

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

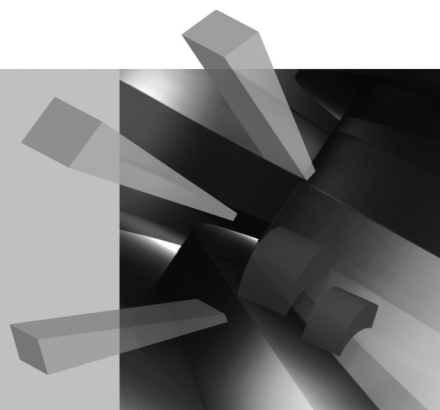
RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

248

Sukces w zarządzaniu kadrami Elastyczność w zarządzaniu kapitałem ludzkim

Tom 1. Problemy zarządczo-ekonomiczne



Redaktorzy naukowi
Tadeusz Listwan
Marzena Stor



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Piotr Bohdziewicz, Stanisława Borkowska, Halina Czubasiewicz,
Beata Jamka, Zdzisława Janowska, Marta Juchnowicz, Tadeusz Listwan,
Alicja Miś, Ryszard Panfil, Aleksy Pochtowski, Czesław Sikorski,
Janina Stankiewicz, Janusz Strużyna, Łukasz Sułkowski,
Jan Szambelańczyk, Stanisław A. Witkowski

Redakcja wydawnicza: Zespół

Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie www.ibuk.pl

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych
The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl>
oraz w The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-296-3

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

Część 1. Funkcja personalna w nowych warunkach organizacyjnych

Zbigniew Antczak: Pojęcie elastyczności i jego paradygmatyczna recepcja (rozważania epistemologiczno-eksploracyjne).....	15
Ewa Głuszek: Wpływ wizerunku lidera na reputację przedsiębiorstwa.....	25
Władysław Hydzik, Dagmara Lewicka: Zarządzanie kapitałem ludzkim w organizacji z wykorzystaniem metody analizy sieci społecznych (Social Network Analysis)	34
Zdzisław Jasiński: Przystosowywanie zespołów pracowniczych do zmieniających się warunków pracy.....	46
Anna Jawor-Joniewicz: Ku elastyczności zarządzania zasobami ludzkimi? Wybrane rozwiązania stosowane przez uczestników konkursu lider ZZZL w latach 2001-2011.....	52
Joanna Jończyk: Zmiany w zarządzaniu zasobami ludzkimi w publicznych szpitalach	63
Elżbieta Kowalczyk: <i>I-deals</i> jako przejaw elastyczności w budowaniu relacji pracownik–pracodawca	73
Jerzy Niemczyk: Zarządzanie w sieciach międzyorganizacyjnych.....	87
Lukasz Sienkiewicz: Wiedzochłonność usług a elastyczność zarządzania kompetencjami pracowników	95
Beata Skowron-Mielnik: Modelowanie elastycznej organizacji pracy	107
Janusz Strużyna: Zderzenie myślenia sieciowego z praktykami ZZZL	118
Łukasz Sułkowski: Elastyczność zarządzania zasobami ludzkimi w polskich szpitalach	128
Weronika Toszewska: Wybrane zagadnienia zarządzania kapitałem ludzkim w opinii pracowników przedsiębiorstwa Poczta Polska SA.....	135

Część 2. Elastyczne zatrudnianie i zmiana struktury społeczno-demograficznej pracowników

Joanna Cewińska: <i>Freelancing</i> a zarządzanie kapitałem ludzkim	149
Zdzisława Janowska, Zdzisław Chmal: Elastyczne formy zatrudnienia i wynagradzania. szanse i zagrożenia	158

Wacław Jarmolowicz, Michał Pilc: Struktura społeczno-demograficzna zatrudnionych w ramach form elastycznych w Polsce i Unii Europejskiej ...	168
Tomasz Sapeta: Wykorzystanie audytu personelu w uelastycznieniu zatrudnienia.....	180
Małgorzata Striker: Determinanty uelastycznienia zatrudnienia personelu medycznego w Polsce.....	189

Część 3. Motywowanie, wynagradzanie i ocenianie pracowników

Agata Borowska-Pietrzak: Elastyczność systemu okresowego ocen pracowników za pomocą badania opinii pracowniczej – wyniki empiryczne	201
Urszula Feliniak: Elastyczne systemy wynagrodzeń w zarządzaniu współczesnymi organizacjami.....	212
Marta Juchnowicz: Efektywne sposoby poprawy elastyczności wynagrodzeń.....	223
Marek Kalinowski: Skuteczność systemów wynagradzania w kontekście determinant dotyczących pracobiorców	231
Tomasz Kawka: Uelastycznienie kształtowania wynagrodzeń w organizacji	241
Magdalena Majowska: Typy i źródła nacisków instytucjonalnych na rozwiązania płacowe w organizacji.....	250
Katarzyna Półtoraczyk: Systemy motywowania w branży ubezpieczeniowej	261
Zofia Sekuła: Motywowanie pracowników w małych firmach.....	270
Wojciech Ulrych: Przeszość i terażniejszość oceniania pracowników	281

Część 4. Doskonalenie i rozwój kadr

Piotr Bohdziewicz: Koncepcja kapitału kariery zawodowej jako wyznacznika indywidualnej zatrudnialności na współczesnym rynku pracy.....	293
Barbara Koźuch, Bogusław Plawgo: Rozwój pracowników a innowacyjność i konkurencyjność małych i średnich przedsiębiorstw.....	304
Alicja Miś: Kariera nietradycyjna: alternatywne wzory zaangażowania zawodowego.....	317
Łukasz Panfil: Model wspierania rozwoju talentów sportowych w procesie zarządzania nimi – badania pilotażowe	326
Adam Suchodolski: Czynniki wpływające na wytyczanie kierunków rozwoju pracowników w organizacji.....	337
Katarzyna Tracz-Krupa: Wytyczne Unii Europejskiej dla rozwoju kapitału ludzkiego.....	344

Część 5. Międzykulturowa i społeczna różnorodność a praktyki personalne

Beata Buchelt: Sukces czy porażka procesu repatriacji? Praktyki międzynarodowych organizacji działających w Polsce	355
Magdalena Dunikowska: Różnorodność w zarządzaniu zasobami ludzkimi	365
Beata Jamka: Model biznesowy zarządzania różnorodnością jako podstawa aktywacji potencjału zawodowego kobiet	374
Piotr Mrówczyński: Zarządzanie różnorodnością wynikiem zmian w zarządzaniu zasobami ludzkimi	384
Joanna Mróz: Gender a elastyczność organizacji	393
Sylwia Przytuła: Ekspatriant – elastyczny pracownik międzynarodowy	402
Barbara Sajkiewicz: Amerykańskie i japońskie motywowanie do innowacyjności	415
Marzena Stor: Międzykulturowe uwarunkowania elastyczności systemu oceniania pracowników w korporacjach międzynarodowych	423
Czesław Zajac: Kulturowe problemy zarządzania zasobami ludzkimi w międzynarodowych grupach kapitałowych w świetle badań empirycznych....	438

Summaries

Part 1. Personal function in new organizational conditions

Zbigniew Antczak: Flexibility and its paradigm's reception (exploration-epistemological reflections).....	24
Ewa Gluszek: The effects of CEO image on corporate reputation.....	33
Władysław Hydzik, Dagmara Lewicka: Using Social network analysis for the human resource management in knowledge-based organizations	45
Zdzisław Jasiński: Staff teams adaptation to a changing work environment..	51
Anna Jawor-Joniewicz: Towards flexibility of Human Resources Management? Chosen solutions used by the participants of HRM Leader Competition in the years 2001-2011	62
Joanna Jończyk: Changes in human resource management in public hospitals	72
Elżbieta Kowalczyk: I-deals as a symptom of flexibility in the building of employee-employer's relation	86
Jerzy Niemczyk: Management in inter-organizational networks.....	94
Łukasz Sienkiewicz: Knowledge intensity of services and flexibility of employees' competence management.....	106
Beata Skowron-Mielnik: Assumptions of modelling flexible work organization.....	117
Janusz Strużyna: Impact of networking thinking on HRM practices.....	127

Łukasz Sułkowski: Flexibility of human resource management in Polish hospitals.....	134
Weronika Toszewska: Selected issues of human capital management in the opinion of the employee of Poczta Polska SA.....	145

Part 2. Flexible employment and the change of socio-demographic structure of employees

Joanna Cewińska: Freelancing – implications for human capital management	157
Zdzisława Janowska, Zdzisław Chmal: Flexible forms of employment and remuneration. Opportunities and threats.....	167
Wacław Jarmolowicz, Michał Pilec: The socio-demographic structure of flexibly employed in Poland and in other European Union countries	179
Tomasz Sapeta: Using personnel audit in improving the flexibility of employment	188
Małgorzata Striker: Determinants of flexible working of health professionals in Poland	198

Part 3. Motivation, remuneration and evaluation of employees

Agata Borowska-Pietrzak: Flexibility of periodic system of employees' evaluation with the use of employee opinion poll – empirical results.....	211
Urszula Feliniak: Flexible remuneration systems in modern organizations management.....	222
Marta Juchnowicz: Effective methods for improvement of flexibility of wages	230
Marek Kalinowski: Effectiveness of remuneration systems in the context of determinants concerning employees.....	240
Tomasz Kawka: Making the salary shaping in an organization flexible.....	249
Magdalena Majowska: The role of the institutional context in making compensation choices	260
Katarzyna Półtoraczyk: Motivation systems in insurance industry.....	269
Zofia Sekuła: Motivating employees in small companies	280
Wojciech Ulrych: Past and presence of performance appraisal	290

Part 4. Improvement and personnel development

Piotr Bohdziewicz: The concept of professional career capital as a determinant of personal competitiveness on the modern labour market	303
---	-----

Barbara Kozuch, Bogusław Plawgo: Innovation and competitiveness of small and medium-sized enterprises (SMEs) as a consequence human resources development.....	316
Alicja Miś: Nontraditional career – alternative patterns of occupational engagement.....	325
Łukasz Panfil: The model of supporting the development of sport talents in the process of talent management – pilot studies	336
Adam Suchodolski: Factors influencing the directions of employee development in the organization	343
Katarzyna Tracz-Krupa: European Union guidelines for development of human capital.....	352

Part 5. Cross-cultural and social diversity vs. personnel practices

Beata Buchelt: Success or failure of a repatriation process? Practices of international corporations which operate in Poland.....	364
Magdalena Dunikowska: Human Resource Management and Diversity.....	373
Beata Jamka: Managing diversity business model as a basis for women's work potential activation	383
Piotr Mrówczyński: Diversity management as a result of changes in human resource management	392
Joanna Mróz: Gender and flexibility of organization	401
Sylwia Przytuła: Expatriant – flexible international employee.....	414
Barbara Sajkiewicz: American and Japanese motivating for innovativeness	422
Marzena Stor: Cross-cultural determinants for flexibility of employee performance appraisal system in multinational companies	437
Czesław Zajac: Cultural problems of human resources management in international capital groups in the light of empirical studies	448

Małgorzata Striker

Uniwersytet Łódzki

DETERMINANTY UELASTYCZNIENIA ZATRUDNIENIA PERSONELU MEDYCZNEGO W POLSCE

Streszczenie: Celem artykułu jest przedstawienie kierunków i sposobów uelastycznienia zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach świadczących usługi medyczne oraz scharakteryzowanie głównych czynników determinujących ten proces. Przeprowadzono analizę wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu oraz wykorzystano obserwacje własne i wyniki 27 wywiadów niejawnych przeprowadzonych z pracownikami 10 szpitali z terenu całej Polski. Na podstawie badań wskazano, że głównym kierunkiem uelastyczniania zatrudnienia personelu medycznego w Polsce jest zastępowanie tradycyjnych umów o pracę kontraktami na świadczenie usług medycznych. Zakres wykorzystania tych umów jest zróżnicowany w zależności od grupy zawodowej oraz rodzaju świadczonych usług. Czynnikiem, które determinują coraz częstsze stosowanie kontraktów w Polsce, są przede wszystkim presja zmniejszania kosztów oraz umożliwienie pracownikom świadczenia pracy dla kilku pomiotów.

Słowa kluczowe: elastyczne zatrudnienie, zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

1. Wstęp

Zmiany zachodzące na rynku pracy zarówno w Polsce, jak i na świecie powodują, że elastyczność zatrudnienia nabiera coraz większego znaczenia. Jest to proces obserwowany w większości organizacji bez względu na formę własności, rozmiary prowadzonej działalności czy sferę życia społeczno-gospodarczego. Wprowadzane zmiany związane są, z jednej strony, z potrzebami pracodawców, którzy działają w dynamicznym otoczeniu, z drugiej strony, wynikają z oczekiwań pracowników, dla których ważna jest możliwość godzenia życia zawodowego z rodzinnym. W obszarze ochrony zdrowia elastyczność zatrudnienia jest tematem wywołującym w społeczeństwie duże emocje. Wystarczy wspomnieć protesty i publiczną debatę związaną z wprowadzeniem w kwietniu 2011 r. ustawy o działalności leczniczej [Adamska-Golińska 2011, s. 44-45; Buczkowska 2011 s. 46-47]. Nowe przepisy usankcjonowały możliwość zatrudniania personelu medycznego w oparciu o kon-

trakty, a nie tylko na podstawie tradycyjnych umów o pracę. Prowadzony wówczas spór między zwolennikami i przeciwnikami stosowania kontraktów pokazał, że problem uelastycznienia zatrudnienia w ochronie zdrowia jest jeszcze niedostatecznie zbadany. Stało się to głównym motywem podjęcia przez autorkę rozważań w tym zakresie.

Celem artykułu jest przedstawienie kierunków i sposobów uelastycznienia zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach świadczących usługi medyczne oraz scharakteryzowanie głównych czynników determinujących ten proces. Do realizacji tego celu przeprowadzono analizę wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu, wykorzystano obserwacje własne autorki i wyniki 27 wywiadów niejawnych przeprowadzonych z pracownikami 10 szpitali z terenu całej Polski. Autorka kilkakrotnie podejmowała próby zbadania skutków wprowadzanych zmian w formach zatrudniania personelu medycznego w szpitalach nie tylko w aspekcie uelastycznienia zatrudnienia, ale również pod kątem wpływu kontraktów na sprawowanie funkcji kierowniczych na poziomie oddziału szpitalnego [Striker 2011, s. 105]. Najczęściej podejmowane działania kończyły się nieoficjalną rozmową i brakiem zgody na pełne badania. Pytania dotyczące form zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy w szpitalach są tematem tabu, wywołującym silne emocje zarówno wśród zarządzających, jak i wśród pracowników. Wielu dyrektorów wyraża obawy związane z oskarżeniem o łamanie prawa pracy. Pojawiają się też interpretacje prawne, które wskazują, że kontrakty medyczne są jedną z nielegalnych form prywatyzacji publicznych szpitali [Fedorowski 2011, s. 62]. Z kolei pracownicy nie chcą się oficjalnie wypowiadać, obawiając się pogorszenia relacji z przełożonym, zawiści współpracowników czy nawet utraty pracy. Stąd też jako źródło informacji na temat opinii pracowników o uelastycznieniu zatrudnienia na potrzeby niniejszego artykułu zostały wykorzystane wywiady swobodne niejawne. Istotą tego narzędzia badawczego jest to, że rozmówca nie zna celu rozmowy, która prowadzona jest „przy okazji” innego zdarzenia [*Zarządzanie kadrami...* 2006, s. 386].

Rozmowy przeprowadzono w pierwszym kwartale 2012 r. wśród pracowników 8 publicznych i 2 niepublicznych (przekształconych z publicznych) szpitali. Łącznie uczestniczyło w wywiadach 16 pielęgniarek, 9 lekarzy i 2 dyrektorów. Uzyskane wyniki nie pozwalają zatem na pełne zdiagnozowanie procesów uelastycznienia zatrudnienia w ochronie zdrowia i mogą stanowić jedynie punkt wyjścia do dalszych badań wykorzystujących bardziej kompleksowe źródła informacji.

2. Elastyczne zatrudnienie

Elastyczność jest szczególną kompetencją warunkującą osiągnięcie sukcesu przez organizacje funkcjonujące w zmiennym otoczeniu. Jest ona określana jako „zdolność do zmiany i reagowania, przy optymalnym nakładzie czasu, wysiłku, kosztach i produktywności, co ma zapewnić firmie trwałą przewagę konkurencyjną” [*Elastyczne zarządzanie...* 2007, s. 52]. Można ją odnosić zarówno do umiejętności poszczególnych pracowników, jak i do całej organizacji.

Elastyczność zarządzania zasobami ludzkimi rozpatrywana jest pod kątem elastyczności ilościowej (umiejętność zwiększania i zmniejszania zatrudnienia), funkcjonalnej (umiejętność przemieszczania pracowników do różnych zadań) oraz finansowej (umiejętność dostosowania struktury i poziomu kosztów pracy do sytuacji finansowej organizacji) [*Elastyczne zarządzanie...* 2007, s. 53-55]. Aspekt ilościowy elastycznego zarządzania zasobami ludzkimi nazywany jest elastycznością zatrudnienia, która definiowana jest jako umiejętność dostosowywania poziomu zatrudnienia oraz rodzaju kompetencji pracowników do aktualnych potrzeb organizacji. To dostosowywanie może się odbywać na drodze zawiązywania i rozwiązywania umów o pracę i wykorzystania nietypowych form zatrudnienia, takich jak: umowa na czas określony, umowa na wykonanie określonego zadania, praca tymczasowa, umowy zlecenia, umowy o dzieło, samozatrudnienie, kontrakty menedżerskie [*Zarządzanie kadrami...* 2006, s. 80-81] – mówi się wtedy o elastyczności zewnętrznej zatrudnienia. Organizacja może również wykorzystywać narzędzia zarządzania czasem pracy bez odwoływania się do zmiany liczby pracowników poprzez wykorzystanie takich narzędzi, jak: praca w niepełnym wymiarze, praca w godzinach nadliczbowych, ruchomy czas pracy, praca w zespołach zadaniowych, telepraca. W takim przypadku wskazuje się na elastyczność wewnętrzną zatrudnienia [*Elastyczne zarządzanie...* 2007, s. 165-166].

Granice uelastycznienia zatrudnienia wyznaczone są przez przepisy prawa, ponieważ dość często uelastycznienie to rozumiane jest jako odejście od zatrudniania pracowników w oparciu o przepisy Kodeksu pracy, który przez pracodawców utożsamiany jest z usztywnieniem relacji między pracodawcą a pracownikiem, na rzecz umów cywilnoprawnych, korzystnych dla pracodawców ze względu na niższe koszty pracy, mniejszą ochronę osób świadczących pracę oraz mniejsze obowiązki pracodawców [Pocztowski 2007, s. 120-122].

Procesy związane z uelastycznianiem zatrudnienia obserwowane są co najmniej od lat 80. ubiegłego wieku. Tendencje w zmianie struktury zatrudnienia opisuje m.in. model „organizacji-koniczyny” C. Handy’ego oraz model elastycznej firmy J. Atkinsona [*Zarządzanie kadrami...* 2006, s. 199; Pocztowski 2007, s. 129]. Obydwie koncepcje podkreślają ograniczenie w organizacjach liczby pracowników zatrudnionych w oparciu o tradycyjne, stałe umowy o pracę w pełnym wymiarze i wzrost liczby pracowników peryferyjnych pracujących w oparciu o umowy krótkoterminowe i kontrakty. Jednak S. Taylor wskazuje, że wzrost popularności w Wielkiej Brytanii umów o pracę tymczasową i na czas określony wiąże się ze spadkiem efektywności i zaangażowania pracowników. Te formy zatrudnienia wywołują negatywne reakcje pracowników, którzy są skłonni zgodzić się na gorsze warunki pracy w zamian za gwarancję stałego zatrudnienia. Może to w konsekwencji doprowadzić do ograniczenia stosowania umów czasowych i powrotu do form tradycyjnych [Taylor 2006, s. 163-164].

3. Formy zatrudnienia personelu medycznego w placówkach ochrony zdrowia

Personel medyczny w placówkach ochrony zdrowia w Polsce stanowią pracownicy 7 głównych grup zawodowych: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci, fizjoterapeuci i diagnostyci laboratoryjni. Najliczniejszą grupą są pielęgniarki i położne (ok. 60% wszystkich pracowników) oraz lekarze (25,7%). Dla większości pracowników (blisko 90%) głównym miejscem pracy są zakłady opieki zdrowotnej (obecnie podmioty lecznicze). Szczegółowe dane statystyczne dotyczące liczebności poszczególnych grup zawodowych i miejsca pracy przedstawione są w tab. 1.

Tabela 1. Pracownicy medyczni według głównego miejsca pracy (stan w dniu 31.12.2010)

Główne miejsce pracy	Lekarze i lekarze dentyści	Pielęgniarki	Położne	Farmaceuci	Fizjoterapeuci, diagnostyci laboratoryjni	Ogółem	% ogółu
	liczba osób w tysiącach						
Zakład opieki zdrowotnej	89,4	189,5	22,2	1,8	29	331,9	88,9
Prywatna praktyka lub apteka	6,2	2,8	0,4	23	0,1	32,5	8,7
Zakład pomocy społecznej	0,2	7,5	x	x	1,2	8,9	2,4
Ogółem	95,8	199,8	22,6	24,8	30,3	373,3	100,0
% ogółu	25,7	53,5	6,1	6,6	8,1	100,0	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Zdrowie i ochrona zdrowia... 2012, s. 166].

Rozważania na temat elastyczności zatrudnienia prowadzone w tym artykule odnosić się będą do dwóch najliczniejszych grup zawodowych: lekarzy i pielęgniarek, dla których podstawowym miejscem pracy jest zakład opieki zdrowotnej (szpital lub poradnia), z wyłączeniem szpitali uniwersyteckich z uwagi na ich specyfikę wynikającą z łączenia zatrudnienia w uczelni wyższej i szpitalu.

Sięgając do statystyk pokazujących zakres wykorzystywanych w ochronie zdrowia form zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, można stwierdzić, że w polskim systemie dominują tradycyjne umowy o pracę zawierane na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy (tab. 2).

Uelastycznienie zatrudnienia przebiega inaczej w odniesieniu do pracy lekarzy i inaczej w stosunku do personelu pielęgniarskiego i położniczego. Stosunkowo wysoki odsetek osób pracujących w ramach umów cywilnoprawnych obserwowany jest zarówno wśród lekarzy (49,8%), jak i pielęgniarek (21%) i położnych (34%). Z kolei w szpitalach w ramach kontraktów zdecydowanie częściej pracują lekarze (35,3%) niż pielęgniarki i położne (w obu grupach odsetek nie przekracza 5%).

Tabela 2. Formy zatrudnienia personelu medycznego (stan w dniu 31.12.2009)

Obszar ochrony zdrowia/ grupa zawodowa	Umowa o pracę		Umowa cywilnoprawna	
	liczba osób w tys.	%	liczba osób w tys.	%
podstawowa opieka zdrowotna				
Lekarze	10,8	50,2	10,7	49,8
Pielęgniarki	25,9	79,0	6,9	21,0
Położne	3,3	66,0	1,7	34,0
szpitale ogólne				
Lekarze	42,9	64,7	23,4	35,3
Pielęgniarki	117,7	95,2	5,9	4,8
Położne	15,7	95,7	0,7	4,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie [*Biuletyn statystyczny Ministerstwa...* 2010, s. 61-65].

Różnice są też widoczne między opieką ambulatoryjną (np. w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej) a stacjonarną (szpitale). W opiece ambulatoryjnej elastyczne formy pracy wykorzystywane są zdecydowanie częściej. Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że najczęściej kontrowersji budzi wykorzystywanie kontraktów i umów cywilnoprawnych w szpitalach. W praktyce kontrakty lekarskie w szpitalach są wykorzystywane na trzy różne sposoby: (1) lekarze pracują albo w oparciu o umowę o pracę albo kontrakt, pracownicy samodzielnie, bez nacisków ze strony dyrekcji, decydują o wyborze formy zatrudnienia, nie ma możliwości łączenia tych dwóch form zatrudnienia; (2) wszyscy lekarze pracują w oparciu o kontrakty; (3) w podstawowych godzinach pracy lekarze pracują w oparciu o umowę o pracę, dyżury (praca po południu, noce, niedziele i święta) zabezpieczane są przez kontrakty, które są podpisywane zarówno z pracownikami etatowymi, jak i zewnętrznymi. Z kolei w większości szpitali pielęgniarki i położne pracują w pełnym wymiarze czasu pracy w oparciu o umowy o pracę w systemie pracy zmianowej. Elastyczne formy zatrudnienia wykorzystywane są w przypadku konieczności dodatkowych dyżurów spowodowanych urlopami wypoczynkowymi, urlopami macierzyńskimi czy zwolnieniami lekarskimi. Głównym powodem wskazywanym przez rozmówców, dla którego wykorzystywane są kontrakty pielęgniarskie, jest ograniczenie konieczności wypłacania wynagrodzeń za pracę w godzinach nadliczbowych. Szpitale podpisują kontrakty albo bezpośrednio ze „swoimi” pielęgniarkami, prowadzącymi dodatkowo prywatną praktykę, albo z zewnętrznym podmiotem, który z kolei podpisuje umowy cywilnoprawne z pielęgniarkami pracującymi w szpitalu na umowę o pracę.

Porównanie liczby etatów i liczby pracowników w grupie pielęgniarek w szpitalach polskich (np. szpital w Bydgoszczy według stanu na koniec 2009 r. 197 osób – 194,75 etatów [Wyszkowska, Michalska 2011, s. 281]; szpital w Warszawie średnio

w 2002 r. 214 etatów – 216,4 osób [<http://www.szpitalkarowa.pl/stat4.htm>]) pozwala stwierdzić, że prawie wszystkie pielęgniarki pracują w pełnym wymiarze czasu pracy. Potwierdzają to również przeprowadzone wywiady.

Inaczej wygląda sytuacja w szpitalach na świecie, np. w szpitalu w Australii mniej niż połowa osób personelu pielęgniarskiego zatrudniona była na stałe w pełnym wymiarze czasu pracy, a struktura zatrudnienia (przedstawiona w tab. 3) bardziej przypomina wspomniany wcześniej model „organizacji-konieczyny” niż w Polsce.

Tabela 3. Struktura zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w szpitalu w Nowej Południowej Walii w 1999 r.

Forma zatrudnienia	% ogółu personelu pielęgniarskiego
Zatrudnienie stałe w pełnym wymiarze	48,6
Zatrudnienie czasowe w pełnym wymiarze	9,0
Zatrudnienie stałe w niepełnym wymiarze	15,7
Zatrudnienie czasowe w niepełnym wymiarze	5,4
Zatrudnienie dorywcze	21,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Whittard, Reeves 2001, s. 173].

Wszyscy respondenci, z którymi przeprowadzane były wywiady, podkreślali, że w Polsce uelastycznienie zatrudnienia wiąże się wyłącznie z wykorzystaniem umów cywilnoprawnych. Inne formy nie są w ogóle stosowane.

4. Determinanty uelastycznienia zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia

Wyniki prowadzonych badań dotyczących uelastyczniania zatrudnienia zarówno w Polsce, jak i innych krajach, takich jak Wielka Brytania, USA, Australia, prezentowane w literaturze przedmiotu, pozwalają na scharakteryzowanie głównych czynników determinujących proces uelastyczniania zatrudnienia w ochronie zdrowia. Należą do nich m.in.: zmieniający się profil demograficzny zasobów pracy opieki zdrowotnej, braki kadrowe wynikające z rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne, oczekiwania pracowników związane z możliwością godzenia życia zawodowego z rodzinnym, presja do obniżania kosztów świadczonych usług medycznych oraz specyfika organizacji pracy w opiece zdrowotnej.

W organizacjach ochrony zdrowia Wielkiej Brytanii przesłankami powszechnego wykorzystania elastycznych form zatrudnienia, szczególnie wśród personelu pielęgniarskiego, są sfeminizowanie tej grupy zawodowej oraz zmieniający się profil demograficzny – starzenie się zasobów ludzkich, co przekłada się na oczekiwania pracowników. Elastyczne formy pracy są dla nich atrakcyjne z uwagi na poprawę

równowagi między życiem prywatnym a zawodowym. Ustawodawstwo dało prawo niektórym grupom (m.in. rodzicom dzieci do 6 roku życia i osobom opiekującym się starszymi lub niepełnosprawnymi krewnymi) do żądania elastycznego zatrudnienia. Najbardziej popularnymi formami są: praca w niepełnym wymiarze, telepraca, „skompresowany” tydzień pracy, roczny wymiar czasu pracy. Elastyczne formy zwykle częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn z uwagi na tradycyjny podział ról i obowiązków domowych. Dodatkowym czynnikiem wzmacniającym konieczność rozszerzenia elastycznych form zatrudnienia wśród kobiet jest pojawienie się na rynku pracy tzw. pokolenia *sandwich*. Należą do nich osoby, które zobowiązane są jednocześnie do wspierania dorastających, coraz później się usamodzielniających dzieci i starszych słabych rodziców. Zmiany w strukturze rodziny są szczególnie widoczne wśród pielęgniarek w średnim wieku (45+), których udział w ogólnej liczbie stopniowo wzrasta. W prowadzonych badaniach zaobserwowano, że czynnikiem sprzyjającym rozwojowi elastycznych form zatrudnienia był dość długi okres braku pielęgniarek na rynku pracy. Ten niedobór spowodował zjawisko starzenia się tej grupy zawodowej. Tendencja taka obserwowana jest również w innych krajach, jak: USA, Kanada, Australia. To skłoniło do wypracowania rozwiązań zachęcających starsze pielęgniarki do kontynuowania pracy zawodowej [*Flexible working...* 2010, s. 419-420].

W Australii badania potwierdzają, że przyczyną wzrostu zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy i wykorzystania pracy dorywczej są braki kadrowe. Skłaniają one zarządzających do poszukiwania pracowników wśród imigrantów, którzy najczęściej zatrudniani są dorywczo [Whittard 2001, s. 165-166].

Brak specjalistów w wielu zawodach medycznych charakteryzuje również polski rynek pracy w dziedzinie ochrony zdrowia. Niedobory wynikają m.in. z rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne (starzenie się społeczeństwa, wydłużenie przeciętnego życia) [Golinowska 2008, s. 1-2], emigracji pracowników [Włodarczyk, Domagała 2011, s. 31; Austen, Frączkiewicz-Wronka 2008, s. 15-16] oraz starzenia się grupy osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych [*Zdrowie i ochrona...* 2012, s. 81]. Niedostateczna liczba profesjonalistów medycznych wywołuje jednak w Polsce inne skutki, niż te obserwowane np. w Wielkiej Brytanii czy Australii. Żaden z respondentów nie wspominał nawet o chęci pracy w formach elastycznych, żeby łatwiej mu było pogodzić życie zawodowe z prywatnym. Natomiast powszechna staje się „wieloletowość” – praca dla kilku podmiotów, niekoniecznie w formie umów o pracę. Najczęściej wskazywaną przez respondentów formą „wieloletowości” było zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy w oparciu o umowę o pracę w publicznej placówce i zatrudnienie w placówkach niepublicznych przy wykorzystaniu innych form elastycznego zatrudnienia: umowy zlecenia lub kontrakty na świadczenie usług medycznych (prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej). Praca etatowa, chociaż często jest nisko wynagradzana (zwłaszcza dla personelu pielęgniarskiego), daje poczucie stabilności, praca na czas nieokreślony – stosunkowo wysoką gwarancję wypłaty wynagro-

dzenia. Do niedawna „wieloletowość” była akceptowana przez wszystkie strony kontraktu – pracowników, współpracowników, bezpośrednich przełożonych i dyrekcję. W opinii zarządzających jej skutkiem było „tylko” większe zmęczenie pracowników. Obecnie zaczyna ona jednak budzić większe kontrowersje po stronie „publicznych” pracodawców. Praca lekarza, pielęgniarki czy położnej w innych placówkach umacnia konkurencję, co grozi utratą kontraktu z publicznych pieniędzy. W chwili, kiedy prywatne podmioty zaczęły przystępować do kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, lekarze i pielęgniarki coraz częściej są stawiani przed koniecznością zaakceptowania w umowie zapisów o zakazie konkurencji [Majer 2011, s. 54-56].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wykorzystywanie elastycznych form zatrudnienia w opiece zdrowotnej jest rosnąca presja na obniżanie kosztów usług medycznych. W trakcie prowadzonych wywiadów był on wskazywany jako najistotniejszy zarówno przez dyrektorów szpitali, jak i pracowników. W Polsce kontraktowanie pracy postrzegane jest jako sposób na obniżenie kosztów i niestety często wiąże się z nadużywaniem prawa. Umowy o pracę zastępowane są kontraktami, żeby obniżyć składki na ubezpieczenia społeczne, ograniczyć konieczność zapewnienia takich świadczeń, jak urlopy wypoczynkowe, zwolnienia lekarskie, urlopy macierzyńskie, wydłużyć czas pracy [Buczowska 2011, s. 46]. Część respondentów (wszyscy lekarze i 10 pielęgniarek biorących udział w badaniu) zwracała również uwagę, że dużą rolę odgrywa moda i przekonanie, że stosowanie umów cywilnoprawnych świadczy o tym, że dyrektor jest sprawnym menedżerem.

Badania prowadzone w szpitalach w Stanach Zjednoczonych pokazują, że również w amerykańskich szpitalach ważną rolę w pojawieniu się zjawiska zastępowania pracy etatowej kontraktami odegrała presja na obniżanie kosztów. W jej wyniku dyrektorzy ograniczali zatrudnienie i obniżali wynagrodzenia personelu medycznego. To doprowadziło do sytuacji, w której brakuje w wykwalifikowanej kadrze są jednym z głównych problemów zarządczych, a rozwiązania upatruje się w o wiele droższych (w warunkach Stanów Zjednoczonych) kontraktach. Przeprowadzona analiza kosztów pracy pokazała, że udział kosztów kontraktów w całkowitych kosztach wzrósł z 1,3% w roku 1997 do 3% w roku 2005 i jest oceniany bardzo negatywnie [Shoemaker 2007, s. 71].

Ostatnim z omawianych czynników determinujących wykorzystanie elastycznych form zatrudnienia personelu medycznego jest specyfika organizacji pracy. W sektorze usług publicznych, takich jak służby ratownicze, energetyka, transport czy opieka zdrowotna, rodzaj wykonywanych zadań wymaga od zatrudnionych pracy zmianowej, która niesie za sobą szereg negatywnych skutków ubocznych. Stąd też narodowa służba zdrowia (NHS) w Wielkiej Brytanii została zobligowana do opracowania programów wspierających pracowników i umożliwiających elastyczny czas pracy i tym samym zapewniających zachowanie równowagi między pracą a życiem osobistym. Jednak przeprowadzone badania wskazują na specyficzne cechy determinujące możliwość uelastycznienia zatrudnienia w opiece zdrowotnej.

Po pierwsze, zastosowanie elastycznych form zatrudnienia i elastycznego czasu pracy jest uzależnione od rodzaju opieki zdrowotnej. Łatwiej wykorzystać je w opiece ambulatoryjnej i wśród pielęgniarek środowiskowych. Z kolei w opiece stacjonarnej taka elastyczność jest utrudniona z uwagi na duże zależności od pracy innych osób – ciągłość opieki wymaga przekazywania zadań na początku i końcu dyżuru. Trudność w pogodzeniu różnych oczekiwań wszystkich członków zespołu z potrzebami organizacji pracy 24 godziny 7 dni w tygodniu tak, żeby nikt nie czuł się wykorzystywany, powoduje, że elastyczne formy zatrudnienia nie przyjmują się w opiece stacjonarnej zbyt łatwo i wymagają dodatkowych nakładów finansowych [*Flexible working...* 2010, s. 419, 425].

5. Podsumowanie

W świetle przeprowadzonych badań literaturowych i na podstawie informacji uzyskanych podczas wywiadów z pracownikami można wskazać, że głównym kierunkiem uelastyczniania zatrudnienia personelu medycznego w Polsce jest zastępowanie tradycyjnych umów o pracę kontraktami na świadczenie usług medycznych. Zakres wykorzystania tych umów jest zróżnicowany w zależności od grupy zawodowej (częściej dotyczy lekarzy niż pielęgniarek) oraz rodzaju świadczonych usług (częściej stosowany jest w opiece ambulatoryjnej niż stacjonarnej). W polskim systemie opieki zdrowotnej dominują jednak umowy o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy. Czynnikiem, które determinują coraz częstsze stosowanie kontraktów, są przede wszystkim: korzyści finansowe dla pracodawców związane z możliwością zmniejszenia kosztów pracy oraz umożliwienie pracownikom pracy dla kilku pomiotów. W porównaniu z innymi krajami, jak Wielka Brytania, USA, Australia, w Polsce w dyskusji nad uelastycznianiem zatrudnienia przez żadną ze stron nie jest podnoszony aspekt ułatwienia godzenia pracy z życiem rodzinnym. Trzeba jednak podkreślić, że przeprowadzone badania nie mogą stanowić podstawy do uogólnienia wniosków na działania podejmowane we wszystkich podmiotach leczniczych.

Literatura

- Adamska-Golińska N., *Etatowa, ale przepracowana i śpiąca*, „Menedżer Zdrowia” 2011, nr 3.
Austen A., Frączkiewicz-Wronka A., Majowska M., *Odływ profesjonalistów medycznych – postulowane narzędzia jego ograniczenia*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2008, nr 2(61).
Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2010, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> (10.02.2012).
Buczowska E., *Kontrakt i etat*, „Menedżer Zdrowia” 2011, nr 3.
Elastyczne zarządzanie kapitałem ludzkim, red. M. Juchnowicz, Difin, Warszawa 2007.
Fedorowski J.J., *Wykończyć ten szpital*, „Menedżer Zdrowia” 2011, nr 8.
Golinowska S., *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 7.

- Harris R., Bennett J., Davey B., Ross F., *Flexible working and the contribution of nurses in mid-life to the workforce: A qualitative study*, "International Journal of Nursing Studies" 2010, no. 47.
- Majer P., *Lekarze pod ścianą*, „Menedżer Zdrowia” 2011, nr 1.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2007.
- Shoemaker P., Schumann T.M., *Trends in hospital's use of contract labor*, „Healthcare Financial Management”, April 2007.
- Striker M., *Ordynator czy koordynator. Przekształcenia publicznych szpitali a role i zadania kierownika oddziału*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2(79).
- Struktura zatrudnienia w szpitalu*, <http://www.szpitalkarowa.pl/stat4.htm> (1.03.2012).
- Taylor S., *Płynność zatrudnienia. Jak zatrzymać pracowników w firmie*, Wolters Kluwer, Kraków 2006.
- Whittard J., Reeves K., *Training and flexible labour: Nurses in New South Wales Public Hospital*, "International Journal of Employment Studies" 2001, vol. 9, no. 1.
- Włodarczyk W.C., Domagała S., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2(79).
- Wyszowska Z., Michalska A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalu*, Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą 2011, nr 38.
- Zarządzanie kadrami*, red. T. Listwan, C.H. Beck, Warszawa 2006.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm (1.03.2012).

DETERMINANTS OF FLEXIBLE WORKING OF HEALTH PROFESSIONALS IN POLAND

Summary: The aim of this article is to provide directions of flexible working for health professionals and to characterize main factors of this process in Poland. The analysis of research results presented in the literature, own observations and interviews with hospital staff were used. The study indicates that the main way of more flexible employment of medical personnel in Poland is labour contract. The scope of use of these contracts depends on the profession and the type of medical service. The factors that determine the use of contracts relate mainly to the pressure to reduce costs and allow employees to work for a few companies.

Keywords: flexible working, human resource management in health service.