnych stanowiskach pracy, szczególnie w okresach urlopowych [Gick, Tarczyńska, 1999].

Ten najcenniejszy zasób organizacji zawarty w czynniku ludzkim, nie występujący wprost w pozycjach podstawowego sprawozdania finansowego nazywanego bilansem finansowym ani po stronie aktywnej, ani po stronie kapitałowej, decyduje o wykorzystaniu wszystkich innych zasobów. Proces zarządzania zasobami ludzkimi w ramach realizowania strategii personalnej powinien być zatem tak prowadzony, aby gwarantował zatrudnienie właściwych ludzi na właściwych stanowiskach [Stoner, Wankel, 1997].

Szpital rozumiany jako stacjonarna jednostka opieki zdrowotnej jest podmiotem gospodarczym działającym w uwarunkowaniach gospodarki rynkowej. To, zgodnie z uregulowaniami prawnymi funkcjonowania podmiotów gospodarczych, powoduje, że jako jednostka jest wolny pod względem ekonomicznym, może samodzielnie na własne ryzyko podejmować decyzje w zakresie zarządzania, wykorzystania posiadanych zasobów, wyznaczania i realizowania celów. Ponośi jednak odpowiedzialność ekonomiczną za podejmowane decyzje [Klimczak, 2003].

Szpital jako organizacja jest jednostką, którą można wyodrębnić z otoczenia, stanowi jednak całość wewnętrznie uporządkowaną, w której można wydzielić elementy tworzące spójny system organizacyjny. W skład systemu wchodzi podsystemy, w tym zasoby ludzkie wraz z wszystkimi cechami czynnika pracy, zasoby materialne w ujęciu ilościowym, jakościowym i wartościowym, przyjęte i funkcjonujące struktury, a także autorytety formalne i nieformalne wraz z kulturą organizacyjną [Stoner, Wankel, 1997].

Szpital jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej od momentu dokonania wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym uzyskują osobowość prawną. Składniki mienia przekazywane samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej na własność tworzą fundusz założycielski i są zamieszczane w ujęciu wartościowym w księgach rachunkowych jednostki. W sytuacji ewentualnej likwidacji jednostki zdrowotnej wszystkie zobowiązania i wierzytelności stają się mieniem Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Posiadanie osobowości prawnej zobowiązuje jednostkę do pokrywania kosztów działalności i zobowiązań z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów [Głowacka, Galicki, Mojs, 2009].

Szpital różni się od innych organizacji świadczących usługi lub wytwarzających dobra materialne, co wynika m.in. z tego, że usługi zdrowotne cechują się: nietrwałością i brakiem możliwości magazynowania, jednoczesnością świadczenia i wykorzystania usług, heterogenicznością, czyli różnorodnością świadczeń wchodzących w skład usługi, występowaniem ścisłego związku z osobą wykonującą i korzystającą z usługi, niemożnością nabycia prawa własności usługi, a ponadto usługi te są niematerialne [Lisiecka, 2003].

Podejście systemowe do szpitala jako przedsiębiorstwa medycznego zakłada, że szpital jest podsystemem bardzo rozbudowanego systemu ochrony zdrowia, a więc jest częścią większej całości [Polan, Olsen, 2008]. Obowiązujące mechanizmy finansowania ochrony zdrowia, a także fakt, że znaczna część produktów i usług zdrowotnych to dobra publiczne, tworzą uwarunkowania utrudniające lub nawet często uniemożliwiające efektywną alokację zasobów i powodują, że rynek usług medycznych jest rynkiem niedoskonałym [Czupryna, 2000].

Celem artykułu było poznanie wybranych aspektów zarządzania kadrami w jednostkach służby zdrowia na przykładzie szpitali publicznych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem stosowanych zasad wynagrodzenia, rekrutacji, motywowania i doksztalcania. Analizy dokonano na podstawie informacji uzyskanych z działów kadr sześciu szpitali regionu kujawsko-pomorskiego funkcjonujących w największych miastach województwa.

Zatrudnienie, rodzaje zwolnień, staż pracy, wynagrodzenia

Niezależnie od formy organizacyjno-prawnej jednostek świadczących usługi medyczne mamy do czynienia z dwiema podstawowymi grupami zatrudnionych: personelem medycznym oraz administracyjnym.

Personel medyczny obejmuje: lekarzy, pielęgniarki, położne, techników medycznych, rehabilitantów oraz pozostały personel medyczny niższego szczebla, salowe. Do personelu administracyjnego zalicza się: kadrę zarządzającą, pracowników administracji, personel techniczny oraz pozostały personel sfery usługowej szpitala i pracowników kuchni [Król, Ludwiczynski, 2006].

W zakładach opieki zdrowotnej w planowaniu zatrudnienia w sprawach dotyczących ustalania minimum norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych obligatoryjne jest uwzględnienie takich czynników jak:

- liczba i rodzaj świadczonych usług,
- średni czas wykonywania usług,
- efektywny czas pracy pielęgniarek.

Liczba etatów, ze względu na specyfikę świadczenia określonych usług w jednostce organizacyjnej funkcjonującej jako zakład opieki zdrowotnej, może ulegać pewnej modyfika-



cji. Na przykład w określaniu minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględnia się także opinie kierowników komórek organizacyjnych, uwagi związków zawodowych oraz propozycje wskazywane przez naczelne pielęgniarki.

Dobowy dzienny czas pracy lekarzy, pielęgniarek i pracowników administracji wynosi 7 godzin i 35 minut. Dobowy czas pracy zatrudnionych przy promieniowaniu jonizującym wynosi 5 godzin.

Przy zatrudnianiu na niektóre stanowiska konieczne jest przestrzeganie ustaw i rozporządzeń. Według takich zasad rozstrzygane są w zakładach opieki zdrowotnej procedury rekrutacji dotyczące kierownika zakładu, zastępcy kierownika zakładu, w którym kierownik nie jest lekarzem, ordynatora, kierownika kliniki, naczelnej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarki zakładu i pielęgniarki oddziałowej. Dla wspomnianych stanowisk ustawodawca określił także kwalifikacje [rozporządzenie z 1998 r., 1999 r., 2000 r.].

Proces rekrutacji na stanowiska kierownicze musi uwzględniać jeszcze inne regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczące zawodu lekarza, pielęgniarki czy położnej [ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r., ustawa z dnia 5 lipca 1996 r.].

Najważniejszym czynnikiem decydującym o możliwości kształtowania stanu i struktury zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej jest kontrakt podpisany z Narodowym Funduszem Zdrowia. System wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej prowadzony jest na zasadach podanych w założeniach ustawowych [rozporządzenie z 1999 r.].

Dominującą grupą pracowników są ludzie ze stażem pracy od 15 do 20 lat i stanowią oni 20% ogółu zatrudnionych. Następną co do wielkości grupą są ci, którzy przepracowali od 25 do 30 lat i w strukturze zatrudnienia udział tej grupy stanowi 18%. Zatrudnieni ze stażem pracy od 10 do 15 lat to grupa licząca 17%. Łącznie w strukturze zatrudnionych w podziale na staż pracy 46% stanowią osoby ze stażem pracy dłuższym niż dwudziestoletni. Pracownicy najstarsi, ze stażem powyżej 35 lat, są grupą stanowiącą 6% wszystkich zatrudnionych. Ważnym spostrzeżeniem jest to, że w grupie zatrudnionych są też pracownicy młodzi ze stażem nie przekraczającym 5 lat – 10% (tab. 1).

Tab. 1. Struktura zatrudnienia według stażu pracy w latach (*The structure of seniority in years*)

Staż pracy w latach (Seniority in years)	Procent zatrudnionych (Percent of employed staff)
do 4,99 lat (to 4,99 years)	10,00
od 5 lat do 9,99 lat (from 5 to 9,99 years)	7,00
od 10 lat do 14,99 lat (from 15 to 14,99 years)	17,00
od 15 lat do 19,99 lat (from 15 to 19,99 years)	20,00
od 20 lat do 24,99 lat (from 20 to 24,99 years)	13,00
od 25 lat do 29,99 lat (from 25 to 29,99 years)	18,00
od 30 lat do 34,99 lat (from 30 to 34,99 years)	9,00
od 35 lat do 39,99 lat (from 35 to 39,99 years)	5,00
powyżej 40 lat (more than 40 years)	1,00
Razem (Total)	100,00

Źródło: opracowanie na podstawie danych z działów kadr szpitali.



Analiza struktury zwolnień pracowników pozwoliła stwierdzić, że co czwarty zatrudniony rozwiązywał umowę o pracę w drodze wypowiedzenia przez pracownika (25,86%). Uzyskano również informacje o zatrudnionych, którzy rozstali się z zakładem pracy, gdyż podjęli decyzję związaną z emigracją. Ta grupa pracowników w strukturze zwolnień to 11,50%.

Łącznie na renty i emerytury odeszło 23,57% zatrudnionych. Zatrudnienie w ocenianych jednostkach utrzymywało się na tym samym poziomie, zatem ruch kadr obejmował podobną liczbę zwolnień i przyjęć (tab. 2).

Tab. 2. Przyczyny rozwiązania stosunku pracy w latach 2005–2009 (w procentach) (*Reasons of work termination in 2005–2009 – in percents*).

Przyczyny odejścia (Reasons of work termination)	Razem (%) (Total %)
Porozumienie stron (<i>Agreement of the parties</i>)	16,67
Wypowiedzenie przez zakład (<i>Denunciation because of the company</i>)	9,77
Wypowiedzenie przez pracownika (<i>Denunciation because of employee</i>)	25,86
Upływ czasu (<i>Passage of time</i>)	10,92
Emerytura (<i>Pension</i>)	15,52
Renta (<i>Annuity</i>)	8,05
Emigracja (<i>Emmigration</i>)	11,50
Zgon (<i>Death</i>)	0,57
Porzucenie pracy (<i>Work desertion</i>)	1,14
Razem (<i>Total</i>)	100,00

Źródło: opracowanie na podstawie danych z działów kadr szpitali.

Generalnie wynagrodzenia zatrudnionych w służbie zdrowia składają się z dwóch składników. Jednym z nich jest wynagrodzenie podstawowe, drugi stanowią dodatki do wynagrodzenia podstawowego z tytułu pełnionych funkcji, stażu pracy, posiadanych stopni i tytułów naukowych. System wynagradzania jest pozostałością minionego systemu ekonomicznego, zakłada równość odnośnie do jakości posiadanych kwalifikacji, dodatki są przyznawane automatycznie, brakuje odpowiednich rozwiązań motywacyjnych. Pracownicy w poszczególnych grupach zawodowych „równość” wynagrodzeń postrzegają jako zaletę, wskazując, że jest to czynnik stabilizacji finansowej i komfortu psychicznego.

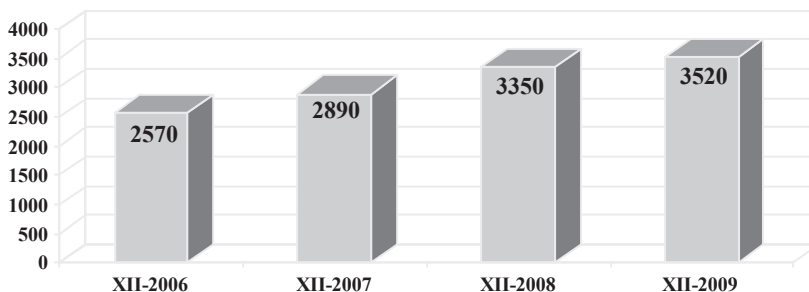
W roku 2005 nie było istotnych zmian w poziomie wynagrodzeń. W roku 2006 pojawiła się dość duża tendencja wzrostu płac. Już wraz z początkiem roku kalendarzowego wzrosły wynagrodzenia dla lekarzy, pielęgniarek i kadry kierowniczej o 30%, a o 26% dla pozostałych grup zawodowych.

Na początku roku 2007 miały miejsce kolejne podwyżki wynagrodzeń, ale nie była to już tak duża zmiana jak rok wcześniej. Zwiększenie poziomu wynagrodzeń w roku 2007 obejmowało wszystkich pracowników i dotyczyło podstawy wynagrodzeń. Ostatecznie spowodowało, że w ocenianych szpitalach ogółem dla wszystkich zatrudnionych średnio wynagrodzenia wzrosły o 12,45%.

W roku 2008 zaszło kilka zmian, które również skutkowały zmianą wynagrodzeń w pozytywnym kierunku. Wraz z początkiem 2008 r. wszystkim zatrudnionym zwiększono

poziom wynagrodzeń o 10%. Jeszcze w pierwszym kwartale tego samego roku, czyli w marcu, grupa zawodowa lekarzy i pielęgniarek została objęta wzrostem tzw. stałego dodatku. Kolejny wzrost poziomu wynagrodzeń miał miejsce 1 maja 2008 r. i wynosił również 10% dla wszystkich pracowników. Ostatecznie średnio w roku 2008 w relacji do roku 2007 wynagrodzenia w strukturze kosztów wzrosły o 15,91%.

Jeżeli chodzi o zmiany w poziomie wynagrodzeń, to rok 2009 nie był już tak korzystny. Wzrostem wynagrodzeń objęto tylko grupę zawodową pielęgniarek, otrzymały one dodatek do płacy zasadniczej w kwocie 200 zł (rys. 1).



Rys. 1. Średnie wynagrodzenie brutto w szpitalach w latach 2006–2009 w złotych (*Average gross income in hospitals in 2006–2009 in zlotys*)

Źródło: dane z działu kadr szpitali.

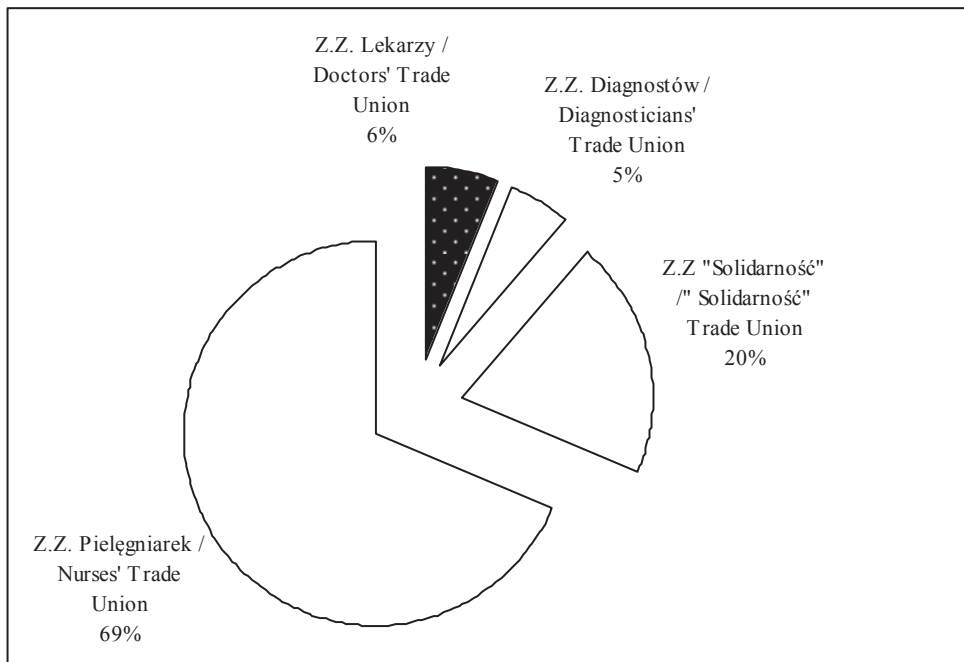
Przynależność do związków zawodowych, poziom wykształcenia, szkolenia

W wybranych do oceny szpitalach działają cztery zarejestrowane związki zawodowe:

1. Terenowa Organizacja Związkowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii.
2. Oddział Terenowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.
3. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek. Celem tego związku jest ochrona praw, godności i interesów pielęgniarek i położnych, a w szczególności: ochrona interesów materialnych, socjalnych i zdrowotnych członków, zabezpieczenie praw pracowniczych, wynagrodzeń, warunków socjalnych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, przeciwdziałanie bezrobociu i udzielanie pomocy bezrobotnym pielęgniarkom, położnym i asystentkom pielęgniarskim, zapewnienie pielęgniarkom, położnym i asystentkom pielęgniarskim warunków sprzyjających podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, oraz zapewnienie warunków sprzyjających pogłębianiu wiedzy członków związku [Statut].
4. Komisja Zakładowa NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”. Ten związek zrzesza pracowników pracujących w takich działach jak: administracja, kuchnia, pralnia, portiernia, diagnostyka mikrobiologiczna. Jest to związek skupiający przedstawicieli wielu zawodów i obejmuje zatrudnionych, którzy chcą należeć do związku, ale nie mogą być zarejestrowani w związku specjalistów.

Ogólnie liczba pracowników zrzeszonych w związkach zawodowych stanowi 45% całej załogi. Pracownicy zrzeszeni w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pielęgniarek i Położnych stanowią 68,50% wszystkich osób należących do związków. W pozostałych związkach zrzeszonych jest mniej osób i mają one niewielką siłę negocjacyjną (rys. 2).

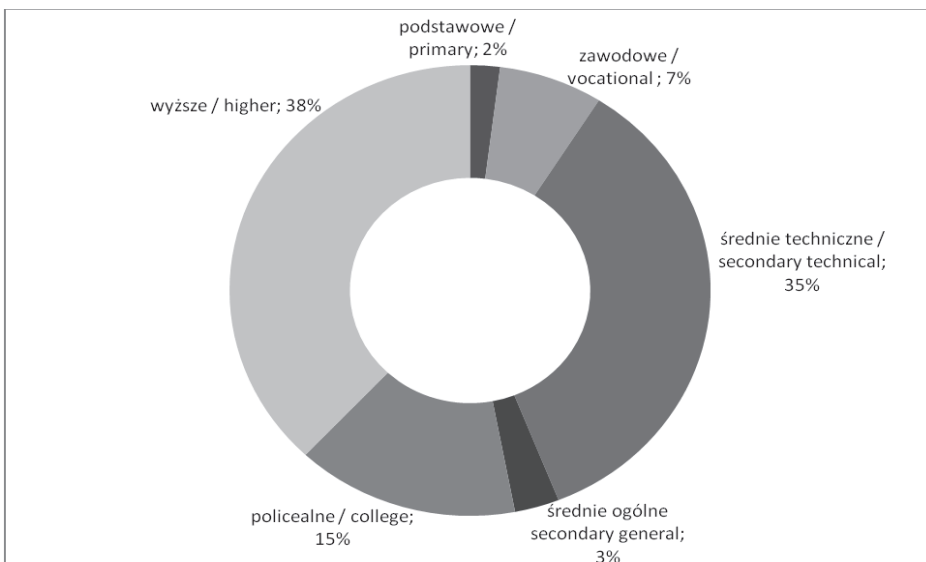




Rys. 2. Udział pracowników w poszczególnych związkach zawodowych w szpitalach (*The share of employees in separate trade unions in hospitals*)

Źródło: opracowanie na podstawie danych z działów kadr i związków zawodowych szpitali.

W strukturze zatrudnienia w podziale na płeć przeważają kobiety. Mężczyźni stanowią 15,4% załogi. Najwięcej osób (38%) posiada wyższy poziom wykształcenia, kolejną pozycję zajmują zatrudnieni z wykształceniem średnim technicznym (35%). Policealnym poziomem wykształcenia wykazuje się 15% załogi. Łącznie wykształcenie podstawowe, zawodowe i średnie ogólne posiada 12% zatrudnionych (rys. 3).



Rys. 3. Struktura poziomu wykształcenia (*Chart structure of the level of education*)

Źródło: opracowanie na podstawie danych z działów kadr



Poprzez wieloletnie szkolenia lekarze uzyskują określone specjalizacje medyczne. Pielęgniarki korzystają z kształcenia podyplomowego oraz kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych. Pozostali pracownicy w ramach zdobywania nowej lub poszerzenia dotychczasowej wiedzy uczestniczą w szkoleniach prowadzonych w formie zajęć zewnętrznych lub wewnętrznych.

Szkolenia wewnętrzne odbywają się corocznie zgodnie z opracowanym planem, biorą w nich udział wszyscy pracownicy. Informacje o zdanych egzaminach i uzyskanych certyfikatach są również przechowywane w osobistych teczkach zatrudnionych znajdujących się w działach kadr. Prowadzona dokumentacja o szkoleniach pomaga w zarządzaniu systemem szkoleń.

W szpitalach obowiązuje kilka przepisów i istnieje kilka czynników motywujących do podnoszenia kwalifikacji. Można wśród nich wymienić np.:

- funkcjonujący od 2005 r. urlop uznaniowy przyznawany na podnoszenie kwalifikacji w wymiarze 6 dni roboczych; urlop ten można w całości wykorzystać w jednym terminie, nie można go dzielić,
- urlop szkolny w wymiarze 14 dni na każdy rok szkolny dla osób uczących się w szkołach wyższych i średnich,
- jednorazową nagrodę pieniężną w wysokości 500 zł przyznaną po ukończeniu studiów licencjackich, inżynierskich i magisterskich,
- przeszerogowanie zgodnie z obowiązującymi zasadami wynagradzania pielęgniarek podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Ocena zarządzania kadrami i kształtujące się tendencje zmian

Planowanie zasobów pracy w ujęciu krótko- i długoterminowym nie posiada cech systematyczności. W planowaniu zatrudnienia przede wszystkim uwzględnia się potrzeby krótkoterminowe. W sytuacji doboru specjalistów z wyższego poziomu medycznego w procesie weryfikacji nie bez znaczenia jest niedobór w określonym miejscu odpowiednich kandydatów na rynku.

W działach kadr często brakuje formalnie opracowanych procedur naboru i selekcji z opisami stanowisk i wymagań stawianych kandydatom na konkretne stanowiska, co powoduje, że prowadzone działania związane z naborem, selekcją i rekrutacją nie posiadają cech profesjonalizmu, ale w ocenianych szpitalach przestrzegane są prawne formuły związane z obsadą stanowisk.

Kryteria awansowania są opracowane w szpitalach i przechowywane w działach kadr. Pracownicy znają je i ogólnie rzecz biorąc są one przestrzegane. W większości ocenianych jednostek w działach kadrowych osoby w nich zatrudnione głównie zajmują się podstawowymi czynnościami związanymi z obsługą formalnoprawną pracowników i obsługą administracyjną szpitala.

Zgromadzone informacje pokazują, że w ocenianych jednostkach nie wypracowano kompleksowych systemów ocen pracowników zaopiniowanych przez zatrudnionych i związki zawodowe. Kadry w razie konieczności korzystają z subiektywnych opinii przełożonych.

W publicznych jednostkach opieki zdrowotnej nadal nie zrezygnowano z zasad stosowanych w minionym systemie ekonomiczno-społecznym, tzn. z egalitaryzmu. To podejście zakłada równość uciążliwości na wszystkich stanowiskach pracy, takie samo zaangażowanie różnych pracowników w wykonywaną pracę i oczekiwanie takiego samego poziomu wynagrodzenia. Założenia egalitaryzmu eliminują konkurencję wewnętrzną, ograniczają zaangażowanie w wykonywaną pracę oraz nie motywują do zgłaszania i wprowadzania rozwiązań innowacyjnych. Generalnie w obecnym systemie brakuje pochodnych płacy zasadniczej w postaci nagród czy premii za wykonywanie pracy lepiej od innych i z większym zaangażowaniem. Taka sytuacja powoduje, że najbardziej aktywni i innowacyjni pracownicy ocze-

kujący za swoją pracę wyższej gratyfikacji odchodzą do innych najczęściej niepublicznych jednostek.

Prowadzone badania wykazały, że brakuje opracowań z zakresu wartościowania stanowisk pracy, co pozwoliłoby na ustalenie wartości pracy na poszczególnych stanowiskach wraz z określeniem nakładu pracy, energii, koniecznych formalnych kwalifikacji i umiejętności. Takie informacje pozwoliłyby na ewentualne wprowadzenie rozpiętości poziomu wynagrodzeń w grupach zawodowych.

Niewielka liczba stanowisk kierowniczych powoduje, że pracownicy po ukończeniu wykształcenia na poziomie licencjata lub magistra pracują nadal na tym samym stanowisku i wykonują tę samą pracę. Systematycznie zwiększa się liczba zatrudnionych z wyższym poziomem wykształcenia, a przy tradycyjnym zarządzaniu personelem nie dostrzega się i nie kreje możliwości awansowania.

W strukturze zatrudnienia przeważają kobiety i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

W szpitalach nastąpiła restrukturyzacja zatrudnienia. Zmniejszenie liczby zatrudnionych odbywało się głównie w sposób ewolucyjny, poprzez odejścia na emerytury oraz wygaśnięcie umów na czas określony. Występowały również zwolnienia grupowe. W ostatnich latach niektóre obowiązki pomocnicze zleca się do zewnętrznych firm outsourcingowych, co w sprawozdaniach pozwala na wykazanie zmniejszenia zatrudnienia i kosztów pracy, bo koszty wykonywanych zleceń w rachunku wyników znajdują się w innych pozycjach. Obserwuje się również wprowadzanie w strukturach organizacyjnych zmian będących konsekwencją korzystania z outsourcingu oraz łączenia stanowisk i działów lub powoływania nowych.

Uwzględniając dynamicznie zachodzące zmiany w polskim systemie opieki zdrowotnej, należałoby sądzić, że najważniejszym zagadnieniem jest wzrost jakości świadczonych usług, gdzie kluczową rolę pełni czynnik ludzki, tymczasem kierownicy jednostek najwięcej uwagi skupiają na zarządzaniu finansami, w tym w szczególności na utrzymywaniu płynności finansowej i możliwości regulowania różnorodnych płatności.

Systematycznie występujące niedofinansowanie służby zdrowia jest powodem utrudnień związanych z zarządzaniem finansami i nasila problemy powodowane brakiem środków finansowych, co obniża poziom zadowolenia zatrudnionych i wpływa negatywnie na jakość wykonywanej pracy.

Konieczne są szkolenia kadry kierowniczej na wszystkich poziomach związanych z podejmowaniem decyzji przede wszystkim z zakresu poprawy jakości zarządzania, tzw. oszczędnego zarządzania, lepszego wykorzystania potencjału zasobów pracy, umiejętności komunikacji, zarządzania czasem, sprawnego obiegu dokumentów, otwartości na zmiany, budowania trwałych zachowań organizacyjnych opierających na akceptacji ciągłego uczenia się.

Wykorzystanie urządzeń technologii mobilnych, w tym tzw. m-zdrowie, telefony komórkowe, komunikacja bezprzewodowa, Internet, będą nabierały coraz większego znaczenia zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów. Telemedycyna pozwoli na dostarczanie specjalistycznych informacji diagnostycznych i monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, wymaga jednak oprogramowań, zintegrowanego zarządzania, narzędzi technicznych i wiedzy. System m-zdrowia wpłynie na lepszą organizację pracy, usprawni obieg informacji, pozwoli na gromadzenie i przechowywanie w formie papierowej tylko niektórych dokumentów, obniży koszty. Dla utrzymywania właściwej komunikacji pomiędzy zatrudnionymi w jednostkach służby zdrowia i korzystającymi z usług pacjentów niezbędne jest systematyczne prowadzenie szkoleń i wdrażanie nowoczesnych technologii.

Uwagi końcowe

Analiza zgromadzonych informacji pozwoliła stwierdzić, że jeśli chodzi o zarządzanie kadrami, zmiany zachodzące w szpitalach dostrzegalne są szczególnie w zakresie systematycznie prowadzonych szkoleń zwiększających kwalifikacje zatrudnionych. W pozostałych obszarach modyfikacje wprowadzane są jednak zbyt wolno. Konieczne są działania syste-

mowe na poziomie finansowania, zarządzania, szkoleń i systemów motywacyjnych. Nadal obserwuje się zbyt małe zróżnicowanie poziomu wynagrodzeń zależne od jakości i efektywności pracy, dominują grupy zaszerzegań będące pozostałością minionego systemu.

Bibliografia

1. Armstrong M. (2005), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków, s. 19.
2. Czupryna A., (2000), *Zdrowie publiczne*, Vesalius, Kraków, s. 337.
3. Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E., (2009), *Zarządzanie kapitałem opieki zdrowotnej*, ABC, Warszawa, 2009, s. 30.
4. Gick A., Tarczyńska W., (1999), *Motywowanie pracowników*, PWE, Warszawa, s. 127.
5. Klimczak B., (2003), *Mikroekonomia, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu*, Wrocław, s. 59.
6. Król H., Ludwiczynski A., (2006), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa, s. 50, 310.
7. Lisiecka K., (2003), *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, IPiS, Warszawa, s. 12–13.
8. Gmuer M., (2003), *Czynniki sukcesów w sferze personalnej*, „Zarządzanie na Świecie” nr 8, s. 17.
9. Poczowski A., (1998), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki metod*, Antykwa, Kraków, s. 57.
10. Polan P., Olsen J.A., (2008), *Dystrybucja Usług Medycznych – zagadnienia ekonomiczne i etyczne*, CeDeWu, Warszawa, 2008, s. 170–172.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzenia konkursu, Dz. U. Nr 115, poz. 749.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 30, poz. 30.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 52, poz. 543 z późn. zm.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, Dz. U. Nr 44, poz. 520.
15. Statut Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, s. 6.
16. Stoner J.A.F., Wankel Ch., (1997), *Kierowanie*, PWE, Warszawa, s. 66, 276.
17. Stróżyński M., (2008), *Podstawy zarządzania*, SGH, Warszawa, s. 226.
18. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.
19. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.

Contemporary trends in human resources management in clinics

Summary

In the article the human resources management issue in public medical units is described, according to hospitals. The information used was gathered from personnel staff, from doctors and nurses employed in hospitals from the Cuiavian and Pomeranian region. On the basis of the collected opinions analyzed and also from data connected with employment structure, the level of salary, provided trainings and trade unions the present situation and the necessary directions of changes were shown. The research has shown the increasing participation of people with a higher education. What is more, there are more women in the employment structure. There should be changes made to the system of bonification, motivation and trainings.

