



Państwowa Medyczna  
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

# Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia



Marek Bugdol, Justyna Bugaj, Izabela Stańczyk

WYDAWNICTWO  
*Continuo*



Państwowa Medyczna  
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

# Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia

---

*Marek Bugdol, Justyna Bugaj, Izabela Stańczyk*

---

WYDAWNICTWO  
*Continuo*  
Wrocław 2012

**Recenzent:**

prof. dr hab. Jan Stępniewski

© Copyright by Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa, Opole 2012

ISBN 978-83-62182-33-6

Projekt okładki: Wojciech Kuźma  
Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma  
Redakcja techniczna i łamanie: Anna Derbin

WYDAWNICTWO  
*Continuo*

ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław  
tel./fax: (71) 791-20-30  
e-mail: [wydawnictwo@continuo.pl](mailto:wydawnictwo@continuo.pl)  
[www.continuo.pl](http://www.continuo.pl)

Druk: Totem, Inowrocław

# Spis treści

---

|  |            |
|--|------------|
| <b>Wprowadzenie</b>  | <b>5</b>   |
| Rozdział 1<br><b>Procesy zatrudniania personelu medycznego</b><br><i>Marek Bugdol</i>                            | <b>7</b>   |
| Rozdział 2<br><b>Adaptacja do pracy</b><br><i>Justyna Bugaj</i>  | <b>27</b>  |
| Rozdział 3<br><b>Motywacja pracowników służby zdrowia</b><br><i>Izabela Stańczyk</i>                             | <b>44</b>  |
| Rozdział 4<br><b>Ocena pracowników w służbie zdrowia</b><br><i>Marek Bugdol</i>                                  | <b>56</b>  |
| Rozdział 5<br><b>Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych</b><br><i>Justyna Bugaj</i>                | <b>75</b>  |
| Rozdział 6<br><b>System wynagradzania pracowników służby zdrowia</b><br><i>Izabela Stańczyk</i>                  | <b>103</b> |
| Rozdział 7<br><b>Racjonalizacja i restrukturyzacja zatrudnienia w służbie zdrowia</b><br><i>Izabela Stańczyk</i> | <b>121</b> |
| <b>Zakończenie</b>   | <b>138</b> |
| <b>Załącznik</b>   | <b>142</b> |

## Nota o Autorach

---

**Marek Bugdol** – profesor nauk humanistycznych (w zakresie nauk o zarządzaniu). Wykładowca Uniwersytetu Jagiellońskiego i Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

**Justyna Bugaj** – doktor nauk ekonomicznych (w zakresie nauk o zarządzaniu). Adiunkt w Zakładzie Zarządzania Zasobami Ludzkimi w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

**Izabela Stańczyk** – doktor nauk ekonomicznych (w zakresie nauk o zarządzaniu). Adiunkt w Zakładzie Zarządzania Zasobami Ludzkimi w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

# Wprowadzenie

---

Na przełomie XX i XXI wieku obserwuje się wiele dynamicznych zmian w służbie zdrowia w Polsce. Dotyczą one nie tylko możliwości „menedżerskiego” zarządzania organizacjami świadczącymi usługi medyczne, korzystania z nowoczesnego sprzętu, współpracy międzynarodowej ośrodków zdrowia, ale szczególnie możliwości migracji wysoko wykwalifikowanych pracowników do pracy za granicą (nie tylko w obrębie Unii Europejskiej). Ta ostatnia możliwość jest odczuwalna wyjątkowo przez szpitale i specjalistyczne przychodnie, które permanentnie poszukują wyspecjalizowanych pracowników. Wysoka konkurencyjność niepublicznych jednostek i ich sprawne zarządzanie jeszcze bardziej podkreślają konieczność zmian w zarządzaniu organizacjami publicznymi.

Obserwacja tych zmian w służbie zdrowia i współpraca z kierującymi szpitalami oraz przychodniami była inspiracją do napisania książki traktującej o procesach zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL) w tym sektorze. Procesy te są składowymi zarządzania, które w ostatnim czasie podlega bardzo dynamicznym zmianom. Wyniki badań i współpracy autorów potwierdziły, że zarządzanie zasobami ludzkimi realizowane w służbie zdrowia ogranicza się do administrowania sprawami pracowniczymi. W efekcie konieczne jest nowe spojrzenie na pozyskiwanie, utrzymanie i rozwój zatrudnionych pracowników.

Głównymi celami publikacji jest:

- przybliżenie problemów kształtowania procesów ZZL w służbie zdrowia,
- przedstawienie wyników badań jakościowych związanych z procesami pracowniczymi,
- przedstawienie rekomendacji i dobrych praktyk w zakresie ZZL.

Wybrane zagadnienia są opisane w siedmiu rozdziałach traktujących o najważniejszych procesach ZZL w branży medycznej. W rozdziale pierwszym scharakteryzowane zostały zmiany społeczne i ekonomiczne wpływające na procesy zatrudnienia personelu w służbie zdrowia. Sektor ten – podobnie, jak wiele innych – ulega procesom globalizacji, cechuje się dużą płynnością i zmaga się z brakiem pracowników na terenach wiejskich. Na podstawie analizy literatury sformułowane zostały cele rekrutacji w służbie zdrowia i wybrane problemy wpływające na ten proces, takie jak: rola i znaczenie kierownictwa, edukacji, systemów wsparcia, technologii, badań społecznych, outsourcingu, sieci społecznych. Na zakończenie omówione zostały podstawowe bariery związane z zatrudnianiem pracowników.

Drugi rozdział traktuje o procesie adaptacji pracowników medycznych. Na podstawie analizy literatury oraz badań sformułowane zostały cele procesu adaptacji i wybrane problemy wpływające na niego. Wiele organizacji wprowadza procedury

adaptacyjne dla nowo przyjętych pracowników. Błędy w procesie adaptacji po stronie pracodawcy owocują m.in. zwiększającą się fluktuacją kadr, mniejszą wydajnością i efektywnością pracy. W przypadku nowych pracowników pojawiają się problemy z brakiem lojalności wobec nowego pracodawcy, większą liczbą popełnianych błędów, a co jest z tym związane – mniejszą satysfakcją i motywacją do pracy. W rozdziale tym przedstawiono również rolę pracownika wprowadzającego – mentora.

Trzeci rozdział opisuje sposoby motywacji pracowników medycznych. Przedstawiono w nim najczęściej spotykane koncepcje motywowania oraz narzędzia mogące zmniejszyć w przyszłości płynność kadr, czy wręcz spowodować wzrost zysków organizacji medycznych. Podkreślono w nim te kwestie motywowania pracowników, które zależą od zarządzania i zorientowania na ludzi, mających bezpośredni wpływ na wydajność pracy.

Rozdział czwarty opisuje proces oceniania pracowników w służbie zdrowia. Przedstawione zostały cele, zasady, formy i ograniczenia oceny. Na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz doświadczeń zawodowych sformułowana została lista warunków udanych implementacji systemów ocen pracowniczych. W tym kontekście opisane zostały również oczekiwania pracowników wobec oceny i dylematy decyzyjne. W tej części opisano także zestaw metod, które mogą być stosowane w służbie zdrowia, wskazano na liczne słabości i ograniczenia systemów ocen i przedstawiono uproszczoną listę zaleceń praktycznych.

W rozdziale piątym przedstawiono techniki i metody szkoleniowe służące rozwojowi kompetencji zawodowych pracowników. Sformulowano cele tego procesu i wybrane problemy. Opisano szkolenia formalne i nieformalne w podziale na różne grupy pracownicze. Wnioski zostały przedstawione na podstawie analizy materiałów źródłowych, aktów prawnych, publikacji i raportów z badań.

Rozdział szósty traktuje o procesie wynagradzania pracowników w służbie zdrowia. Przedstawiono w nim najbardziej popularne składniki płacy, w tym wynagrodzenie zasadnicze, dodatek funkcyjny, dodatek za stopień naukowy, dodatek za wysługę lat, nagrody jubileuszowe, wynagrodzenie za pełnione dyżury medyczne i inne. Opisano również podstawowe elementy regulaminu wynagrodzeń. Na koniec przedstawiono w tabelach zaszeregowanie stanowisk pracy dla pracowników służby zdrowia oraz przykładowe stawki wynagrodzeń.

Ostatni rozdział – siódmy – opisuje racjonalizację i restrukturyzację zatrudnienia w służbie zdrowia. Przedstawia, w jakich przypadkach najlepiej jest przeprowadzić ten proces, opisuje jego cele. W dalszej części omawia sposoby rozwoju umiejętności pracowników (w tym samodoskonalenie i pracę zespołową). Zwraca uwagę na proces restrukturyzacji i racjonalizacji zatrudnienia, w którym należy zadbać o określenie dokładnych procedur postępowania od momentu przyjazdu pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej, przez jego całonocny monitoring podczas pobytu.

Książka skierowana jest do pracowników działów kadrowych w szpitalach, przychodniach, aptekach. Cenne informacje mogą znaleźć kierujący organizacjami publicznymi w sektorze służby zdrowia. Dodatkowo odbiorcami są również studenci kierunków związanych z ochroną zdrowia i zarządzaniem w sektorze publicznym.

## Procesy zatrudniania personelu medycznego

---

*Marek Bugdol*

---

W niniejszym rozdziale scharakteryzowane zostaną zmiany społeczne i ekonomiczne wpływające na procesy zatrudnienia personelu w sektorze medycznym. Sektor ten – podobnie, jak wiele innych – ulega procesom globalizacji, cechuje się dużą płynnością (Goodman, 2005; Mäntyranta i in., 2011; Wisotzkey, 2011), zmagają się z brakiem pracowników na terenach wiejskich (Heady i in., 2006; Stretton, Bolon, 2009).

Na podstawie analizy literatury (Freeman, Carpenter, 1983; Shermont, Murphy, 2006; Toofany, 2007; Chanda i in., 2010; Billingsley, 2011; Dupee i in., 2011) sformułowane zostaną cele rekrutacji w służbie zdrowia i wybrane problemy wpływające na procesy rekrutacji: rola i znaczenie kierownictwa, edukacji, systemów wsparcia, technologii, badań społecznych, outsourcingu, sieci społecznych.

Na podstawie analizy materiałów źródłowych (głównie aktów prawnych i ogłoszeń prasowych) oraz badań przeprowadzonych pod kierunkiem autora przez studentów kierunku Zdrowie Publiczne Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu opisane zostaną aktualne problemy procesu zatrudnienia w Polsce (formy umów, centralizacja, wymagania prawne).

Procesy zatrudniania (rekrutacji i selekcji) uważa się za kluczowe dla organizacji świadczących usługi medyczne. Uznaje się powszechnie, że muszą one wspierać plany strategiczne. Ale porady udzielane na łamach różnych czasopism odwołują się do powszechnie znanych i praktykowanych metod (część z nich należy do klasyki HR). Opisywane są sposoby przeprowadzania rozmów rekrutacyjnych, badania zawartości CV, określania celów rekrutacji dla poszczególnych funkcji i stanowisk pracy, zapewniania wsparcia finansowego<sup>1</sup>, docierania do kandydatów za pomocą specjalistycznych stron internetowych i mailingu.

Na zakończenie omówione zostaną podstawowe bariery procesów zatrudnienia.

---

<sup>1</sup> Stosunkowo często lansowana jest teza, według której proces rekrutacji musi być wspierany finansowo, a od samych apanaży zależy zainteresowanie kandydatów.



## Problemy globalizacji i zmian demograficznych

W przeszłości usługi medyczne były tradycyjnie usługami lokalnymi. Pacjenci korzystali z usług lekarzy rodzinnych, uczęszczali do miejscowych ośrodków zdrowia. Z czasem jednak usługi medyczne – tak, jak i inne wyroby (usługi, produkty) – uległy globalizacji.

Współcześnie bogate państwa zatrudniają lekarzy i pielęgniarki, którzy pochodzą z państw biedniejszych, a sami pacjenci podróżują w różne regiony świata poszukując usług jakościowo lepszych i korzystnych finansowo (nie zawsze te dwie kategorie wyboru są sprzeczne). Niektórzy pacjenci są zmuszeni do wyjazdów za granicę, głównie z powodu braku możliwości pokrycia kosztów leczenia w kraju rodzinnym. Z jednej strony istnieje silne zapotrzebowanie na usługi medyczne, a jednocześnie w Azji i w Ameryce Łacińskiej kreowane są specjalne pakiety usług dla bogatszych pacjentów. Szacuje się, że w najbliższym okresie z takich pakietów korzystać będzie około 10 milionów amerykańskich pacjentów rocznie. W 2009 r. z takiej opcji korzystał 1 milion pacjentów (na podstawie danych *The Economist* z 14.04.2011 r.).

Globalizacja wpływa na procesy rekrutacyjne, ale również na sytuację finansową całego tego sektora. Z powodu wyjazdów straty amerykańskiej służby zdrowia szacowane są na 160 miliardów dolarów (na podstawie danych *The Economist* z 14.04.2011 r.).

Globalizacja zmusza służbę zdrowia w krajach bogatych do poszukiwania nowych, mniej kosztownych metod pracy (wdrażane są np. metody zarządzania typowe do tej pory dla firm produkcyjnych – chociażby *lean management*, narzędzia Total Quality Management), a kraje biedne – do podwyższania jakości usług. Tworzone są również nowe miejsca pracy (np. w służbach socjalnych, opiekuńczych, poradnictwie medycznym).

Wprowadzane są nowe sposoby kalkulacji cen za usługi medyczne (w tym transparentność), a część usług konsultacyjnych przenosi się do Internetu. Równocześnie dzięki strumieniowi środków finansowych pochodzących z USA i z Europy Zachodniej w niektórych państwach (np. w Indiach) tworzona jest sieć tanich szpitali, z której coraz częściej korzysta ludność miejscowa. Pracujący w takich szpitalach lekarze zdobywają interdyscyplinarne umiejętności.

Na procesy zatrudnienia rzutuje również sytuacja demograficzna. Na przykład w 2005 r. w Wielkiej Brytanii 62% pielęgniarek było w przedziale wiekowym 40–50 lat, a 20% – powyżej 50. roku życia. Dodatkowym problemem są wyjazdy młodych pielęgniarek, głównie do Australii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych, Hiszpanii, Arabii Saudyjskiej, a nawet Francji (Goodman, 2005). Problemem staje się więc pozyskanie młodego personelu, który uzupełni lukę pokoleniową. Według badań przeprowadzonych w brytyjskich placówkach służby zdrowia, prawie połowa organizacji ma duże problemy z zatrudnianiem personelu, a jedna trzecia z utrzyma-

niem zatrudnienia. W cytowanych badaniach uczestniczyło 258 placówek zatrudniających łącznie 207 tys. pielęgniarek (Goldman, 2005).

Zapotrzebowanie na zawody medyczne wzrasta z dwóch powodów. Po pierwsze istnieje coraz większa świadomość zdrowotna, po drugie – zwiększa się liczba osób starszych wymagających całodobowej opieki.

Przykład 1.

Jak podaje Konsulat RP w Kolonii: *W 2007 r. opieki wymagało około 2,4 miliona osób. Prognozy niemieckiego Głównego Urzędu Statystycznego podają, że liczba ta może w 2030 r. osiągnąć nawet 3, 4 miliony. Społeczeństwo niemieckie już od lat walczy z ujemnym przyrostem naturalnym, podczas gdy grono osób starszych zwiększa się. Aktualne statystyki podają, że dotychczas zazwyczaj opiekę nad rodzicami lub dziadkami przejmowały młode kobiety, głównie córki. Socjologowie przewidują zmianę takiego układu w najbliższych latach, argumentując to m.in. wzrostem liczby kobiet aktywnych zawodowo oraz wzrastającą tendencją oddawania członków starszych generacji wymagających opieki do domu starców.*

Źródło: [http://kolonia.trade.gov.pl/pl/aktualnosci/article/a,14170,Zapotrzebowanie\\_na\\_pielęgniarki\\_i\\_pielęgniarzy.html](http://kolonia.trade.gov.pl/pl/aktualnosci/article/a,14170,Zapotrzebowanie_na_pielęgniarki_i_pielęgniarzy.html).

W niektórych państwach ustalone są limity zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy z zagranicy (np. w Wielkiej Brytanii określono w 2011 r. liczbę pielęgniarek spoza UE)<sup>2</sup>.

## Zapotrzebowanie na personel medyczny

W wielu państwach istnieje rynek pracownika, dlatego, że brakuje wykwalifikowanej kadry medycznej (por. tab. 1). To sprawia, że poszczególne państwa, a także regiony prześcigają się pomysłami na uatrakcyjnianie miejsc pracy.

Na przykład w Kanadzie, gdzie istnieje potrzeba zatrudnienia kilku tysięcy lekarzy, pracodawcy oferują nie tylko wyższą pensję, ale również możliwości atrakcyjnego spędzania czasu wolnego.

Ogłoszenia publikowane w prasie informują kandydatów, że „praca nie jest wiecznością”, a kluczową rolę musi pełnić balans między potrzebami kandydata. Jedną z ciekawszych propozycji uatrakcyjniania zatrudnienia jest powiązanie pracy z systemem wsparcia zawodowego. W niektórych państwach (np. w USA) tworzone są sieci społeczne, złożone ze specjalistów pomagających mniej doświadczonym pracownikom świadczyć usługi na coraz wyższym poziomie jakości. W Finlandii

<sup>2</sup> Rozporządzenie The UK Border Agency określa kategorie płacowe i maksymalny okres pobytu (np. osoby zarabiające do 40 tys. funtów mogą przebywać w Wielkiej Brytanii do 12 miesięcy, powyżej tej kwoty – do trzech lat).

w 2008 r. wdrożono specjalny program, którego głównym celem była poprawa stanu służby zdrowia. Ze względu na kłopoty rekrutacyjne (brakowało dentystów i chirurgów) rząd wspierał finansowo lokalne samorządy – które podobnie jak w Polsce – są odpowiedzialne za system służby zdrowia (Mäntyrinta i in., 2011).

**Tabela 1.** Praktykujący lekarze na 1000 osób

| Kraj      | Liczba |
|-----------|--------|
| Grecja    | 5,4    |
| Belgia    | 4,0    |
| Holandia  | 3,9    |
| Norwegia  | 3,9    |
| Austria   | 3,8    |
| Islandia  | 3,7    |
| Włochy    | 3,7    |
| Hiszpania | 3,7    |
| Niemcy    | 3,5    |
| USA       | 2,4    |
| Polska    | 2,2    |
| Turcja    | 1,5    |

Źródło: OECD, Health Data, 2009.

Procesy rekrutacyjne powiązano z całym systemem zarządzania, a w szczególności zadbano o trzy elementy: satysfakcję pracowników, dobro pacjentów, czytelny podział zadań i obowiązków.

W każdym państwie, w którym były lub są problemy z pozyskaniem dobrych pracowników służby zdrowia, starano się rozwiązywać problemy rekrutacyjne systemowo, z uwzględnieniem przepisów prawa, wsparcia finansowego, warunków środowiskowych, partycypacji władz lokalnych itp.

W większości państw uznaje się, że brak rodzinnego personelu medycznego może być uzupełniany zasobami zewnętrznymi – pracownikami pochodzącymi z innych państw. Dotychczasowe doświadczenia wykazują, że rekrutacja zewnętrzna zależy od wielu czynników ekonomicznych i kulturowych.

Pozyskanie nowego personelu medycznego zależy (Wisotzkey, 2011) od:

- kalkulacji kosztów (koszty emigracji muszą być mniejsze niż koszt pozostania w kraju, w tej kalkulacji uwzględnia się koszty społeczne, emocjonalne, a nie tylko ekonomiczne),
- skłonność do zmiany miejsca zamieszkania (owa skłonność zależy z kolei od znajomości języka oraz od sytuacji rodzinnej, np. planów kształcenia),
- wiedzy o sytuacji gospodarczej, jaką posiadają kandydaci do pracy (okazuje się, że jest to często wiedza niewystarczająca, zafałszowana, powstała w wyniku opowieści, ustnych ubarwianych przekazów),
- istniejących i postrzeganych różnic kulturowych między państwami i samymi organizacjami,

- możliwości szybkiego powrotu do kraju (nie tylko na stałe, ale i w okresie wakacyjnym),
- warunków zatrudnienia, infrastruktury, warunków społecznych, ale również od jakości świadczonych usług.

Brytyjski NHS, zatrudniający około 1,4 miliona osób, od 1948 r. bazuje na pracownikach pochodzących spoza Wielkiej Brytanii. Według NHS Employers, jedna trzecia wszystkich aktualnie zatrudnianych pracowników jest wykształcona za granicą. Szacuje się, że aż 20% pracowników pochodzi spoza Unii Europejskiej, głównie z Nowej Zelandii, Australii, Południowej Afryki (Everett, 2011).

Raport przygotowany w 2010 r. przez Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) i firmę konsultingową KPMG wskazał na poważne problemy z zabezpieczeniem personelu w służbie zdrowia. Stwierdzono, że aż 46% placówek ma problemy z zatrudnianiem lekarzy, a 43% – z zatrudnianiem średniego personelu medycznego. Z tego powodu służba zdrowia jest zainteresowana zatrudnianiem osób z zagranicy, ale przeszkodą na drodze do pozyskania wartościowych pracowników jest zaostrzająca się konkurencja między poszczególnymi państwami i sektorami. Aby zapewnić odpowiednią jakość usług medycznych, NHS stara się zatrudniać osoby z UE (co zwykle jest trudne ze względu na bariery językowe). Procesy rekrutacyjne w służbie zdrowia nazywane bywają „wojną o talenty”.

W ślad za zmieniającymi się potrzebami i strukturą demograficzną zmianie ulegają strategie rekrutacyjne. Tworzone są plany krótko-, średnioterminowe i prognozy (powyżej 3 lat). Inne są techniki rekrutacyjne. Odchodzi się od publikacji ogłoszeń w prasie lokalnej na rzecz zorganizowanych wyjazdów na uczelnie (tzw. *milk rounds*), pozyskuje się lekarzy i pielęgniarki za pośrednictwem sieci społecznych. Zmianie ulega również sposób zatrudniania. Umowy o pracę długoterminowe są zastępowane umowami czasowymi (niekoniecznie na cały etat). Znaczna część personelu zakłada pobyty krótkoterminowe i sama jest zainteresowana dalszym poszukiwaniem bardziej atrakcyjnego miejsca pracy. Rynek zatrudnienia jest z jednej strony rynkiem pracownika, a jednocześnie jest rynkiem, na którym dominującą pozycję posiadają duże placówki medyczne oferujące zdobycie dodatkowych kwalifikacji zawodowych. W selekcji dominuje ocena kompetencji – zwraca się uwagę na doświadczenie zawodowe lekarzy.

## Problemy terenów wiejskich

W wielu państwach problemem jest pozyskiwanie pielęgniarek i lekarzy do tych zakładów opieki zdrowotnej, które znajdują się na terenach wiejskich, oddalonych od głównych centrów miejskich. W procesach rekrutacyjnych oraz w samych badaniach podejmowane są zagadnienia związane z uatrakcyjnianiem pracy, miejsca pracy, relacji interpersonalnych. Nie zapomina się o tym, że szpitale i przychodnie są obsługiwane przez personel administracyjny, który powinien otrzymywać takie

same, jak pracownicy medyczni, uprawnienia i bonusy rekrutacyjne. Istnieje wiele czynników decydujących o zatrudnianiu personelu medycznego na terenach wiejskich (por. tab. 2). Ich identyfikacja pozwala na opracowanie systemowych rozwiązań, których głównym celem jest pozyskanie jak największej liczby kandydatów do pracy.

**Tabela 2.** Czynniki decydujące o zatrudnianiu personelu medycznego w środowisku wiejskim

| Czynniki indywidualne   | Czynniki organizacyjne  | Czynniki środowiskowe  |
|---|---|--|
| Doświadczenia kandydatów (na ile pozytywne – wynikające z pracy na wsi?).<br>Pochodzenie społeczne (miejsce urodzenia, dorastania).<br>Edukacja (rozwój kariery).<br>Potrzeby rodziny.<br>Preferowany styl życia. | Wysokość pensji w odniesieniu do kosztów życia.<br>Izolacja kulturowa w relacji do dodatkowych bonusów (fundusze na wyjazdy konferencyjne, programy szkoleniowe, opłaty członkowskie w stowarzyszeniach medycznych).<br>Inwestycje technologiczne (video-konferencje).<br>Partnerstwa z uniwersytetami. | Mniejsza gęstość zaludnienia (jako atrybut pozytywny).<br>Atrakcyjność otoczenia.<br>Pozycja w środowisku. |

Źródło: Stretton, Bolon, 2009, s. 10–14.

Procedury zatrudniania muszą uwzględniać indywidualne i zróżnicowane potrzeby kandydatów. Na przykład okazuje się, że osoby pochodzące ze środowiska wiejskiego przejawiają większą skłonność do podejmowania pracy na wsi (Heady i in., 2006). Warto badać nie tylko potrzeby indywidualne, ale całej rodziny. Zdarza się, że decyzja o podejmowaniu pracy na terenach wiejskich podjęta jest nie przez lekarza, lecz przez całą rodzinę. Większość z omawianych czynników ma zachęcać do podejmowania pracy i jest zorientowana na łagodzenie słabych stron pracy na wsi – głównie niższych pensji i izolacji kulturowej. Niska pensja jest rekompensowana dodatkowymi bonusami, indywidualnymi programami rozwoju zawodowego, wyjazdami sponsorowanymi (opłacanymi przez społeczności lokalne itp.). Uwzględniając wszelkie czynniki indywidualne, środowiskowe, organizacyjne dąży się do tego, aby jeszcze przed procesem rekrutacji zdobyć jak najwięcej informacji o rodzinie przyszłych pracowników, utworzyć lokalne fundusze, z których w przyszłości można wypłacać dodatkowe środki finansowe, kształtować programy wsparcia zawodowego. Przyjmowane strategie rekrutacyjne uwzględniają specyficzne potrzeby środowisk lokalnych, sytuację popytu lub podaży na rynku pracy, konieczność zintegrowania personelu.

## Cele rekrutacji i wybrane problemy procesu zatrudnienia w służbie zdrowia

Celami w procesie rekrutacji są:

- zgromadzenie jak największej liczby kandydatów (niektóre agencje rekrutacyjne zakładają z góry liczbę kandydatów i okres gromadzenia danych),
- zgromadzenie wiedzy o kandydatach oraz jej weryfikacja,
- osiąganie zaplanowanej efektywności procesu rekrutacji (uwzględnianie limitów, np. tych, które są związane z wynagradzaniem agencji, headhunterów),
- budowa marki (proces rekrutacji musi sprzyjać kształtowaniu marki),
- kształtowanie zaufania do organizacji (szczególnie kompetencyjnego).

Istnieje przekonanie, że procesy rekrutacji i selekcji muszą sprzyjać osiągnięciu strategicznych celów, a niektóre z badań dowodzą, że jeżeli są one prawidłowo przeprowadzane, to można zwiększyć satysfakcję pracowników i wydajność, zmniejszyć fluktuację, zwiększyć udział w rynku, zyski, wyniki sprzedaży (Chanda i in., 2010). Takie założenia wskazują raczej na związki występujące między kompetencjami personelu a wynikami ekonomicznymi, ale nie ukazują błędów tkwiących w samym systemie. W służbie zdrowia tym balansem okazuje się często być nie sam system wewnętrzny, ale różne bariery tkwiące w całym systemie opieki zdrowotnej (np. w sposobach finansowania).

### Rola i zadania najwyższego kierownictwa

Procesy rekrutacji są bardzo skomplikowane i zależne nie tylko od wiedzy kandydatów, metod rekrutacyjnych, ale również od wielu innych zmiennych. Na przykład ważną rolę w tym procesie będzie pełnić silne przywództwo. Znane są szpitale, w których procesy rekrutacyjne zawsze cieszyły się dużym zainteresowaniem ze względu na autorytet władzy i przywódcze kompetencje.

Przykład 2.

W Georgetown University Hospital pensje pielęgniarek wzrosły o 130%. Szef pionu, Joyce E. Johnson, odpowiedzialny za średni personel medyczny w 2010 r. otrzymał tytuł Visionary Leader 2010 nadawany przez poczytny „Nursing Management”. Ważną rolę przywiązuje do procesów szkolenia i rekrutacji. Jego praca jest ukierunkowana na budowanie zaufania i poprawę morale.

Źródło: Billingsley, 2011.

Jeżeli z różnych powodów dyrektorzy, prezesi muszą lub chcą być zaangażowani w procesy rekrutacyjne, to wówczas ich rola polega na:

- powołaniu i nadzorowaniu pracy zespołu rekrutacyjnego (w skład zespołu powinni wchodzić wybitni specjaliści lekarze, pielęgniarki),
- nadzorowaniu procesów personalnego marketingu (celem jest tutaj pozyskanie, jak największej liczby kandydatów),
- bezpośrednim udziale w rozmowach kwalifikacyjnych (udział taki w wielu przypadkach jest koniecznością i wynika z potrzeb samych kandydatów),
- udzielaniu wsparcia organizacyjnego i finansowego.

Opinie dotyczące udziału najwyższego kierownictwa w procesach rekrutacji są podzielone. Obok poglądów, zgodnie z którymi obecność przedstawicieli najwyższego szczebla w całym procesie zatrudniania jest niezbędna, nie brakuje też opinii o tym, że proces rekrutacji powinien być scedowany na niższe szczeble struktury organizacyjnej. Nie zmienia to jednak faktu, że silne kompetencyjne przywództwo jest tym, co sprawia, że procesy zatrudnienia cieszą się niezwykle popularnością.

## Rola edukacji środowiskowej i systemu wsparcia

W niektórych państwach organizowane są różne szkolenia przed zatrudnieniem (ang. *pre-registration course*). Ich rola polega na:

- wyrównywaniu różnic w metodach i kulturze pracy (szczególnie w przypadku zatrudniania personelu spoza danego państwa),
- wyrównywaniu luk jakościowych, jakie występują między wyjściem procesu edukacyjnego a rzeczywistymi i praktycznymi potrzebami,
- wzmacnianiu zaufania kompetencyjnego personelu medycznego.

Docenia się również znaczenie edukacji środowiskowej. Zwykle zabiega się o to, aby decyzje o aplikacji nie były zbyt pochopne i dokonywane przez niewłaściwych kandydatów. Celowi temu służą albo specjalnie opracowane programy wsparcia lub programy rozwoju zawodowego. Niektóre szpitale opracowały specjalne programy wsparcia, których podstawowym celem jest zapoznanie kandydatów z istniejącą kulturą organizacji, stosowanymi metodami pracy, zasadami współpracy itp.

Przykład 3.

W szpitalu dziecięcym w Bostonie opracowano Shadowing Program (Shermont, Murphy, 2006), którego celem jest przekazanie wiedzy potencjalnym kandydatom o tym, jak funkcjonują oddziały szpitalne, jaka jest filozofia i kultura pracy. Pośrednim celem jest zmniejszenie okresu adaptacji i wzmocnienie rekrutacji (uatrakcyjnienie tego procesu).

W programie uczestniczą najbardziej doświadczeni pracownicy, których wiedza jest przydatna w całym procesie zatrudniania. Przeprowadzone rozmowy pozwalają na identyfikację najlepszych kandydatów (szpital jest zainteresowany pozyskaniem tych pracowników, którzy posiadają doświadczenie w opiece na dziećmi i osobami starszymi).

W służbie zdrowia istnieją możliwości powiązania procesów adaptacyjnych z procesami zatrudniania. Przygotowywane programy rozwoju zawodowego uwzględniają proces pozyskiwania wiedzy w okresie adaptacji społeczno-zawodowej<sup>3</sup>. Takie programy są zwykle zorientowane na rozwój pracy grupowej, przywództwo, rozwój umiejętności interpersonalnych, a ich pośrednim celem jest poprawa satysfakcji, utrzymanie najlepszych pracowników, zmniejszenie kosztów, fluktuacji.

## Rola płacy i informacji

Znaczna część istniejących poradników dotyczących zatrudnienia pracowników medycznych zakłada, że ważną rolę w procesie rekrutacji pełni płaca. Problemem jest tutaj zarówno wysoka, jak i zbyt niska pensja.

Podjęmowane są różne propozycje niwelowania skutków niskiej płacy (w odniesieniu do najlepszych organizacji). Pamięta się o tym, że wysoka płaca może być traktowana w kategorii kompensacji za gorsze warunki pracy (np. uciążliwą dyscyplinę, niedogodne godziny pracy). Bardzo dużo badań wskazuje na to, że dla personelu medycznego ważna jest nie tylko pensja, ale również system wsparcia (pielęgniarki odchodząc z pracy narzekają, że nikt się nimi nie zajmuje, nie wspiera w procesie doskonalenia kompetencji), jakość świadczonych usług (niska jakość usług jest przyczyną dużej fluktuacji), atmosfera w pracy (praca personelu medycznego związana jest z permanentnym stanem napięcia). Według różnych badań dla pielęgniarek ważne są nie tylko pieniądze, ale również relacje międzyludzkie, środowisko pracy, satysfakcja z pracy, jakościowe procesy komunikacyjne (Toofany, 2007).

W każdym środowisku w procesach rekrutacji istotną rolę odgrywa informacja o organizacji. Problem w tym, że zasoby istniejących informacji dzieli się na subiektywne i obiektywne. Te pierwsze dotyczą jakości stosunków międzyludzkich, zachowań organizacyjnych, wartości. Te drugie dotyczą głównie warunków zatrudnienia (rodzaju umów, płacy). Informacje obiektywne są zawsze łatwiejsze do pozyskania, a wiele badań wskazuje na ich kluczową rolę w procesach rekrutacji. Na przykład niektóre badania wykazały, że pielęgniarki oceniając przekazywane reklamy rekrutacyjne poszukują głównie informacji o sytuacji ekonomicznej (Freeman, Carpenter, 1983).

Istotną rolę w procesach rekrutacji mogą odgrywać informacje negatywne dotyczące:

- hierarchicznej zależności (pielęgniarek i lekarzy),
- dezintegracji środowiskowej (tworzenia się oddzielnych „księstw” złożonych z pracowników medycznych i administracyjnych),
- stereotypowego postrzegania pracy pielęgniarki (jako pracownika mniej wykwalifikowanego, pomocniczego),
- braku możliwości awansowania i innych perspektyw rozwoju (rozwój jest uzależniony od typu placówki).

---

<sup>3</sup> Na przykład program *Scottsdale Healthcare's Investment in Nursing Excellence*.



## Rola technologii

Nowoczesne technologie są coraz częściej stosowane w procesach rekrutacyjnych w służbie zdrowia (głównie ze względu na konieczności zatrudniania lekarzy i pielęgniarek pochodzących z różnych państw). Na przykład coraz częściej stosowane są specjalne programy komputerowe, których rola polega na wstępnej ocenie kandydatów. Kopiowanie podań, listów motywacyjnych służy do tego, aby wyszukiwać tzw. słowa kluczowe. Ich obecność ma świadczyć o tym, że kandydat spełnia wstępne wymagania rekrutacyjne. Rekrutacja online jest jednym z rodzajów rekrutacji IT (Singh, Finn, 2003). Obejmuje również możliwości składania podań za pomocą poczty elektronicznej i za pomocą faksów. Słabością rekrutacji online jest nie tylko brak bezpośrednich interakcji. Internet, a ściślej zamknięte specjalistyczne platformy, są powszechnie wykorzystywane w procesach rekrutacji. Specjaliści od rekrutacji korzystają z Internetu, ale – jak wykazuje praktyka – nie zawsze rekrutacja online cieszy się dużym zainteresowaniem. Istnieje kilka powodów tego stanu:

- niewłaściwie działający system lub zbyt skomplikowany system informacyjny,
- plany rozwojowe młodych lekarzy (znaczną część z nich ma jasno sprecyzowane plany i wie, gdzie i po co ma pracować),
- specyfika procesu rekrutacji (duże znaczenie osobistych kontaktów, relacji międzyludzkich, protekcji),
- brak integracji między organizacjami przeprowadzającymi rekrutację,
- przekonanie kandydatów, że najlepsze są bezpośrednie rozmowy (tam, gdzie cały proces przebiega online).

Wątpliwa jest również pozytywna rola Internetu w sprawdzaniu wiarygodności kandydatów (można odnieść się do coraz bardziej popularnych stron, które służą do „oceny” lekarzy). Można jednak sprawdzać pośrednio kompetencje lekarzy korzystając z profesjonalnych baz danych (np. sprawdzając publikacje, liczbę cytowań, prowadzone badania). Rekrutacja online – chociaż coraz popularniejsza w służbie zdrowia – nie zdominowała innych metod rekrutacyjnych.

## Wykorzystywanie badań społecznych w procesach rekrutacji

Badania satysfakcji z pracy przeprowadzane w szpitalach (Dupee i in., 2011) mogą być wykorzystywane do gromadzenia niezbędnej wiedzy służącej do wzmocnienia procesów rekrutacyjnych.

Po pierwsze, szczególnie przydatne są te badania, które są związane z identyfikacją kluczowych kompetencji. Taki sposób gromadzenia wiedzy był już wcześniej stosowany w firmach internetowych. Procedura do oceny kandydatów zbudowana jest według następującego schematu. Najpierw gromadzone są informacje od aktu-

alnie zatrudnianych pracowników o ich dokonaniach (może rozpoczęli prowadzenie firmy, napisali książkę, zrobili coś nadzwyczajnego). Później poszukuje się tych czynników, o których wiadomo, że mogą być źródłem sukcesu (w oparciu o bazę danych już posiadanych). Następnie rozpoczyna się badanie online. Zebrane dane biograficzne umożliwiają dokonanie ich oceny na podstawie ustalonych kluczowych czynników sukcesu. Kandydaci wypełniają kwestionariusze biodaty. Zdarza się, że o wyborze kandydata decydują takie czynniki, jak chęć rozwoju.

Po drugie, pomiar satysfakcji pozwala przynajmniej częściowo uzyskać odpowiedź na pytanie: jakie czynniki są w stanie ograniczyć fluktuację? W niektórych organizacjach fluktuacja stała się na tyle poważnym problemem, że jest szacowana – wylicza się jej koszty, analizuje społeczne konsekwencje.

## Rola zespołów

Niższy personel medyczny rezygnuje z pracy głównie ze względu na brak satysfakcji z pracy i niskie zarobki (te dwie wartości nie zawsze są ze sobą związane). Z tego powodu niektóre koncepcje rekrutacyjne przewidują wzmacnianie kultury korporacyjnej przez budowanie zespołów pracowniczych. Takie rozwiązania zakładają optymistycznie, że istnieje związek między satysfakcją a pracą w grupie (Toofany, 2007).

Tworzenie zespołów ma pośrednio przyczyniać się do wzrostu jakości stosunków międzyludzkich. Ważne jest jednak to, aby nie były to zespoły jednorodne, aby personel medyczny miał możliwości pozyskiwania różnej wiedzy (nie tylko medycznej, ale również z zakresu zarządzania, ekonomii, psychologii) od różnych osób (z różnym doświadczeniem zawodowym).

## Outsourcing procesu zatrudnienia

Zdarza się, że organizacje poszukujące pracowników dokonują outsourcingu całego procesu zatrudnienia. Dzieje się tak z kilku powodów. Najczęściej same nie potrafią pozyskać pracowników, poszukują pracowników specjalistycznych (w zasobach zewnętrznych, często zagranicznych), nie mają odpowiedniej wiedzy o technikach selekcji, boją się przejmować odpowiedzialność za nowych pracowników. W służbie zdrowia decyzje o outsourcingu zapadają wówczas, gdy szpitale, przychodnie nie potrafią same dotrzeć do odpowiednich kandydatów. Opinie o skuteczności takiego sposobu postępowania są różne – od wyjątkowo pozytywnych („outsourcing wpływa na jakość zasobów ludzkich”), po wyjątkowo negatywne (np. „pracownicy pozyskani przez zewnętrzny podmiot częściej zmieniają pracę”).

W niektórych przypadkach szpitalom udało się osiągnąć lepsze rezultaty, kiedy rezygnowano z agencji rekrutacyjnych (głównie dzięki osobistym kontaktom, ujednoczeniu formy rekrutacyjnej). Agencje rekrutacyjne uwzględniają cały szereg

czynników. Te agencje, które działają na rynkach międzynarodowych, biorą pod uwagę zarówno czynniki wewnątrzorganizacyjne (związane z konkretnym szpitalem), jak i czynniki lokalne – związane z sytuacją ekonomiczną rodzin, całego państwa, możliwościami rozwoju itp.

## Znaczenie sieci społecznych

Sieci społeczne (*social networking*) są coraz popularniejszym sposobem pozyskiwania kandydatów do pracy. W służbie zdrowia podejmowane są próby wykorzystania sieci wyspecjalizowanych, portali społecznościowych, platform wiedzy.

## Aktualna sytuacja w Polsce

Procesy zatrudniania w polskich zakładach opieki zdrowotnej są mocno scentralizowane i sformalizowane. Osoba, która ma zamiar zatrudnić nowego pracownika, musi składać wniosek o przyjęcie nowego pracownika. Wniosek taki zawiera opis stanowiska, uzasadnienie przyjęcia i zakres czynności na danym stanowisku. Brak pracy oraz sztywne przepisy, jak również mentalność pracowników sprawiają, że o wszystkich przyjęciach decyduje bardzo często dyrektor szpitala.

Publikowane ogłoszenia rekrutacyjne są bardzo ogólne i odwołują się do istniejących przepisów prawnych (por. przykłady poniżej).

Przykład 4.

1. *Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie zatrudni położną środowiskową w wymiarze 0,5 etatu w Przychodni dla Dzieci i Młodzieży. Oferty zawierające CV prosimy kierować na adres e-mail...*
2. *Oddział Intensywnej Terapii przy Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego, Warszawa, ul. Banacha 1a zatrudni lekarza posiadającego specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza posiadającego specjalizację z chorób wewnętrznych z doświadczeniem w intensywnej terapii. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod telefonem...*

Bardzo rzadko ogłoszenia prasowe i internetowe zawierają informacje, które mogą być pomocne w całej procedurze zatrudnienia. Pracownicy działów personalnych uznają, że nie ma takiej potrzeby, ponieważ brakuje lekarzy i dlatego podawanie ogólnych informacji o specjalizacji jest czymś wystarczającym.

Aktualnie organizacje posługują się różnymi technikami selekcji i rekrutacji. Stosowane są biodaty, testy diagnozujące umiejętności, testy osobowości, sprawdzane są referencje, opracowywane są tzw. check-listy. W rekrutacji wykorzystuje

się wiedzę zgromadzoną przez urzędy pracy, organizowane są targi pracy, informacje o miejscach pracy zamieszczane są na stronach internetowych. Podczas selekcji przeprowadza się testy na obecność narkotyków, wykonuje się badania prawdziwości, diagnozuje się uczciwość kandydatów itp. Część organizacji posługuje się kwestionariuszami wywiadów. Zdarza się jednak, że rozmowa kwalifikacyjna jest przeprowadzana w sposób nieuporządkowany, zupełnie przypadkowy. Najczęściej zadawane są pytania o motywby podjęcia pracy, doświadczenie zawodowe, plany rozwojowe kandydata. Zdarza się, że osoby przeprowadzające rozmowy stosują różne socjotechniki, których głównym celem jest zdobycie zaufania kandydatów.

#### Przykład 5.

Przykład z Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu:

Podstawową metodą selekcji jest rozmowa kwalifikacyjna powiązana z analizą dokumentów. Sprawdzane są świadectwa pracy, dyplom. Niezbędne jest prawo wykonywania zawodu. Kandydat skierowany jest na badania (badanie płuc, morfologia, przeciwciała HCV typu B, EKG, szczepienie HCV typu B). Pierwsza umowa jest prawie zawsze zawierana na okres trzech miesięcy. Kandydat podpisuje kartę obiegową.

NZOZ „Zdrowie” zatrudnia cztery pielęgniarki, trzech lekarzy (pediatra, stomatolog, lekarz rodzinny), rehabilitanta, higienistkę szkolną i osoby pełniące funkcje pomocnicze. Podstawową metodą selekcji jest analiza dokumentów. Sprawdza się: dyplom ukończenia szkoły, świadectwa z poprzednich miejsc pracy, podanie o przyjęcie do pracy. W ocenie kompetencji uwzględnia się doświadczenia, ogólny staż pracy, konkretne umiejętności. Liczbę potrzebnych etatów reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1999 r. Zdarza się, że do placówki nadchodzą podania do pracy nawet wówczas, kiedy nie ma ogłoszeń naborowych. Zainteresowane pozyskaniem pracy są zarówno pielęgniarki, jak i lekarze. Dlatego w pierwszej kolejności badana jest dokumentacja już złożona. W rekrutacji lekarzy podstawy prawne określone są ustawą o zawodzie lekarza oraz rozporządzenia ministerialne. Z kandydatem przeprowadzana jest rozmowa kwalifikacyjna. Oprócz odpowiednich kwalifikacji liczy się doświadczenie zawodowe kandydata.

Źródło: Na podstawie wywiadu przeprowadzonego przez studentkę PMWSZ w Opolu, kwiecień 2011 r.

## Problem formy zatrudnienia

Aby zakład opieki zdrowotnej mógł funkcjonować, to musi zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy. Wymóg ten jest sprawdzany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie jest jednak istotne to, czy z lekarzem nawiązany zostanie stosunek pracy

czy podpisana zostanie umowa cywilnoprawna. W ostatnich kilku latach trwa dyskusja na temat rodzajów umów. Część środowiska medycznego preferuje umowy zlecenia, a część umowy o pracę.

P. Karniej (2011) uważa, że za wprowadzeniem umowy cywilnoprawnej przemawiają następujące argumenty:

- brak konieczności zapłaty za czas przestoju w wykonywaniu świadczeń medycznych,
- możliwość zatrudnienia lekarza bez względu na ograniczenia wynikające z czasu pracy,
- obniżenie wysokości świadczeń socjalnych,
- możliwość zatrudnienia specjalisty na lepszych warunkach finansowych,
- elastyczne formy zatrudniania (zwiększanie i zmniejszanie stanu zatrudnienia),
- możliwość ograniczenia czynności administracyjnych (są one powierzane na podstawie umowy zlecenia).

Pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy zlecenia pracują bardzo często w godzinach popołudniowych. Nie obejmuje ich ograniczenie czasu pracy. Pracują po 10–12 godzin. Powstaje więc sytuacja, w której państwo zgadza się na istnienie dwóch kategorii pracowników. Jednych chroni kodeks pracy, a inni nie mają praw pracowniczych.

Z całą pewnością ważny jest wybór formy zatrudnienia przez samych pracowników. *W obecnym stanie prawnym na podstawie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej można wykonywać ten zawód w ramach indywidualnej praktyki, która jest działalnością gospodarczą. Są dwa rodzaje tej praktyki tzw. „gabinetowa” (stacjonarna) oraz wyłącznie w miejscu wezwania – w ramach, której pielęgniarka (położna) nie ma gabinetu* (Ćwiąkański, 2011).

## Wymagania prawne

Nabór na stanowiska kierownicze reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 19 sierpnia 1998 r. Zgodnie z treścią art. 44a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89, z późn. zm.), konkurs przeprowadza się na następujące stanowiska: kierownika ZOZ-u (z wyjątkiem kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej), zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem, ordynatora, naczelną pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek zakładu, pielęgniarki oddziałowej.

Zgodnie z paragrafem 3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31.12.1999 r. w sprawie norm dotyczących zatrudniania pielęgniarek i położnych *przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu i innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, należy uwzględnić:*

- 1) liczbę i rodzaj skatalogowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej bezpośrednio na rzecz pacjentów, zwanych dalej „świadczeniami bezpośrednimi”,
- 2) liczbę i strukturę czynności innych niż świadczenia bezpośrednie, wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej, zwanych dalej „świadczeniami pośrednimi”,
- 3) średnie czasy wykonywania poszczególnych jednostkowych świadczeń bezpośrednich i pośrednich w danej komórce organizacyjnej,
- 4) efektywny czas pracy pielęgniarek i położnych w danej komórce organizacyjnej<sup>4</sup>.

W procesie zatrudnienia należy uwzględnić specyfikę zawodową pielęgniarek, położnych, lekarzy i diagnostów medycznych.

W szczególności sposób kwalifikacje, ale również wykonywane zadania opisują stosowane ustawy. W tej części materiału zaakcentowane zostaną tylko wybrane problemy.

## A. Pielęgniarki

Zgodnie z Ustawą z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2009 nr 219 poz. 1706), pielęgniarką może być osoba, która ukończyła szkołę pomaturalną lub wyższą (licencjat, magisterium). Po ukończeniu szkoły pomaturalnej konieczne jest odbycie stażu podyplomowego. W okresie stażu pielęgniarki mają ograniczone prawo wykonywania zawodu. Istotną rolę pełni specjalizacja zawodowa. Tytuł specjalisty w tej dziedzinie można uzyskać w drodze kształcenia podyplomowego. Zgodnie z artykułem 10. cytowanej ustawy: *Pielęgniarka, położna po odbyciu specjalizacji i zdaniu egzaminu państwowego uzyskuje tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.*

W procesie udzielania prawa do wykonywania zawodu ważną rolę pełnią Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych.

Istnieje kilka możliwości zatrudniania pielęgniarek na podstawie:

- umowy cywilnoprawnej (od 1998 r. – na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; w 2005 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że taka forma jest dozwolona),
- umowy o pracę (osoba, z którą zawarto umowę ma wszelkie prawa pracownicze).

Warto zauważyć, że pielęgniarka nie jest tylko pracownikiem sprawującym opiekę medyczną nad pacjentami. Jest również osobą, która zajmuje się nauczaniem

---

<sup>4</sup> Szczegółowe przepisy znajdzie Czytelnik w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej z 31.12.1999 r.

zawodu pielęgniarki, prowadzeniem prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowaniem pracą zawodową pielęgniarek i położnych (art. 4).

## B. Lekarze

Lekarze mogą być zatrudnieni na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę lub w ramach służby (dotyczy lekarzy wojskowych). Lekarz może prowadzić praktykę w formie: indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej.

Zgodnie z artykułem 50. cytowanej wyżej ustawy: *Lekarz może wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki*<sup>5</sup>.

Ważną rolę w uznawaniu kwalifikacji lekarskich pełni Okręgowa Rada Lekarska. Może ona przyznawać prawo do wykonywania zawodu lekarza osobie, która posiada dyplom szkoły wyższej, formalne kwalifikacje lekarza, zdolność do czynności prawnych, nienaganną postawę etyczną i odpowiedni stan zdrowia. Jeżeli dyplom został wydany w jakimś państwie spoza UE, to musi być uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny. Kandydat musi znać język polski w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację. Szczegółowe przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza zostały opisane w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152, z późn. zm.).

Aby wykonywać zawód lekarza, należy odbyć staż podyplomowy, który trwa, co najmniej 12 miesięcy. Okres stażu podyplomowego lekarza nie może być krótszy niż 12 miesięcy.

Lekarski Egzamin Państwowy przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych.

W okresie stażu lekarz: *wykonuje zawód na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry pod nadzorem wyspecjalizowanego lekarza przez okres 5 lat*<sup>6</sup>.

## C. Diagnostyci medyczni

Wykonywanie zawodu diagnosty medycznego reguluje Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r. (Dz.U. nr 100 poz. 1083). Zgodnie z artykułem 7., diagnostą laboratoryjnym jest osoba, która ukończyła studia wyższe na kierunku analityka medyczna i uzyskała tytuł zawodowy magistra lub ukończyła studia wyż-

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 50.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 15.

sze magisterskie na kierunkach: biologia, farmacja, chemia, biotechnologia lub studia lekarskie na kierunkach medycyna i weterynaria. Osoby takie są zobligowane do ukończenia studiów podyplomowych.

Do przeprowadzania kontroli i oceny czynności diagnostycznych przez diagnostów uprawniona jest Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

## **Bariery procesów zatrudnienia**

Istnieje wiele barier przeprowadzania skutecznego procesu zatrudnienia. Tkwią one głównie w systemie ekonomicznym (np. ograniczone środki finansowe przeznaczane nie tylko na płace, ale również na sam proces rekrutacji) oraz w systemie psychospołecznym (związane z porzuceniem pracy w wyniku złego dostosowania do zespołu pracowniczego). Autor zwraca uwagę tylko na przykładowe bariery związane z zawodnością metod i technik zatrudniania.

Wykonane badania wykazują, że palcówki służby zdrowia chętnie korzystają z tradycyjnych metod rekrutacji i selekcji. Przypuszczać należy, że taka skłonność wynika z braku własnych metod dostosowanych do specyfiki służby zdrowia (szczególnie metod oceny kompetencji podczas procesu selekcji).

Zawodne bywają również nowocześniejsze metody zatrudniania personelu medycznego. Na przykład coraz popularniejsze metody online są powodem powstania luk jakościowych między wizerunkiem organizacji a podejmowanymi przez nią działaniami czy atmosferą pracy. Zwykle sama strona internetowa i stosowane narzędzia rekrutacyjne są oceniane przez kandydatów, a ta wstępna ocena jest powiązana z oceną organizacji – jej reputacji. Może powstać fałszywy obraz organizacji, zbyt duże oczekiwania lub jej niedoceniecie. Ważna jest zgodność między komunikatem a rzeczywistym „obrazem” organizacji. Bardzo często przedmiotem oceny nie jest narzędzie rekrutacyjne, ale wiadomości podawane na stronie internetowej przez organizację. Ukazywanie organizacji, jako tej, która troszczy się o środowisko (posiadamy wdrożony system zarządzania środowiskiem według normy ISO14001), ma tylko wówczas sens, jeżeli podejmowane działania są zauważalne w trakcie pracy zawodowej. O wiele bardziej niebezpieczne są jednak informacje, które dotyczą spraw pracowniczych, środowiska pracy, polityki socjalnej, rozwoju pracowników itp.

Najpopularniejszą obecnie techniką selekcji jest rozmowa kwalifikacyjna. Różne badania wykazują, że technika ta jest zawodna. Na przykład wykazano, że sam sposób zachowania kandydatów, a nawet barwa głosu mogą mieć decydujący wpływ na podjęcie decyzji o zatrudnieniu. Kandydaci, którzy deklarują więcej lojalności wobec przyszłego pracodawcy i prospołeczne zachowania, są lepiej oceniani (Podsakoff i in., 2011).

Analiza dokumentacji wykazała, że bardzo często podawane są tzw. wymagania dodatkowe, których ocena jest niemożliwa za pomocą rozmowy kwalifikacyjnej. Na



przykład podawane są takie wymagania, jak: umiejętność pracy w zespole, kreatywność, zdyscyplinowanie, samodzielność.

Dodatkowym problemem jest asymetria informacji. Osoby przeprowadzające selekcję kandydatów nie zawsze posiadają wiedzę medyczną. Oceniają kandydata na podstawie samych dokumentów i przeprowadzonych rozmów. Fakt posiadania przez kandydatów wiedzy medycznej może być przez nich dowolnie wykorzystywany (najczęściej posługiwanie się żargonem medycznym jest sposobem zwiększania atrakcyjności kandydata).

Agencje rekrutacyjne pozwalają na szybkie zatrudnienie personelu. Istnieje jednak obawa, że pozyskani w ten sposób pracownicy:

- nie będą dostosowani kulturowo do nowego miejsca pracy,
- część z nowych pracowników nie sprawdzi się w nowych rolach (np. w poprzednich miejscach pracy ich zachowania były konfliktogenne, co było bezpośrednią przyczyną odejścia),
- jakość usługi nie będzie najwyższa (rekrutujemy dla kogoś – mechanizm outsourcingowy).

Zaniedbywanym problemem jest dobre rozpoznanie potrzeb i oczekiwań kandydatów. Z praktyki wynika, że zakłady służby zdrowia starają się zachęcać kandydatów głównie bonusami finansowymi (jeżeli są takie możliwości). Jednak nie uwzględnia się rzeczywistych potrzeb samych kandydatów. Dla nich ważne są pieniądze, ale również możliwości rozwoju, elastyczny czas pracy, możliwości ustalania pracy ze współpracownikami itp.

W służbie zdrowia istnieje bardzo dużo możliwości wcześniejszego poznania kandydatów. Przyszłe pielęgniarki uczestniczą w praktykach zawodowych. Jeżeli praktyki są w odpowiedni sposób prowadzone (posiadają swój program, monitoring, osoby odpowiedzialne), to ocena studentów może stanowić wstępną ocenę kandydatów do pracy. Niestety wiedza o kandydatach zgromadzona w okresie praktyki nie jest w dostatecznym stopniu wykorzystywana.

## **Zalecenia praktyczne dla organizacji oferujących usługi medyczne**

Na podstawie przeprowadzonych studiów można sformułować listę praktycznych zaleceń dla organizacji oferujących usługi medyczne:

1. Należy dążyć do zastosowania kilku metod rekrutacji i selekcji równocześnie (często sama rozmowa kwalifikacyjna oraz badanie dokumentów są niewystarczające).
2. Wybierając odpowiednich kandydatów do pracy, można posiłkować się wiedzą zgromadzoną w trakcie praktyk zawodowych (warunkiem jest wstępna ocena kandydatów, pochodzenie tej wiedzy z wielu źródeł).
3. Czynnikiem decydującym o wyborze najlepszego kandydata powinny być twarde kompetencje (doświadczenia, umiejętności, wykształcenie, wykształcenie).

4. Pomocniczą rolę w całym procesie pełnić mogą tradycyjne metody zatrudniania, np. plan Rodgera, który uwzględnia: cechy fizyczne (potrzebne w niektórych rodzajach pracy), osiągnięcia, inteligencję ogólną, zainteresowanie kandydatów, uzdolnienia specjalne, skłonności (np. sumienność, rzetelność), okoliczności poszukiwania nowej pracy, zajęcia.
5. Sformułowane wymagania dodatkowe związane z miękkimi umiejętnościami należy traktować jako informacje dla kandydatów do pracy (informacja o tym, że praca jest stresująca, wymaga umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji może być niezwykle cenna).
6. Konieczna jest okresowa ocena skuteczności podejmowanych działań (nie może ona zostać ograniczona do badania skuteczności szkoleń).
7. Procesy zatrudnienia muszą być ściśle powiązane z procesami kontraktacji, rozwoju kompetencji, planami rozwojowymi, strategią personalną itp.
8. Cały proces zatrudniania musi mieć na uwadze konieczność budowania marki i wzmacniania zaufania kompetencyjnego.
9. Stosowanie outsourcingu usług nie zwalnia organizacji od obowiązku odpowiedzialności za procesy wydzielone na zewnątrz. Zatrudniając podmiot zewnętrzny, należy również pamiętać o ocenie kompetencji i konieczności współdziałania z podmiotem zewnętrznym w zakresie doskonalenia kompetencji zawodowych.

## Bibliografia

1. Billingsley M., Joyce E., Johnson – 2010 Visionary Leader, *Nursing Management* 2011; nr 42(1), s. 23–25.
2. Chanda A., Bansal T., Chanda R., Strategic integration of recruitment practices and its impact on performance in Indian Enterprises, *Research & Practice in Human Resource Management* 2010; nr 1, s. 22–34.
3. Cwiąkański Z., Nie można zakazać zatrudniania na kontraktach, *Gazeta Wyborcza* 2011; 21.03, s. 32.
4. Dupee J.M., Ernst N.P., Caslin E.K., Recruitment & Retention Report. Does multisource feedback influence performance appraisal satisfaction? *Nursing Management* 2011; nr 42(3), s. 12.
5. [http://kolonia.trade.gov.pl/pl/aktualnosci/article/a,14170,Zapotrzebowanie\\_na\\_pielegniarki\\_i\\_pielegniarzy.html](http://kolonia.trade.gov.pl/pl/aktualnosci/article/a,14170,Zapotrzebowanie_na_pielegniarki_i_pielegniarzy.html).
6. Everett C., How the government's immigration cap squashes the NHS, *The Guardian* 2011; 19.04.
7. Goodman B., Overseas recruitment and migration, *Nursing Management – UK* 2005; nr 12(8), s. 32–37.
8. Freeman R.A., Carpenter R., Recruitment Advertisement: an experimental study on nurse's respond to ad content, *Journal of Health Care Marketing* 1983; nr 3(1), s. 7–12.
9. Heady H.R., Phillips D., Briggs E. Rural healthcare: how to recruit and retain health professionals, *Journal of Medical Practice Management* 2006; nr 21(4), s. 219–224.
10. Importing competition. The coming boom in medical travel could help both rich and poor, *The Economist* 2011; 14.04.

11. Karniej P., *Jak efektywnie zatrudniać personel medyczny*. <http://lp.serwiszoz.pl/zawieranie-umow>, 12.05.2011.
12. Mäntyranta T., Kaila M., Mattila J., Risikko P., Serving primary health care: a national action programme for primary care in Finland, *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 2011; nr 4(1), s. 40–46.
13. Podsakoff N.P., Podsakoff P.M., Whiting S.W., Mishra P., Effects of organizational citizenship behaviors on selection decisions in employment interview, *Journal of Applied Psychology* 2011; nr 96(2), s. 310–326.
14. Shermont H., Murphy J.M., Shadowing a winning recruitment tool, *Nursing Management* 2006; nr 37(11), s. 30–40.
15. Singh P., Finn D., The effects of information technology on recruitment, *Journal of Labor Research* 2003; nr 24(3), s. 395–408.
16. Stretton D.V., Bolon D.S., Recruitment and retention of rural hospital administrators: a multifaceted approach, *Hospital Topics* 2009; nr 87(1), s. 10–14.
17. Toofany S., Team building and leadership: the key to recruitment and retention, *Nursing Management – UK* 2007; nr 14(1), s. 24–27.
18. Wisotzkey S., Recruitment & Retention Report. Will they stay or will they go? Insight into nursing turnover, *Nursing Management* 2011; nr 42(2), s. 15–17.

## Adaptacja do pracy

---

Justyna Bugaj

---

W niniejszym rozdziale przedstawiony zostanie proces adaptacji pracowników w służbie zdrowia. Na podstawie analizy literatury sformułowane zostaną cele procesu adaptacji w służbie zdrowia i wybrane problemy wpływające na ten proces, w tym: rola i znaczenie kierownictwa, współpracowników, systemów wsparcia. Na podstawie materiałów źródłowych (głównie opinie zatrudnionych, dokumentów wewnętrznych, artykułów prasowych) oraz badań opisane zostaną aktualne problemy procesu adaptacji medycznych pracowników w Polsce.

Sposoby rekrutacji personelu medycznego różnią się od tych stosowanych w organizacjach biznesowych. Jest to spowodowane dużym popytem na usługi medyczne oraz ograniczoną liczbą specjalistów na rynku.

Sposób postępowania nowego pracownika jest w znacznym stopniu kształtowany przez współpracowników i zwierzchników. J.G. March i H.A. Simon uważają, że pracownik wchodzący do organizacji oferuje swoje kwalifikacje, umiejętności i zaangażowanie, oczekując w zamian rekompensaty w postaci wynagrodzenia, natomiast organizacja przyjmując pracownika wierzy, że dokonała najlepszego wyboru spośród kandydatów (March, Simon, 1964).

### Etapy procesu adaptacji

Proces rekrutacji i selekcji pracownika najczęściej kończy etap podpisania umowy o pracę na okres próbny. W służbie zdrowia często jest to staż, rezydentura lub praktyka, której ukończenie z odpowiednią oceną może wiązać się ze stałym kontraktem.

Pojęcie adaptacji pracowniczej odnosi się do pierwszego etapu pracy pracownika, od momentu jego zaangażowania (w tym także podpisania umowy o praktykę, rezydenturę, staż), do momentu uzyskania przez niego pełnej samodzielności w pełnieniu obowiązków na danym stanowisku pracy. Definitywnie *adaptacja* jest różnie rozumiana, w ujęciu biologicznym to: *przystosowanie się organizmu przez zmianę struktury lub funkcji, do życia w nowych dla niego, trwale zmienionych warunkach bytowych lub zewnętrznego stresu. Efektywność adaptacji określa poziom dostosowania* ([http://pl.wikipedia.org/wiki/Adaptacja\\_%208biol%20ogia%29](http://pl.wikipedia.org/wiki/Adaptacja_%208biol%20ogia%29), 04.10.2011).

W ujęciu psychologicznym to: *przystosowanie, dostosowanie zachowania do wymogów sytuacji środowiska. Składają się na nią procesy akomodacji i asymilacji* ([http://pl.wikipedia.org/wiki/Adaptacja\\_%28psychologia%29](http://pl.wikipedia.org/wiki/Adaptacja_%28psychologia%29), 04.10.2011). Adaptacją zatem można nazwać proces przystosowania się pracownika lub grupy pracowników do funkcjonowania w zmienionym otoczeniu lub całkowitą bądź częściową zmianę, polegającą na przyjęciu wartości i norm, sposobów definiowania sytuacji oraz wzorów zachowań obowiązujących w tym nowym otoczeniu.

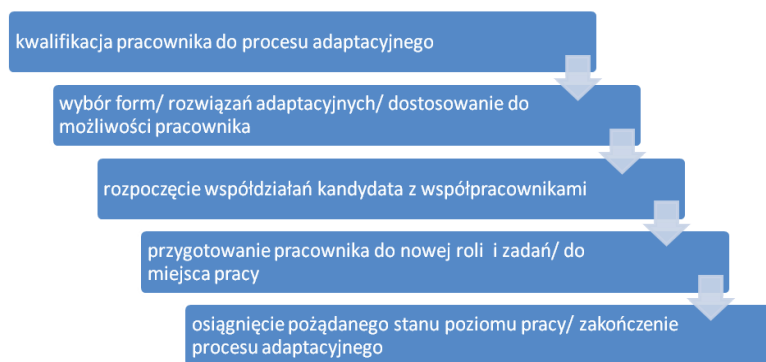
Niedobór wysoko wyspecjalizowanych pracowników na rynku pracy powoduje, że organizacje świadczące usługi medyczne często przyjmują pracowników bez okresu próbnego, podpisując z nimi stosowny kontrakt.

Osoby, do których kierowane są procesy adaptacji to nie tylko nowo przyjmowani lub rozpoczynający pierwszą pracę pracownicy, to również ci, którzy się przekwalifikowali lub w wyniku zmian organizacyjnych zmuszeni zostali do pracy na nowym stanowisku albo w nowych warunkach pracy. W tej grupie znajdują się również młodzi ludzie kończący studia, którzy posiadają duże zasoby wiedzy teoretycznej i często nie są przygotowani do pełnienia roli, z którą wiąże się praca w służbie zdrowia (Cangelosi i in., 2009).

J. Marciniak wymienia cztery etapy wprowadzenia pracownika do pracy: *ogólne wprowadzenie do pracy, określenie i przekazywanie zadań związanych z danym stanowiskiem, wdrożenie do konkretnych zadań na stanowisku pracy oraz wstępną ocenę przydatności zawodowej* (Marciniak, 1997). P. Davis podkreśliła potrzebę zaspokajania potrzeb nowozatrudnionego podczas etapów adaptacji, do których zaliczyła (Davis, 2004, s. 82):

- etap przed zatrudnieniem,
- okres próbny,
- etap właściwej adaptacji,
- ocenę procesu adaptacyjnego.

**Rycina 1.** Schemat przebiegu procesów adaptacyjnych



Źródło: Opracowanie własne.

Nowi pracownicy w obliczu nowego miejsca pracy, nowych zadań oraz współpracowników mogą przechodzić fazę dezorientacji oraz fazę adaptacji, które szerzej opisali A. Wong i L. Lohfeld (2008, s. 56). Rycina 1 przedstawia najczęściej spotykany schemat przebiegu procesów adaptacyjnych.

Okres próbny razem z przedstawieniem czynności pracy i przekazaniem zakresu obowiązków umożliwi wdrożenie nowego pracownika w organizacyjne reguły postępowania (ryc. 2). W zależności od potrzeb trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy. Rozpoczyna go przeszkolenie stanowiskowe, poznanie obowiązującego systemu zarządzania jakością, szkolenia BHP i inne czynności niezbędne do pełnienia obowiązków na danym stanowisku. Kolejnym etapem jest poznanie współpracowników z innych działów i powiązanych kluczowych obszarów czynności, takich jak na przykład całościowa obsługa pacjenta. Procedurę wprowadzenia do pracy kończy proces oceny połączony z rozmową podsumowującą.

**Rycina 2.** Plan wprowadzenia do pracy pracownika podczas okresu próbnego

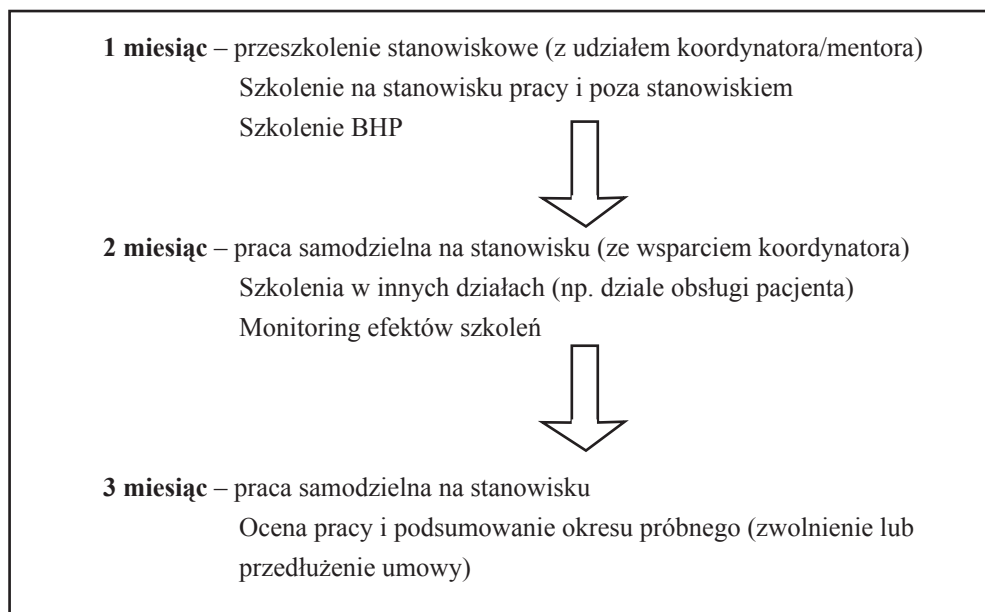


Tabela 1 przedstawia schemat komunikacyjnego wspomaganie adaptacji do pracy. Przykładowo, ważnym czynnikiem, który może pomóc w sprawnym przeprowadzeniu procesu adaptacji, jest przygotowanie przewodnika po firmie, dzięki któremu nowy pracownik znajdzie najbardziej potrzebne informacje – imiona i nazwiska wszystkich współpracowników, funkcje przez nich pełnione, zakres ich działalności oraz numery telefonów i pokoi.

**Tabela 1.** Schemat modelu komunikacyjnego wspomaganie adaptacji do pracy

| Fazy   | Rodzaje informacji  |
|--|---|
| Przekazanie ogólnych informacji na temat firmy                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia firmy.</li> <li>2. Misja firmy.</li> <li>3. Cele i strategię.</li> <li>4. Podstawowe dane ekonomiczno-organizacyjne: <ul style="list-style-type: none"> <li>– charakterystyka działalności,</li> <li>– pozycja na rynku,</li> <li>– struktura własnościowa,</li> <li>– główni klienci, partnerzy, kontrahenci,</li> <li>– organizacja przedsiębiorstwa, struktura i powiązania z filiami.</li> </ul> </li> </ol>   |
| Szczegółowe zapoznanie z zasadami funkcjonowania firmy                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Zasady wynagradzania: <ul style="list-style-type: none"> <li>– taryfikator płacowy,</li> <li>– premie,</li> <li>– podwyżki,</li> <li>– potrącenia,</li> <li>– zwroty poniesionych kosztów.</li> </ul> </li> <li>6. Organizacja czasu pracy: <ul style="list-style-type: none"> <li>– godziny pracy,</li> <li>– przerwy,</li> <li>– nadgodziny,</li> <li>– urlopy.</li> </ul> </li> <li>7. Motywacja pozamaterialna: <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozwój pracowników,</li> <li>– ocena efektów pracy.</li> </ul> </li> <li>8. Zabezpieczenie socjalne pracownika: <ul style="list-style-type: none"> <li>– opieka lekarska,</li> <li>– system emerytalny,</li> <li>– ubezpieczenia,</li> <li>– związki zawodowe i organizacje związkowe,</li> <li>– poradnictwo prawne.</li> </ul> </li> <li>9. System zarządzania.</li> </ol> |
| Określenie zadań, odpowiedzialności i oczekiwań związanych z pracą na stanowisku | <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Określenie miejsca stanowiska w strukturze organizacyjnej.</li> <li>11. Szczegółowy opis zadań, zakresu odpowiedzialności.</li> <li>12. Instrukcje dotyczące sposobów realizacji przyszłych zadań.</li> <li>13. Określenie możliwych trudności w realizacji zadań oraz przedstawienie sposobów ich zapobiegania.</li> <li>14. Wyposażenie stanowiska pracy.</li> </ol>   |
| Zapoznanie z współpracownikami   | <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Współpraca między stanowiskami w dziale.</li> <li>16. Powiązania i współpraca z innymi działami.</li> <li>17. Zapoznanie z przyszłymi współpracownikami.</li> <li>18. Poinformowanie o pełnionych funkcjach i zakresie zadań realizowanych przez współpracowników.</li> <li>19. Określenie osób pomagających we wdrożeniu do pracy nowego pracownika.</li> </ol>   |

Źródło: Ziębicki B., *Wykorzystanie komunikacji wewnętrznej do adaptacji nowoprzyjętych pracowników*, Akademia Ekonomiczna, Kraków, seminarium 2002 (dok. elektr. 2011.12.11).

Sukces sprawnej adaptacji do zawodu lekarza czy pielęgniarki zależy od wielu czynników: zorganizowanego procesu adaptacji, wsparcia organizacyjnego, pomocy ze strony starszych kolegów, ale także pacjentów, z którymi mają styczność. Zróżnicowanie pracy oraz możliwość wykazania się sprawiają, że najbardziej skutecznie adaptują się nowi pracownicy szpitali klinicznych (Szanton i in., 2010, s. 360). Wyżej wymienione czynniki sukcesu procesu adaptacji zdecydowanie potwierdzają badania m.in. S. Wangensteen i in. (2008).

Oczekiwania wobec pielęgniarek, już od pierwszych dni pracy, są bardzo wysokie. Młode pielęgniarki mają radzić sobie w warunkach niepewności i chaosu, podejmować decyzje, a także bronić ich oraz improwizować, jeśli tego wymaga sytuacja. Pielęgniarka powinna być także partnerem dla interdyscyplinarnego zespołu lekarzy, dbać zarówno o komfort każdego z pacjentów, jak i mieć na uwadze całą usługę medyczną. Edukacja pielęgniarek jest uwarunkowana prawodawstwem UE, a one same oczekują, że studia pozwolą im na właściwe pełnienie roli oraz wyposażą je w konieczne kompetencje (Wangensteen i in., 2008, s. 1878). Doświadczenie rozwoju w okresie adaptacji zawodowej zostało opisane przez S. Wangensteena i in. na podstawie badań wśród początkujących pielęgniarek. Proces adaptacji badacze podzielili na trzy etapy (tab. 2):

- 1) doświadczenie *bycia nowym*,
- 2) zdobywanie doświadczeń,
- 3) nabywanie kompetencji.

Celem badań S. Wangensteena i in. było określenie, jak współczesne pielęgniarki doświadczają pierwszego roku kariery zawodowej. Przeprowadzono indywidualne wywiady wśród 12 osób (10 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy). Wszyscy kształcili się w zakresie pielęgniarstwa w Norwegii, byli w wieku 23–44 lata (średnio 30). Badania odbyły się w końcowej części pierwszego roku pracy zawodowej w szpitalu – w sali konferencyjnej lub pokoju pielęgniarek, trwały 45–60 minut i były nagrywane (Wangensteen i in., 2008, s. 1878–1789). Wnioski z badań podzielono na kategorie przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2.** Doświadczenia początkujących pracowników medycznych

| Kategorie    | Bycie nowym        |                   |                                  | Zdobywanie doświadczeń |                              |                                  | Nabywanie kompetencji       |                             |
|--------------|--------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|              | Niepewność i chaos | Potrzeba indukcji | Potrzeba wspierającego otoczenia | Potrzeba rozpoznania   | Świadomość odpowiedzialności | Potrzeba pozytywnych doświadczeń | Stawianie się doświadczonym | Radzenie sobie z wyzwaniami |
| Podkategorie |                    |                   |                                  |                        |                              |                                  |                             |                             |

Źródło: Wangensteen i in., 2008, s. 1880.



Doświadczenia pierwszego okresu zatrudnienia w zawodzie pielęgniarek są zarówno pozytywne, jak i negatywne. Szczególnie to doświadczenie *bycia nowym* z pewnością należy do najmniej przyjemnych. Wiąże się ono z poczuciem niepewności i chaosu, potrzebą indukcji oraz potrzebą funkcjonowania w sprzyjającym (wspierającym) środowisku. W tym kontekście istotni są zarówno ludzie, z którymi pracują pielęgniarki (w tym relacje z pacjentami, lekarzami), jak i samo miejsce pracy.

Błędy popełniane przez pracowników medycznych, zwłaszcza związane ze służbą na rzecz pacjenta, mogą ważyć na jego zdrowiu, a nawet życiu, stąd niepożądana jest niepewność w miejscu pracy. Ta świadomość jeszcze bardziej zwiększa chaos pracy początkujących pielęgniarek oraz ich wątpliwości. W tym okresie uwidacznia się silna potrzeba zasięgnięcia rady u innych, bardziej doświadczonych członków zespołu, o ile nie powoduje obniżenia poczucia własnych kompetencji.

*Musiałam pytać cały czas – o wszystko (...). Rutynowa praca, obserwuję zmianę u pacjenta – jestem jedyną pielęgniarką na zmianie – powinnam wezwać lekarza czy nie? (...) Nie miałam pojęcia<sup>1</sup> (Wangensteen i in., s. 1879).*

Osobnym problemem jest wiedza nieujawniona w procedurach, aczkolwiek przestrzegana przez wszystkich pracowników w nowym miejscu pracy. Konflikty, jakie wynikają z niewiedzy adaptujących się pielęgniarek z ich bardziej doświadczonymi kolegami, wzmagają poczucie niepewności i wprowadzają chaos.

*Miałam nocną zmianę i przygotowywałam pacjentkę do operacji, kiedy inna pielęgniarka powiedziała „Podałś już środek uspokajający?” „Środek uspokajający? Powinna go dostać?” – zapytałam. Koleżanka z pracy trochę się rozżościla i powiedziała, że w pokoju dla pielęgniarek jest instrukcja postępowania. Powiedziałam, „Tak, jest lista, ale mówi, że pacjenci powyżej 70 roku życia przed podaniem środka uspokajającego powinni być zbadani. Ta pacjentka nie była, więc nie dostała środka uspokajającego”. (...) Instrukcja powinna być zmieniona. Przeczytałam ją i stosowałam się do niej<sup>2</sup> (tamże, s. 1879).*

Nieco łatwiej było pielęgniarcom, które odbywały praktykę studencką w szpitalu, w którym później zaczynały pracę. Opisany powyżej problem niewiedzy już ich nie dotyczył. Niemniej jednak samo zaistnienie w szpitalu jako pełnoprawnej i sa-

<sup>1</sup> *I had to ask all the time – ask about everything (...). It was the routines, observations – if you were the only nurse on duty – should I call the doctor now, or? (...) I didn't have a clue.*

<sup>2</sup> *I had nightshift and prepared a patient for surgery when the other nurse said, 'Have you given the sedation before surgery?' 'Sedation?' I said, 'is she going to have sedation?' My colleague was a bit upset and said there is an instruction list at the nursing station. 'Yes', I said, 'there is a list, but it says that patients older than 70 have to be assessed before having it. This patient has not been assessed, so she hasn't got any sedation. (...) Then the instruction list has to be changed. I followed the list to the very end.*

modzielnej pielęgniarki stanowiło wyzwanie i również te osoby odczuwały niepewność i chaos w pierwszym okresie pracy (tamże, s. 1879–1880)

Potrzeba indukcji to kolejna poruszana w badaniach sfera. Część pielęgniarek, zanim zaczęły proces adaptacji w miejscu pracy, przeszło szkolenie/kurs, który wprowadzał je do pełnienia obowiązków oraz roli pielęgniarki. W grupie badanej były jednak osoby z brakiem jakiejkolwiek formy wprowadzenia do pracy.

*Powinniśmy mieć opiekuna – powinniśmy dostać wytyczne dla poszczególnych grup – to miało wyglądać tak dobrze. Tymczasem nie było niczego z tych rzeczy. (...) To było bardzo rozczarowujące*<sup>3</sup> (tamże, s. 1880).

Niektórzy spośród badanych wprawdzie zaczęli proces, ale nie został on skończony z różnych przyczyn (m.in. choroba osoby wprowadzającej). Z badań wynika, że dla prawidłowego wprowadzenia pielęgniarki do pracy nie jest istotny czas, jaki pracodawca może dla niej poświęcić, ale to, by przejść cały proces wprowadzenia. Przypisywanie adaptacji do pracy niskiej wagi powoduje wydłużenie się okresu, w którym nowo zatrudnione pielęgniarki przystosowują się do pracy, a także nasilenie chaosu i niepewności w ich pracy (tamże, s. 1880).

Ostatnia subkategoria pierwszego etapu odczuwania przez zaczynające pracę pielęgniarki to potrzeba wspierającego środowiska. W tym czasie ważna dla nich była atmosfera powitania oraz przedstawienia ich zespołowi. Istotne było także samo miejsce pracy. Wielką wagę miało społeczne przyzwolenie, jakie otrzymywały od zespołu na bycie *nowymi* oraz zachęta do tego, by zadawały pytania. Część pielęgniarek została otoczona opieką mniej lub bardziej formalnego mentora, który w razie konieczności służył pomocą.

*[Przełożona] Dawała mi rady zanim jeszcze zdążyłam zapytać – to znaczy – wiedziała w czym tkwił problem. Nie musiałam więc cały czas pytać. Bardzo mi tym pomogła*<sup>4</sup> (tamże, s. 1880).

Otoczenie potrafi manipulować odpowiednio młodym człowiekiem, by zgodnie z własnymi oczekiwaniami go ukształtować. Działania te sprowadzają się do nagradzania za zachowanie pożądane i karania w przypadku czynów niepożądanych. Czasem spełnianie oczekiwań otoczenia nie jest możliwe, szczególnie, kiedy jest zbyt wygórowane. Wtedy to zachowanie pracownika może się odbijać na jego efektywności i skuteczności pracy. Z punktu widzenia współpracowników to może być zaakceptowanie układów panujących w grupie, godzenie się na łamanie reguł lub przestrzeganie ich itp.

W procesie adaptacji znaczną rolę odgrywają pozostali pracownicy szpitala także wtedy, gdy sytuacja jest bardzo trudna. Nowe pielęgniarki szczególnie dobrze wspominają rozweselenie oraz pomoc w rozwiązaniu takich sytuacji.

<sup>3</sup> *We were supposed to have a supervisor – we were supposed to have guidance in groups – it all looked so fine. But we haven't had anything of that. (...) It was very disappointing.*

<sup>4</sup> *She gave me advice before asked – I mean – she knew what the problem was. Then I didn't need to ask all the time. In this way she made me feel good.*

*Siedzieliśmy i rozmawialiśmy o trudnej sytuacji, która mogła się jeszcze pogorszyć. Rozpisałyśmy to, z czym mogła sobie poradzić ona, a z czym ja. Odkryłyśmy w ten sposób, że razem możemy sobie poradzić z większością sytuacji*<sup>5</sup> (tamże, s. 1880).

Drugim poruszonym w badaniach zagadnieniem dotyczącym adaptacji pielęgniarek rozpoczynających pracę w zawodzie było zdobywanie doświadczenia. W obrębie tego obszaru wyróżniono trzy podkategorie: potrzeba uznania, świadomość odpowiedzialności oraz potrzeba pozytywnych doświadczeń (tamże, s. 1880).

Każdy adaptujący się do pracy potrzebuje uznania, które pozwoli mu być przekonanym, że jest w stanie spełniać obowiązki. Dlatego tak ważne w pierwszych miesiącach pracy jest otrzymywanie *feedbacku* ze strony przełożonych, ale także współpracowników. Jest to istotne zarówno, kiedy młody pracownik popełnia błąd, jak i wtedy, gdy świetnie sobie radzi. Krótkie *dobra robota* ze strony bardziej doświadczonego pracownika może uskrzydlić, dać dodatkową motywację do pracy. Informacja zwrotna świadczy także o poważnym traktowaniu pracownika, zwłaszcza ta podana w formie konstruktywnej. Element zachęty do uczenia się jest kluczowy i nie obniża poczucia kompetencji nowo zatrudnianego. Przykładem może być rada udzielona przez bardziej doświadczonego pracownika adeptowi sztuki lekarskiej. Odpowiednie przekazanie uwagi ma zasadnicze znaczenie, o czym może świadczyć adekwatna reakcja młodego pracownika.

*Nie odczułem tego negatywnie. To [rada współpracownika] po prostu było przekazane w przyjaznej formie – wsparło mój proces uczenia się*<sup>6</sup> (tamże, s. 1880).

Co ważne, początkujące pielęgniarki zgadzają się, że negatywna informacja zwrotna jest lepsza niż jej brak.

Ostatni rok studiów pielęgniarskich najczęściej obejmuje praktykę, stąd też początkujące pielęgniarki są przekonane o swoim pełnym przygotowaniu do pełnienia zawodowej roli. Dla pielęgniarek, które swoją pracę zawodową rozpoczęły od szpitalnego oddziału szczególnie ważna była kwestia odpowiedzialności.

*Nie ważne, co myślisz o swojej odpowiedzialności, jako student ostatniego roku – nie jesteś odpowiedzialny. Ktoś zawsze jest za tobą i zawsze może zatrzymać cię, jeśli masz zrobić coś nie tak*<sup>7</sup> (tamże, s. 1881).

Najbardziej istotne kwestie związane z odpowiedzialnością na samodzielnym stanowisku pielęgniarki dotyczyły dwóch sytuacji: wydawania leków oraz przewodniczenia zmianie w szpitalu. W obydwu sytuacjach potrzebne jest podejmowanie decyzji. Lider zmiany musi panować nad całością przebiegu opieki nad powierzono-

<sup>5</sup> *We sat down and talked through the situations that might arise. We mapped out what she could manage and what I could manage and found that together we could manage most situations.*

<sup>6</sup> *But I didn't experience it negatively. It was just done in a friendly way – promoting the process of learning.*

<sup>7</sup> *No matter what you say about being responsible in your last year as a student – you are not. Because someone is right behind you all the time and stops you if you are about to do anything wrong.*

nyimi pacjentami, przekazać lekarzom konieczne informacje. Wydając leki, również podejmuje decyzje i nie może się pomylić. Odpowiedzialność pielęgniarki środowiskowej jest zupełnie inna, a w każdym razie nie stanowi w tak dużym stopniu czynnika obciążającego.

Ostatnim obszarem związanym ze zdobywaniem doświadczenia w czasie adaptacji do pracy jest potrzeba doświadczania pozytywnych sytuacji i emocji. To one spośród wszystkich odczuwanych w czasie pierwszego roku pracy zostają zapamiętane najdłużej. Okres ten może być źródłem radości oraz pozytywnych emocji, zwłaszcza, że z biegiem czasu nowy pracownik coraz łatwiej sobie z nimi radzi.

*Pierwsze pół roku, pełne nowych pacjentów, nowych diagnoz – w ogóle nowych sytuacji – było bardzo intensywne. Teraz jednak są dni, kiedy myślę – dziś było dobrze – poradziłam sobie – wiedziałam wszystko co potrzeba. To jest dobre doświadczenie*<sup>8</sup> (tamże, s. 1880–1881).

Kolejną kategorią było zdobywanie kompetencji w czasie pierwszego roku pracy. Czas adaptacji pracowników medycznych to wyętzona nauka, zbieranie doświadczeń, a tym samym nabywanie niezbędnych w zawodzie kompetencji. Zwłaszcza pod koniec okresu adaptacji początkujące pielęgniarki doświadczają *bycia doświadczonym*. Coraz częściej pojawiają się sytuacje znane, które poznały już wcześniej.

*Bycie pielęgniarką, radzenie sobie ze związaną z tym odpowiedzialnością i pełnioną rolą – jestem z tego dumna. Radzę sobie z większością procedur, które prawie dobrze znam, ale nadal są takie, co do których nie mam pewności*<sup>9</sup> (tamże, s. 1881).

Poczucie pewności siebie podczas wykonywania rutynowych działań ma bardzo duży i pozytywny wpływ na dalszą adaptację do pracy oraz zwiększanie pewności i poczucia własnych kompetencji. Odczuwalnie zwiększa się też możliwość jednostki do radzenia sobie z wyzwaniami w pracy. Taka sytuacja wyzwania, wprowadzająca często atmosferę niepokoju, postrzegana była przez część badanych jako motywująca. Wtedy okazywali się silniejsi niż spodziewaliby się tego po sobie.

*Jako pielęgniarka musisz stawić czoło i sprostać wyzwaniom. A kiedy im sprostaż, rozwijasz się i uczysz*<sup>10</sup> (tamże, s. 1881–1882).

Przystosowanie pracownika do sytuacji ma charakter iteracyjny, czyli jest pochodną relacji między starszymi (doświadczeniem) pracownikami, zwierzchnikami, pracownikami pomocniczymi. Adept zawodu medycznego może wiele wynieść z tej relacji, nawet jeśli się jej obawia. Kontakty ze starszą, bardziej doświadczoną kadrą mogą stanowić źródło stresu, niemniej jednak stan ten ulega zmianie z biegiem czasu, zwłaszcza jeżeli nowy pracownik otrzymuje od starszych wsparcie.

<sup>8</sup> *The first half year as full of new patients, new diagnoses – lots of new situations – that was strenuous. But now I have days when I feel – today was good – I managed it all – I knew it all. That's a good experience.*

<sup>9</sup> *Being a nurse, managing the responsibility of the nurse role – I am proud of that. I manage most of the procedures fairly well now, but there are still procedures I am not so sure about.*

<sup>10</sup> *As a nurse you have to face and manage challenging situations. And when you manage, you develop yourself and learn.*

*Myślę, że konieczność komunikacji ze starszymi kolegami zawsze mnie trochę przerażała, ale od kiedy to robię, czuję się mniej onieśmiewiona*<sup>11</sup> (Penny, Site 2, Round 1, Brennan i in., 2010, s. 454–455).

Na to z kolei ma wpływ struktura organizacyjna, formalna i nieformalna władza oraz inne zależności. Proces interakcji jest dwustronny: pracownik przystosowuje się do ogólnie panujących zasad, osób i warunków pracy, starsi pracownicy i zwierzchnicy, współpracownicy przystosowują się do nowego pracownika, akceptując jego zachowanie i sposób pracy. Nowy pracownik w zespole to także zmiana organizacyjna, której pełne przeprowadzenie wymaga czasu, a sam proces stanowi źródło stresu dla wszystkich pracowników (Tengelin i in., 2011, s. 580).

## Problemy adaptacji

Podczas procesu adaptacji młodzi pracownicy mogą się spotkać z różnymi sytuacjami, związanymi pośrednio lub bezpośrednio z pracami, jakie wykonują. Najbardziej negatywnie wpływa ośmieszenie lub karcenie publiczne.

Poprawnie przeprowadzony proces adaptacji wymaga zaangażowania osób trzecich z wewnątrz organizacji, gdyż nowemu pracownikowi trudno jest samemu uporać się z nowymi obowiązkami i problemami. Przy odpowiedniej opiece wydelegowanej do tego celu osoby (np. pełniącej rolę mentora, najlepiej bardzo wymagającej) współpraca może być niezwykle owocna dla obu stron. Młodzi stażem pracownicy z reguły posiadają duży zasób teoretycznej wiedzy uzyskanej podczas studiów, która w kontakcie z praktyką może zostać wykorzystana do solidnego wykonywania obowiązków zawodowych.

Podczas pierwszych dni pracy młody stażem pracownik może spotkać się z *szo-kiem startu zawodowego* (Sajdak, 2004, s. 73), w którym wyróżnia się cztery potencjalne pułapki:

- obszar bezradności merytorycznej,
- obszar bezradności metodycznej,
- chaos kształtowania relacji,
- niemoc tworzenia.

Zakres, głębia i jakość wymienionych zdarzeń krytycznych są bardzo indywidualne. Skumulowanie ich może powodować kryzys – *szo-ek zawodowy*. Kiedy tuż po studiach medycznych młody człowiek odbywa staż lub rozpoczyna pracę jako rezydent, często musi wykazać się wiedzą specjalistyczną oraz udowodnić, że radzi sobie równie dobrze z czynnościami pokrewnymi, nie tylko z tymi, do których został przydzielony/wyszkolony. Nawet w środowisku nastawionym przyjaźnie i przy wsparciu zarówno ze strony współpracowników, jak i organizacji przejście studenta

<sup>11</sup> *I think it always sort of scared me, that part of it, you know, communicating with seniors, but since I've been doing it, I feel a lot less intimidated*.

do pracy w charakterze lekarza lub pielęgniarki jest stresujące (Brennan i in., 2010). Stres ten może być, w zależności od cech personalnych oraz wsparcia w adaptacji, postrzegany jako wyzwanie lub zagrożenie (Kowalski, Cross, 2010, s. 100). Pracownik radzi sobie lepiej, kiedy ma możliwość bacznej obserwacji pracy współpracowników, kiedy może korzystać z ich warsztatu, szczególnie, kiedy są skłonni podzielić się zdobytym wcześniej doświadczeniem.

Potwierdzają to badania wśród osób przechodzących transformację ze studenta w samodzielnego lekarza (Brennan i in., 2010). Pomimo postrzegania pierwszej praktyki lekarskiej jako bardzo stresującej, uczestnicy badania dostrzegają także lekcję, jaką mogli wyciągnąć z tego doświadczenia. Zwłaszcza cenne okazały się doświadczenia pracy zespołowej oraz współpracy interdyscyplinarnej (różne dziedziny medycyny). Praktyka uczestniczenia jest zatem cenniejsza niż praktyka obserwacji.

*Mam na myśli to, że jako student, tak na prawdę nie masz dużych możliwości współpracy z fizjoterapeutami czy prowadzącymi terapię zajęciową. Ci ludzie, w momencie gdy już wykonujesz zawód, są cały czas w twoim otoczeniu, pracują równie mocno jak ty nad zdrowiem pacjenta, spędzają z nim tyle samo czasu co ty...*<sup>12</sup> (Thomas, Site 1, Round 1, Brennan i in., 2010, s. 545).

Najczęściej popełnianym błędem w przypadku adaptujących się pracowników jest powielanie utartych schematów postępowania, niedoskonałych i krytykowanych wcześniej zachowań (np. podczas studiów lub praktyki zawodowej). Niewielkie doświadczenie wraz z brakiem podstawowych umiejętności skutkuje możliwością wpadnięcia w kolejną pułapkę: skupieniu się wyłącznie na rezultacie własnej pracy. Objawia się to w specyficznym zachowaniu, zwłaszcza koncentrowaniu się na nieistotnych szczegółach, pamięciowym przygotowaniu i unikaniu sytuacji niepewnych, wymagających wzięcia odpowiedzialności. Jest to niebezpieczne, szczególnie w przypadku młodych pracowników służby zdrowia, których sprawne i trafne decyzje mają wpływ na zdrowie i życie pacjentów.

Młody stażem pracownik wyciąga wnioski ze swojego (małego jak dotąd) doświadczenia i uogólnia je, odnosząc do wszystkich możliwych sytuacji w pracy, twierdząc, że jego rozwiązanie jest najlepsze, tym bardziej, kiedy przynosi chwilowe rezultaty. Jednak w tym samym czasie, obserwując zachowanie współpracowników, dostrzega inne sposoby osiągania większych efektów, dzięki współpracy i wymianie doświadczeń. Zaczyna się doksztalcać, coraz częściej i odważniej stawia pytania, korzysta również z opinii swoich starszych stażem kolegów.

Zanim jednak wypracuje swój własny styl pracy, chaotycznie usiłuje kształtować relacje ze współpracownikami, wykorzystując do tego znane uprzednio wzorce. Kopiowanie owych wzorów zachowań mistrzów (tych poznanych w pracy lub wcze-

---

<sup>12</sup> *I mean again as an undergraduate you don't really get that much exposure sort of working with physios, working with occupational therapists, all the specialist nurses as well and as soon as you're thrust into the job then all those people are on the ward around you as well and all those people are spending just as much time with the patient as you are...?*

śniej na uczelni) często kończy się klęską, gdyż młody pracownik nie posiada ani takiej wiedzy, ani doświadczenia. Stąd najczęściej, po przemyśleniu, postępuje zgodnie z intuicją, redukując do minimum zachowania, które mogą być dla niego zagrożeniem. Poczucie własnej niepewności tuszuje działaniem autorytarnym, nadal nie dopuszczając do dyskusji i pojawiania się zdań przeciwnych. Obserwując odmienne postępowanie u swoich współpracowników, zastanawia się, czy i on nie mógłby zachowywać się inaczej.

Radzenie sobie z niepewnością to kwestia zbadana pośród młodych lekarzy przez N. Brennan i innych. Jednak odpowiedzi badanych nie były jednoznaczne. Część osób widziało w tym *chorobę* i próbowało jej zaradzić, inni raczej traktowali to zagadnienie jako normalne w zawodzie lekarza.

*Myślę, że na początku jest wiele niepewności i to jest dosyć trudne doświadczenie. Chciałoby się znać odpowiedź na wszystko [...], ale wiem, że to niemożliwe i myślę, że jest w porządku, jeśli się przyznajemy do tego, że czegoś nie wiemy [...]. Myślę, że uświadomiłam sobie, że medycyna w ogóle pełna jest niepewności<sup>13</sup>* (Sheila, Site 3, Round 2, Brennan i in., 2010, s. 545).

Ostatnia pułapka czyhająca na nowego pracownika podczas okresu wprowadzenia do pracy to wąska specjalizacja. Presja szybkiej kariery, liczba realizowanych dyżurów, przepracowanych godzin, napisanych raportów, sprawia, że łatwo jest wpaść w wir samopowielania. W tym miejscu najczęściej pojawia się prawdziwy mentor, który udziela nieocenionych drogowskazów, pozwalających na zbudowanie własnego warsztatu pracy. Stąd kształtowanie osobowości młodych pracowników *dokonuje się między innymi przez dostarczanie wzorców dobrych obyczajów, autorytetów naukowych (...) od których uczą się młodszy stażem, obserwując ich zachowanie i postępowanie* (Martowska, Molasy, 2008).

Współpracownicy informują początkującego pracownika o warunkach zatrudnienia i pracy, charakterze i roli współpracowników, możliwości rozwoju i awansu. Następnie pracownik załatwia formalności związane z zatrudnieniem, podbija obiegówkę, przygotowuje stosowne zaświadczenia. Podpisanie umowy o pracę wiąże się z jej rozpoczęciem. W ten sposób zapoczątkowane są relacje formalne ze współpracownikami i zwierzchnikami. Wtedy też zostają nawiązane pierwsze kontakty zespołów i ustalane zasady postępowania w tych grupach.

Nawiązanie pierwszych znajomości z najbliższego otoczenia oraz proces oceny tego otoczenia odbywa się w ciągu kilku dni. Działania te są również dwustronne: współpracownicy i zwierzchnicy oceniają nowego pracownika (m.in. pod kątem jego dostosowania i możliwości współpracy), nowy pracownik ocenia współpracowników (m.in. od strony możliwości dalszej pracy, akceptacji zastanych warunków, ich adekwatności w stosunku do oczekiwań).

<sup>13</sup> *I think there's a lot of uncertainty and at first I think I found it quite difficult, you know wanting to find an answer for everything [...] but I know that it's not possible and I think that's fine to say that you don't know [...]. And I think, yeah I guess I am finding that easier [...]. I think I am coming to realise that medicine is full of uncertainties?*

## Współpracownicy – mentorzy

Organizacja powinna wyznaczyć osobę do opieki nad nowym pracownikiem, często zdarzają się jednak przypadki, gdzie starsi pracownicy wykazują inicjatywę i sami pomagają tym nowym. To z kolei jest uzależnione od korzyści, jakie obie strony mogą wynieść z tej relacji. W przypadku pracownika wyznaczonego formalnie do tych działań sytuacja jest prosta – gdyż w ten sposób wypełni on powierzone mu obowiązki w pracy. W przypadku nieformalnego mentora (pośrednika) – może się to wiązać z dodatkowymi korzyściami, w tym np. poszerzeniem strefy wpływów, chęci rzeczywistej pomocy lub wykorzystania nowego pracownika. *Strategią nowego pracownika jest tu chęć zdefiniowania pośrednika i przypisanie mu jednego z czterech statusów pośrednika: rzekomego akceptowanego lub rzekomego nieakceptowanego, autentycznego akceptowanego lub autentycznego nieakceptowanego* (Konecki, 1992).

Początkujący pracownik powinien mieć osobę, do której będzie się mógł zwrócić z zapytaniem o wszelkie problemy w pracy oraz od której będzie się mógł uczyć. W takiej sytuacji nowemu pracownikowi łatwiej jest, gdy towarzyszy mu mentor/mistrz. Mentor to *mądry i zaufany doradca* lub *wpływową osobą wspierającą* (<http://dictionary.reference.com/browse/mentor>, 01.09.2011). Często może to być pracownik starszy stażem, mogący służyć własnym doświadczeniem, zdobytą wiedzą oraz mądrością (Parsole Wray, 2003, s. 77). W przeciwieństwie do nadzorującego, mentor prawie całą odpowiedzialność i ciężar pracy pozostawia nowemu pracownikowi. *Spośród osób spotkanych niektóre pozostają na zawsze w naszej pamięci, a nawet w określonych warunkach mogą przekształcić się w aktywne składniki naszej osobowości. Spośród wielu zawodów w szczególności dotyczy to naszych nauczycieli* (Wołoszyn-Spirka, 2001, s. 18).

Zaangażowanie się bardziej doświadczonego pracownika, mentora, w adaptację nowo zatrudnionego członka personelu medycznego jest kluczowe również dla redukcji często zgubnego w przypadku lekarzy i pielęgniarek stresu, a także poczucia niepewności i chaosu. Obecność mistrza, poczucie, że ktoś *czuwa* i może pomóc powoduje, że adaptujący się pracownik nie musi się obawiać lub zastanawiać, czy może/powinien pytać o decyzję przełożonego (Wangensteen i in., 2008, s. 1879).

Podstawą sprawności działania każdej organizacji jest skuteczna współpraca pracowników oparta na wzajemnej relacji między nimi. Relacje te są tym cenniejsze, kiedy nie ma wrogości wynikającej z różnicy wieku, doświadczenia lub zajmowanego stanowiska, a pracownicy chętnie służą nawzajem pomocą oraz wymieniają się wiedzą. *Mistrz więc to indywidualność, ale i kompetencja, to osobowość i niepowtarzalność sposobu myślenia, to dystans wobec siebie i pochlebców* (Rodziński, 2004, s. 69).

Postrzeganie negatywne nowych pracowników, ich ciągle ocenianie, brak pochwał działań pozytywnych, ale też nieinformowanie rzetelnie o ocenie pozostałych działań powoduje, że taki pracownik znacznie wolniej się aklimatyzuje i często po-



dejmując decyzję o odejściu z organizacji, zanim tak naprawdę zacznie w niej pracować. Sposób reakcji na oceny starszych pracowników skutkuje ich zachowaniem w stosunku do innych młodych. Jednak w przypadku pozytywnych relacji, przejściu obustronnego procesu oceny relacje między współpracownikami się pogłębiają, nawiązują się znajomości. Wyrobiona opinia o nowym pracowniku pozwala podjąć decyzję o dalszym zatrudnieniu. Otrzymanie informacji zwrotnej jest bardzo ważne dla młodego stażem pracownika, gdyż pozwala na utrwalenie pozytywnego zachowania oraz wskazuje na te obszary, które wymagają poprawy. Pochwały nie są tu najważniejsze, chodzi głównie o systematyczną ocenę pracy, jaką pracownik wykonuje. Taka rozmowa powinna się odbywać po zakończeniu stażu, ponieważ jeśli odbędzie się przed jego końcem, pracownik może udzielać nieszczerych odpowiedzi.

Efektywność pracy młodego stażem pracownika jest powiązana z jego bardzo wysoką motywacją oraz dobrym przygotowaniu teoretycznym. Sami młodzi lekarze, dzieląc się na forach opiniami o stażach i prezydenturach, zwracają uwagę na czynnik zaangażowania i motywacji danej osoby (przykład poniżej).

#### Przykład

*Witam :)*

*Tak naprawdę to zależy od stażysty, jak zleci mu staż..., jedno jest pewne, trzeba go przejść, zarówno z dziedzin, które Ciebie interesują, jak i z tych, które są Tobie obojętne. Ta dziedzina, która Ciebie interesuje, to wiadomo czujesz się jak ryba w wodzie, mimo że mogą być jakieś minusy organizacyjne. (...) Intensywną się robi 2 tyg., tam jest bardzo luźno, jeśli jesteś zainteresowana anestezjologią w przyszłości to Rydygier jest najlepszym miejscem do szkolenia się w Krakowie. POZDR :)*

Źródło: lekarz81 <http://www.mlodylekarz.pl/forums/maopolskie/5636-krakow-wss-im-lrydygiera-marzec-2005.html>.

Jednak w zależności od posiadanych cech i umiejętności, początkujący pracownik medyczny może szybciej lub wolniej uczyć się nowych doświadczeń. Skuteczność tej nauki będzie większa, kiedy nabyte doświadczenie będzie mógł wykorzystywać na co dzień w pracy, choć może się zdarzyć, że mimo posiadanej wiedzy i kompetencji nie będzie mógł samodzielnie jej wykorzystać. Stąd wspólna praca osób z różnym doświadczeniem uczy pokory i dystansu. Jest ona ważna szczególnie na początku kariery zawodowej, kiedy młodzi stażem pracownicy ćwiczą praktyczne umiejętności wykorzystywania teoretycznej wiedzy oraz w wielu przypadkach – zdolności pracy w zespole.

Współpracownicy, w zależności od osobowości (charakteru) młodego pracownika, szybciej lub wolniej akceptują jego osobę jako członka grupy. Wtedy to pojawiają się propozycje wspólnych działań, nie tylko formalnych (np. zaproszenie na

popołudniową kawę, piwo). Rozpoznanie oczekiwań grupy pozwala lepiej się przystosować. W tym czasie również młody pracownik poszukuje akceptacji wśród formalnych i nieformalnych przywódców tej grupy, jak również szuka „mentora”/znajomego, który pomoże mu się odnaleźć w nowym miejscu pracy oraz umocnić więź z nim.

Reakcja na błąd pracownika może być bardzo różna: od milczenia, taktownego zwrócenia uwagi, po zwymyślanie przy świadkach. Zdarza się, że *błędy w pracy są często dla niego bodźcem dla wzbudzenia jego inicjatywy w pracy, zarówno w sensie pozytywnym (taktyki poszukiwania nowych rozwiązań), jak i negatywne (taktyki ukrywania błędów oraz ogólne wykształcenie taktyk działania defensywnego)* (Konecki, 1992). Konsekwencją tego postępowania jest nabycie określonych kompetencji zawodowych i akceptacja nowego pracownika.

## Podsumowanie

Liczbę pracowników instytucje medyczne ustalają na podstawie wielkości kontraktu z NFZ lub po prostu przez analizę zapotrzebowania. W przypadku organizacji posiadających opisy stanowisk pracy przygotowanie wymagań stanowiskowych dla nowo zatrudnianej osoby nie jest trudne. Nowoprzyjęci lekarze/pielęgniarki często rozpoczynają pracę w przychodni od szkolenia wstępnego, podczas którego poznają zasady funkcjonowania danej jednostki. W materiałach drukowanych są przekazywane dodatkowe informacje, takie jak: standardy zachowań, ubioru, inne. W przypadku pielęgniarek, takie szkolenia są dłuższe, kilkudniowe i obejmują również szkolenie z obsługi systemów informatycznych, standardów obsługi klienta i obowiązujących standardów medycznych. Jednym z elementów wszystkich spotkań jest integracja pracowników.

Wiele organizacji wprowadza procedury adaptacyjne dla nowo przyjętych pracowników. Błędy w procesie adaptacji owocują m.in. zwiększającą się fluktuacją kadr, mniejszą wydajnością i efektywnością pracy. W przypadku nowych pracowników pojawiają się problemy z brakiem lojalności wobec nowego pracodawcy, większą liczbą popełnianych błędów, rozczarowaniem nowym pracodawcą, i co z tym związane – mniejszą satysfakcją i motywacją do pracy.

Okres próbny dla pracownika powinien być odpowiedzią na pytanie: czy chce on rzeczywiście pracować w tym miejscu. Rzeczywista praca wiąże się z nieuniknionym popełnianiem błędów oraz koniecznością ich naprawiania, często dzięki osobom opiekującym się pracownikiem. Nowy pracownik powinien móc popełniać błędy, ma prawo od nabywania niezbędnych kwalifikacji i umiejętności w trakcie pierwszego etapu w pracy. Sytuacje problematyczne mogą pomóc mu się odnaleźć – przez obserwację współpracowników, ich zachowań, sposobów rozwiązań. Wszystko to może mieć wpływ na prawidłową adaptację pracownika do nowego miejsca pracy oraz w efekcie – do osiągnięcia pożądanego poziomu wydajności pracy.

*Jak wykazują ogólnościowe badania, pracownicy najczęściej zmieniają pracę podczas pierwszych 12 miesięcy zatrudnienia. Pokazuje to, jak ważne jest do-*

brze przygotowane i troskliwe wprowadzenie na stanowisko i wdrożenie do zadań w pierwszych miesiącach w przedsiębiorstwie (Schwan, Seipel, 1995, s. 205).

Sukces zawodowy zależy od subiektywnych odczuć, ambicji oraz doświadczeń życiowych zainteresowanych osób, ale także od pierwszych dni w pracy. Jednak czas jest tutaj jednostką względną, gdyż w ten ogólny sposób określa się zbiór sytuacji (często konfliktowych i niezręcznych), relacji i kontaktów (trwających czasami miesiące) składających się na okres poznania i wdrożenia się do nowej pracy. Szczególnie w przypadku odpowiedzialnych stanowisk pracy niezwykle istotną rolę odgrywa mentor – osoba, która *opiekuje się* nowozatrudnionym pracownikiem, wskazując drogę zawodową i pomagając w odnalezieniu się w nowych okolicznościach.

Kształtowanie więzi z organizacją trwa długo w czasie (z wyjątkiem przypadków, kiedy pracownik „od zawsze” chciał w niej pracować), a im dłuższy czas pracy oraz wyższa pozycja organizacyjna, tym silniejsza jest owa więź. Konsekwencją tego jest zmiana statusu pracownika z nowo zatrudnionego na doświadczonego.

Oczekiwania przyszłych pracowników związane z pierwszą pracą są przesycone nadzieją, możliwościami rozwoju i awansu. Rzeczywistość je dość szybko modyfikuje. Sposób przedstawienia obowiązków oraz wprowadzenia do pracy w tym pierwszym etapie skutkuje stopniem zaangażowania i sposobem samej pracy dojrzałego pracownika.

## Bibliografia

1. Brennan N. i in., The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors, *Medical Education* 2010; 44, s. 449–458.
2. Cangelosi P.R., Crocker S., Sorrell J.M., EXPERT to NOVICE: Clinicians learning new roles as clinical nurse educators. *Nursing Education Research* 2009, Vol. 30, no. 6.
3. Chapman S.A., Blau G., Pred R., Lopez A.B., *Correlates of intent to leave job and profession for emergency medical technicians and paramedics*, Correlates of intent to leave job and profession, 2009.
4. Davis P., *Adaptacja zawodowa*, Wydawnictwo Petit, Warszawa 2004.
5. Kathan-Selck C., van Offenbeek M., *Redrawing medical professional domains. New doctors, shifting boundaries, and traditional force fields*, Medical professional domains, 2010.
6. Janowska Z., Gdy przychodzi nowy. Adaptacja pracowników w miejscu pracy. *Personel* 1999; nr 6.
7. Kowalski S., Cross C.L., Preliminary outcomes of a local residency programme for new graduate registered nurses, *Journal of Nursing Management* 2010; 18, s. 96–104.
8. Konecki K., Nowi pracownicy a kultura organizacyjna – studium folkloru fabrycznego, *Folia Sociologica* 1992; nr 24.
9. Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Sienkiewicz Z., Wójcik G., Kryteria wyboru pierwszego miejsca pracy zawodowej w opinii absolwentów pielęgniarstwa, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; t. 18, z. 2.

10. Maliński S., Program adaptacyjny czyli „nowy” w nowym miejscu pracy, *Personel* 1997, nr 1.
11. Manning L., Neville S., *Work-role transition: from staff nurse to clinical nurse educator*, New Zealand *NLM ID*: 9212162, *Nurs Prax N Z*, 2009.
12. March J.G., Simon H.A., *Teoria organizacji*, Warszawa 1964.
13. Marciniak J., Pierwsze kroki. Adaptacja zawodowa pracowników, *Personel* 1997; nr 12.
14. Martowska K., Molasy M., *Społeczna odpowiedzialność uczelni w procesie kształcenia przyszłych elit*, W: *Społeczna odpowiedzialność uczelni*, pod red. K. Leja, Politechnika Gdańska – Instytut Społeczeństwa Wiedzy, Gdańsk 2008.
15. Parsloe E., Wray M., *Trener i mentor. Udział coachingu i mentoringu w doskonaleniu procesu uczenia się*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
16. Rodziński S., *Relacja mistrz–uczeń. Anachronizmy czy nowa szansa*. W: *W poszukiwaniu modeli dydaktyki akademickiej*, pod red. D. Skulicza, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
17. Sajdak A., *Nauczyciel akademicki – szok startu zawodowego*, W: *W poszukiwaniu modeli dydaktyki akademickiej*, pod red. D. Skulicza, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
18. Schwan K., Seipel K.G., *Marketing kadrowy*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 1995.
19. Szanton S.L., Mihaly L.K., Alhusen J., Becker K.L., Taking charge of the challenge: factors to consider in taking your first nurse practitioner job, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010; 22, s. 356–360.
20. Tengelin E., Arman R., Wikstrom E., Dellve L., Regulating time commitments health-care organizations. Managers’ boundary approaches and in life, *JHOM* 2011; 25(2), s. 578–599.
21. Wangenstein S., Johansson I.S., Nordstrom G., The first year as a graduate nurse – an experience of growth and development, *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17, s. 1877– 1885.
22. Wołoszyn-Spirka W., *W poszukiwaniu realistycznych podstaw moralnego postępowania nauczyciela*, Wydawnictwo Uczelniane im. K. Wielkiego, Bydgoszcz 2001.
23. Wong A., Lohfeld L., *Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation*, Blackwell Publishing Ltd 2007. *Medical Education* 42, 2008, s. 53–60.

## Netografia

1. [Http://www.competitiveskills.pl/aktualnosci/przyjecie-nowego-pracownika-do-pracy-w-organizacji-331.html](http://www.competitiveskills.pl/aktualnosci/przyjecie-nowego-pracownika-do-pracy-w-organizacji-331.html).
2. [Http://dictionary.reference.com/browse/mentor](http://dictionary.reference.com/browse/mentor) (2011.09. 01).
3. [Http://www.e-fundacja.pl/dla-firm-narzedzia-zarzadzania-zasobami-ludzkiimi-narzedzia-adaptacji-do-pracy.php](http://www.e-fundacja.pl/dla-firm-narzedzia-zarzadzania-zasobami-ludzkiimi-narzedzia-adaptacji-do-pracy.php).
4. [Http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90445,7305068,Adaptacja\\_pracownika\\_\\_\\_\\_.htm](http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90445,7305068,Adaptacja_pracownika____.htm) (2011.10. 04).
5. [Http://hrstandard.pl/2010/12/10/nowy-pracownik-na-pokladzie/#more-11133](http://hrstandard.pl/2010/12/10/nowy-pracownik-na-pokladzie/#more-11133).
6. [Http://www.management-advantage.com/products/First90Days.htm](http://www.management-advantage.com/products/First90Days.htm).
7. [Http://prawocywilne.blox.pl/2011/01/Regulamin-pracy-jak-wprowadzic.html](http://prawocywilne.blox.pl/2011/01/Regulamin-pracy-jak-wprowadzic.html).

## Motywacja pracowników służby zdrowia

Izabela Stańczyk

*Trudno polemizować z powszechnie akceptowanym przekonaniem – popartym dowodami empirycznymi, że zmotywowana załoga wypracuje dla firmy lepsze wyniki (Nohria i in., 2011).*

Z reguły wszystkim organizacjom zależy na opracowaniu takich schematów postępowania z pracownikami, aby dzięki ich wysiłkom i realizacji zadań osiągnąć wysoki poziom efektów. Oznacza to zwrócenie w sposób szczególny uwagi na projektowanie systemu motywowania pracowników, opartego o wynagradzanie czy odpowiednie przywództwo tak, aby uzyskać pewność, że pracownicy osiągną wyniki zgodne z oczekiwaniami kierownictwa. Opracowując procesy motywacji w organizacjach, opieramy się na kilku dotyczących jej teoriach. Najważniejsze przedstawione zostały w tabeli 1.

**Tabela 1.** Przegląd teorii motywacji

| Kategoria               | Typ                | Autor  | Założenia   | Implikacje   |
|-------------------------|--------------------|--------|---|--|
| Teoria instrumentalna   | Taylorizm          | Taylor | Jedna czynność prowadzi do następnej. Ludzi można motywować do pracy za pomocą nagród i kar mających bezpośredni związek z osiąganymi wynikami.   | Podstawa nieudolnych prób motywowania pracowników za pomocą zachęt. Często stanowi uzasadnienie płacy uzależnionej od wyników, choć rzadko bywa skutecznym czynnikiem motywującym.                               |
| Teoria treści (potrzeb) | Hierarchia potrzeb | Maslow | Istnieje hierarchia potrzeb obejmująca pięć kategorii: potrzeby fizjologiczne, potrzebę bezpieczeństwa, potrzeby społeczne, potrzebę uznania i potrzebę samorealizacji. Potrzeby wyższego rzędu pojawiają się dopiero wtedy, gdy zostaną zaspokojone potrzeby niższego rzędu. | Teoria ta zwraca uwagę na różne rodzaje potrzeb, które motywują ludzi do działania oraz fakt, że potrzeba zaspokojona przestaje być czynnikiem motywującym. Pojęcie hierarchii nie ma tu znaczenia praktycznego. |

|                                   |                                  |                        |  |   |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------|--|---|
| Model dwuczynnikowy               | Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne | Herzberg               | Na zadowolenie z wykonywanej pracy wpływają dwie grupy czynników:<br>1) czynniki wewnętrzne (wewnętrzne czynniki motywujące, motywatory lub czynniki zadowolenia), takie jak: osiągnięcia, uznanie, sama praca, odpowiedzialność i rozwój,<br>2) czynniki zewnętrzne (zewnętrzne czynniki motywujące lub czynniki higieny), takie jak: płaca i warunki pracy.  | Teoria ta określa wiele podstawowych potrzeb, takich jak: osiągnięcia, uznanie, awans, niezależność i sama praca. Silnie wpływa na podejście do projektowania stanowisk pracy (wzbogacania treści pracy). Zwróciła uwagę na pojęcia motywacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz na fakt, że motywacja wewnętrzna, mająca związek z samą pracą, jest skuteczniejsza na dłuższą metę. Stąd teoria ta leży u podstaw propozycji, by system wynagrodzeń obejmował zarówno wynagrodzenia finansowe, jak i niefinansowe. |
| Teoria procesu (teoria poznawcza) | Teoria wartości oczekiwanej      | Groom, Porter i Lawler | Motywacja oraz efekty, jakie osiąga pracownik, są uzależnione od następujących czynników:<br>1) dostrzeganego związku między włożonym wysiłkiem a osiągniętym efektem, 2) dostrzeganego związku między efektami pracy a ich wynagrodzeniem oraz 3) znaczenia tego wynagrodzenia dla danego pracownika.<br>Wysiłek (motywacja) jest uzależniony od prawdopodobieństwa, że zostanie on nagrodzony i że nagroda jest warta jego starań. | Kluczowa teoria leżąca u podstaw podejścia do zagadnienia wynagradzania, mówiąca, że musi istnieć dostrzegalny związek między wysiłkiem a nagrodą, która powinna być możliwa do zdobycia oraz warta starań.   |
|                                   | Teoria celu                      | Lathan i Locke         | Motywacja będzie silniejsza, a efekty pracy lepsze, jeśli pracownicy będą mieli trudne do osiągnięcia, ale uzgodnione cele i będą otrzymywali informacje zwrotne.  | Stanowi uzasadnienie dla procesów zarządzania przez efekty, wyznaczania celów i przekazywania informacji zwrotnych.   |
|                                   | Teoria sprawiedliwości           | Adams                  | Pracownicy traktowani sprawiedliwie mają silniejszą motywację.   | Potrzeba stworzenia sprawiedliwych praktyk wynagradzania i zatrudniania.  |

Źródło: Armstrong, 2007, s. 219.

Na ocenę sprawiedliwości (wg teorii sprawiedliwości przedstawionej w tabeli 1) składa się (Borkowska, 2006, s. 332):

- 1) ocena proporcjonalności nagrody otrzymanej w porównaniu do obiecannej przez motywującego;
- 2) ocena proporcjonalności nagrody do osiągniętego rezultatu, zadania i poniesionego wysiłku:
  - a) ze względu na zmienione warunki jego realizacji, wymagające np. zwiększonych nakładów starań lub przeciwnie,
  - b) ze względu na wysokość nagrody uzyskanej przez motywowanego (pracownika) oraz inne (grupy odniesienia) w zamian za realizację takich samych zadań i osiągnięcie rezultatów.

Innym niedawno opracowanym nowym modelem motywacji jest model opisany przez Nitina Nohria, Borisa Groysberga i Lindę-Eling Lee (2011), na podstawie czterech podstawowych potrzeb emocjonalnych. Są to:

- **potrzeba zdobywania** (pozyskiwania deficytowych dóbr, w tym również niematerialnych, takich jak status społeczny). Gdy dążenie to zostaje zaspokojone, odczuwamy szczęście, w przeciwnym razie – niezadowolenie;
- **potrzeba tworzenia więzi** (budowania związków z innymi jednostkami i grupami). Dążenie do budowania relacji, jeśli jest zaspokojone, sprawia, że odczuwamy silne pozytywne emocje, jak miłość czy opiekuńczość. W przeciwnym wypadku doświadczamy emocji negatywnych, jak samotność. W pracy poczucie więzi powoduje potężny wzrost motywacji, gdy pracownicy odczuwają dumę z przynależności do organizacji; jej brak może spowodować utratę morale, jeśli odkryją, że są oszukiwani przez pracodawcę. To tłumaczy, dlaczego pracownikowi tak trudno jest odejść ze swojego działu czy funkcji (tzw. efekt silosu): ludzie przywiązują się do swoich najbliższych współpracowników. Ale prawdą jest, że czasem zdolność budowania więzi z większą wspólnotą prowadzi pracowników do tego, że bardziej dbają o firmę niż o swój zespół;
- **potrzeba rozumienia** (zaspokojenia ciekawości i pojmowania otaczającego nas świata). Pragniemy bardzo nadawać sens otaczającemu nas światu, a także formułować teorie i objaśnienia – naukowe, religijne czy kulturowe – które czynią zrozumiałymi pewne zjawiska oraz pozwalają odpowiadać na nie i działać w sposób racjonalny;
- **potrzeba obrony** (chronienia siebie przed zagrożeniami z zewnątrz i dążenia do sprawiedliwości). Wszyscy mamy naturalny odruch obrony siebie, naszych dóbr i dokonań, rodziny i przyjaciół oraz naszych pomysłów i przekonań przed zagrożeniem płynącym z zewnątrz. Dążenie to ma swoje źródło w instynktownej reakcji na zagrożenie („walcz lub uciekaj”). U ludzi nie manifestuje się ono wyłącznie agresywnym lub defensywnym zachowaniem; inspirowani nim tworzymy instytucje promujące sprawiedliwość, którym przyświecają jasne cele i intencje, pozwalające ludziom wyrazić ich poglądy i przekonania. Spełniona potrzeba obrony rodzi w nas poczu-

cie bezpieczeństwa i pewności; niezaspokojona wywołuje silne negatywne emocje, jak: strach czy niechęć. Dążenie do obrony w dużym stopniu tłumaczy ludzką niechęć do zmian. To dlatego pracownicy są często zdruzgotani perspektywą fuzji lub przejęcia, nawet wtedy, kiedy jest to jedyna nadzieja na przetrwanie organizacji.

Autorzy wskazują również na narzędzia, które powinny firmy zastosować, aby zaspokoić wszystkie powyższe potrzeby pracowników. Należą do nich:

- system wynagrodzeń, który „skutecznie różnicuje dobrych pracowników od złych, wiąże nagrody z wynikami i daje najlepszym ludziom szanse na awans”, a jednocześnie zaspokaja potrzebę zdobywania;
- kultura organizacji, „która wspiera pracę zespołową, współpracę, otwartość i budowanie przyjacielskich relacji” – jako zaspokojenie potrzeby tworzenia więzi;
- „interesujące i znaczące zadania oraz obowiązki, które równocześnie są wyzwaniem” – potrzeba zrozumienia;
- „sprawiedliwe, wiarygodne i przejrzyste procesy zarządzania wydajnością i rozdziałem zasobów” – pomagają zaspokoić potrzebę obrony.

Wskazują oni również na bardzo ważną rolę bezpośredniego przełożonego opisują jego zadania i możliwości (przykład 1).

Przykład 1.

#### Rola bezpośredniego przełożonego

Pracownicy nie oczekują, że ich bezpośredni przełożeni będą w stanie znacząco wpływać na ogólny sposób wynagradzania, kulturę, organizację pracy czy systemy zarządzania. Wierzą jednak, że dysponują oni pewną swobodą działania w swoich obszarach. Niektórzy menedżerowie obarczają winą źle zaprojektowaną organizację i nie robią nic, inni w tym czasie starają się wydobyć z niedoskonałego systemu wszystko, co możliwe. Menedżerowie mogą chociażby powiązać nagrody z wynikami, zapewniając pracownikom pochwałę, uznanie czy możliwość wyboru zadania. Mogą również tak rozdzielić premie, aby wyraźnie zaznaczyć różnice między najlepszymi a najslabszymi pracownikami. Analogicznie, nawet w kulturze opartej na bezwzględnej rywalizacji, zamiast w duchu koleżeńskiej współpracy, menedżer może zachęcać swoich ludzi do pracy zespołowej, uatrakcyjnić zadania i nadać im głębszy sens. Wielu zwierzchników cieszy się szacunkiem i sympatią podwładnych właśnie dlatego, że potrafią stworzyć motywujące środowisko pracy w swoim bezpośrednim obszarze działania, nawet jeśli ogólne warunki panujące w firmie temu nie sprzyjają. Bywa też odwrotnie; zwierzchnicy mogą stworzyć toksyczny klimat pracy, choć firma sprawnie realizuje politykę motywowania pracowników.

Źródło: Nohria i in., 2011.



Sprawne narzędzia motywacji (nie tylko płacowej) mogą zmniejszyć w przyszłości płynność kadr, i wręcz spowodować wzrost zysków firm, w oparciu o zintegrowany, zadowolony, chętny do pracy personel.

Bardzo ważnym elementem mającym wpływ na poziom motywacji pracowników są również następujące elementy leżące po stronie pracownika (Armstrong, 2007, s. 223):

- zaangażowanie pracowników w życie organizacji,
- zadowolenie z pracy,
- zaangażowanie w wykonywaną pracę.

Wskazując na powyższe czynniki poziomu motywacji do wykonywania danej pracy, przytoczono wywiad przeprowadzony z jedną z pielęgniarek.

Przykład 2.

Wywiad:

*Co sprawiło, że wybrała Pani studia pielęgniarские?*

Myślę, że czułam powołanie, chęć pomocy innym.

*Czy gdyby Pani miała studiować jeszcze raz, to byłoby to pielęgniarstwo?*

Bez wątpliwości! Praktyki początkowo były ciężkie, ale nigdy nie zamieniłabym tych studiów na inne.

*Czy uważa Pani, że zarobki pielęgniarki są za niskie?*

Zdecydowanie. Myślę, że różnica w zarobkach między pielęgniarkami a lekarzami jest zdecydowanie za wysoka. Praca pielęgniarki nie należy do łatwych, oprócz podawania leków musimy dbać o higienę pacjentów, karmić ich itd. Bez nas pacjenci w szpitalu nie mieliby szans! A jednak wypłata ledwie starcza nam na życie. Uważam to za niesprawiedliwe.

*Jaką formę wynagrodzenia za nadgodziny uważa Pani za najlepszą? Dni wolne czy dodatkowe pieniądze?*

Pieniądze, ponieważ otrzymywanie dni wolnych po prostu się „nie opłaca”.

*Co najbardziej motywuje Panią do pracy?*

W moim zawodzie, większość z nas, pielęgniarek motywuje pomoc pacjentom, ich szacunek oraz szacunek lekarzy, ponieważ wypłaty nie spełniają raczej roli motywacyjnej.

*Czy chciałaby Pani awansować na przełożoną pielęgniarek?*

Nie, ponieważ przełożona ma wiele „papierkowej” pracy, a bardzo mało godzin przy pacjencie lub nie ma, a dla mnie jest to najważniejsze; choć znam wiele pielęgniarek, dla których awans jest główną motywacją do pracy.

Źródło: Wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę z jednego ze szpitali (w ramach studiów Zdrowie Publiczne) – materiały niepublikowane.

Badania przeprowadzone w innym szpitalu wskazują bardzo podobne elementy występujące w systemie wynagrodzeń czy premiowania.

Przykład 3.

Wywiad przeprowadzony z pielęgniarkami Zespołu Opieki Zdrowotnej ze stażem od 10 do 20 lat:

*Jak ocenia Pani poziom swojego wynagrodzenia?*

Wszystkie osoby zapytane o wynagrodzenie odpowiedziały krótko, że ich wynagrodzenie, które otrzymują, nie jest satysfakcjonujące (zbyt niskie). Wraz z tym wymienione zostały również inne przyczyny niezadowolenia z pracy, takie jak: zbyt małe możliwości awansu płacowego, niejasne kryteria awansu oraz niesprawiedliwe (zdaniem osób badanych) przyznawanie podwyżek.

*Czy otrzymuje Pani inne formy uznania, pochwały?*

Pielęgniarki odpowiedziały, że nie zauważyły takich form w pracy, wskazywały ich brak najczęściej ze strony pielęgniarki naczelnej i przełożonej pielęgniarek. Najczęściej uznanie spotyka pielęgniarki ze strony pacjentów, pozostających poza systemem zależności służbowych.

*Co najbardziej motywuje Panią do pracy?*

W zdecydowanej większości pojawiły się odpowiedzi, iż najważniejszy jest uśmiech i radość na twarzy pacjenta/ki.

*Jak wyglądają relacje i atmosfera w pracy?*

Respondentki odpowiadały, iż na oddziale ogólnie panuje bardzo dobra atmosfera. Natomiast większość z nich nie ma kontaktu ze swoim dyrektorem; inaczej relacje te wyglądają z pielęgniarką koordynującą, a następnie z przełożoną pielęgniarek czy pielęgniarką oddziałową.

*Czy występuje kontrola pracy?*

Tak, kontrolę tę prowadzi z reguły pielęgniarka oddziałowa.

*W jakim systemie odbywa się praca i czy koliduje ze sprawami rodzinnymi?*

Odpowiedź jednej z pielęgniarek brzmiała, iż pracuje w systemie 12-godzinnym, nie koliduje to z rodziną, jednak duże obciążenie psychiczne niesie ze sobą praca nocna.

*Czy obawia się Pani stracić pracę?*

Jedna z odpowiedzi brzmiała, iż pojawia się owa obawa, jednak to motywuje do szukania innej posady.

Źródło: Wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę jednego ze szpitali (w ramach studiów Zdrowie Publiczne) – materiały niepublikowane.

Szukanie „innej posady” to bardzo często szukanie pracy za granicą. Zostały przeprowadzone badania w ramach Projektu badawczego finansowanego przez Komisję Europejską w zakresie mobilności zawodowej pracowników służby zdrowia w UE (Prometeusz), który rozpoczął się w 2009 r. Europejskie Obserwatorium Po-

lityki i Systemów Opieki Zdrowotnej opublikowało wstępne wyniki tego projektu, gdzie ustalenia wskazują, że chociaż przepływy siły roboczej ogólnej wzrosły tylko nieznacznie do tej pory w 17 krajach UE, niektóre kraje doświadczyły większych zmian. Dane z 2008 r. wskazują, że lekarze z innego kraju stanowią ponad 10% lekarzy w Austrii, Belgii, Irlandii, Norwegii, Portugalii, Słowenii, Hiszpanii, Szwecji, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii (do 37%), natomiast uzależnienie od pielęgniarek z innego kraju przekracza 10% pracowników opieki w Austrii, Irlandii (do 47%), Włochy i Wielka Brytania (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce/news/news3/2011/5/health-professional-mobility-on-the-european-agenda>, 1.09.2011).

Innym bardzo ważnym czynnikiem jest fakt, że wyraźnie brakuje uznania od przełożonych na najwyższych stanowiskach – ma to ewidentnie wpływ na efektywność pracy i może być kolejnym przykładem demotywacji.

W innym typie organizacji z zakresu służby zdrowia – hospicjum domowego relacje międzyludzkie są jedną z podstaw funkcjonowania tego typu placówek i stanowią bardzo ważny element w systemie motywacji pracowników. Przykładem jest jedno Hospicjum Domowe, gdzie właśnie zaufanie zarówno lekarza do pielęgniarki, jak i na odwrót jest najważniejsze w pracy.

#### Przykład 4.

W tej pracy najważniejsze jest zaufanie, zarówno lekarza do pielęgniarki, jak i pielęgniarki do lekarza, a także rodziny pacjenta. W innych ośrodkach medycznych, takich jak szpital czy hospicjum stacjonarne, zalecenia wydawane przez lekarza zawsze są zapisywane w zleceniu, które wykonuje pielęgniarka. W przypadku hospicjum domowego sprawa wygląda inaczej. Często zlecenia lekarskie wydawane są telefonicznie, dokumentacja jest uzupełniana później, dlatego tak ważne jest zaufanie, aby lekarz miał pewność, że pielęgniarka wykona jego zlecenie, a pielęgniarka wiedziała, że lekarz bierze pełną odpowiedzialność za to zlecenie (...). Ważne jest również wzajemne zaufanie do swoich kompetencji. Pielęgniarka powinna współpracować z lekarzem nie tylko w procesie pielęgnowania pacjenta, ale również powinna uczestniczyć w leczeniu. Dobra współpraca to dobra opieka nad pacjentem aż do ostatnich jego chwil. Jak w każdej pracy, również zdarzają się przypadki „niedopasowania lekarza i pielęgniarki”, ale w takiej sytuacji stosujemy rotacje na stanowiskach, o ile to jest oczywiście możliwe. Praca w takim miejscu niewątpliwie wymaga dobrych relacji międzyludzkich, aby je ułatwić, staramy nie tytułować się, nie zwracamy się do siebie „panie doktorze” czy „siostrzo”, tylko wprost po imieniu. To znacznie ułatwia pracę. Tym bardziej, że nie jest to praca lekka, patrzy się na cierpienie pacjenta i jego rodziny, a to wymaga silnej psychiki. Niewątpliwie jednak tacy ludzie jak my są potrzebni, choć nie każdy się do tej pracy nadaje.

Źródło: Wywiad przeprowadzony przez studentkę kierunku Zdrowie Publiczne z koordynatorem pielęgniarek w jednym z hospicjów domowych.

Również w szpitalu wojewódzkim, w wywiadzie z pielęgniarką na pytanie o oddziaływanie środowiska pracy padły następujące słowa: *Atmosfera w pracy jest bardzo przyjemna. Wszyscy tworzymy zespół, uzupełniamy się i darzymy zaufaniem. Są to kluczowe elementy, które głównie motywują mnie do pracy*<sup>1</sup>.

Przykładem lidera, a jednocześnie dyrektora jednostki służby zdrowia, może być Profesor Bogusław Maciejewski, Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu w Gliwicach. Profesor, który wspomina:

#### Przykład 5.

*Kiedy przejąłem stanowisko dyrektora, nie miałem pojęcia, w jaki sposób od strony ekonomicznej zarządzać taką placówką, jak Instytut. Natomiast jedna kwestia była dla mnie oczywista, a mianowicie to, że nie będę się dystansował od ludzi jako dyrektor. Bliższe mi były amerykańskie wzorce zarządzania, z którymi spotkałem się podczas pobytu w USA, polegające na tym, że dyrektor czy profesor wchodzący do kliniki zaczyna w naturalny sposób rozmawiać na przykład z salową, pielęgniarką, technikiem. Ten model zainspirował mnie do szukania partnerskiej współpracy i nawiązywania między partnerami kontaktów zbliżonych do rodzinnych. Aczkolwiek w sprawach pragmatycznych, zawodowych i naukowych ludzie muszą mieć możliwość nieskrępowanego prezentowania swojego stanowiska i twardo bronić swoich racji (...). Od początku zależało mi na stworzeniu jak najlepszego rozwoju dla młodych ludzi (...). Uświadomiłem także ludziom, że Instytut nie jest wyłącznie moją sprawą, ale że jest to ich Instytut, ich firma, w której najważniejsze są trzy czynniki: współpraca, współodpowiedzialność i współdecydowanie. Rozdzielałem odpowiedzialność i obowiązki na poszczególnych kierownikach zakładu. Ludziom pracującym w Instytucie uświadomiłem fakt polegający na prostej zależności – im więcej potu włożą w pracę, im więcej dadzą z siebie, tym więcej firma im odda. To oni mają dbać o autorytet Instytutu, i dbają. Moja rola sprowadza się do wytyczania kierunków, w jakie Instytut ma zmierzać, i przekonywania pracowników, że te kierunki są słuszne (...). W Instytucie kierownicy decydują o tym, jak rozdzielić fundusz motywacyjny, indywidualne przyznane pieniądze, ale obowiązuje zasada, że ten, kto wkłada największy wysiłek w pracę i posiada umiejętności, otrzymuje najwięcej (...). Od początku mojego funkcjonowania w Instytucie młodzi ludzie przejęli w dużym stopniu inicjatywę, czym motywowali mnie również do działania, aby nadążyć za nimi. To oni chcieli wprowadzać nowe technologie i metody leczenia, wskazywali, co jest ważne. Cóż oznacza zdanie: „Będę panu wdzięczny do końca życia za to, co pan dla mnie zrobił”. Wyrazem wdzięczności powinno przede wszystkim być przekazywanie wiedzy i kształcenie lekarzy, aby zachować ciągłość pokoleniową, wysoce wykształconych specjalistów i naukowców.*

Źródło: Blimel, Blimel, 2011, s. 33.

<sup>1</sup> Fragment wywiadu przeprowadzonego przez studentkę kierunku Zdrowie Publiczne PMWSZ w Opolu z jedną z pielęgniarek w szpitalu wojewódzkim.

Więc kwestia dobrych stosunków międzyludzkich w pracy, zaufania, niezależnie od struktur organizacyjnych, zależy od samych pracowników, ale i w bardzo dużym stopniu od przełożonych i wprowadzanej pracy zespołowej, odpowiedniej komunikacji i motywowania pracowników.

Po przeanalizowaniu kilku wypowiedzi, przede wszystkim pielęgniarek, można dorzucić jeszcze jeden element motywacji pracowników, a mianowicie jakość sprzętu medycznego. To od jego sprawności bardzo często zależy jakość postawionej diagnozy czy wykonanego zabiegu, co w bezpośredni sposób przekłada się na zadowolenie klienta–pacjenta, rzetelność wykonywania danego zadania przez np. pielęgniarki i brak frustracji „bo znowu się coś popsuło lub jest przestarzałe”.

J. Jończyk (2008) przeprowadziła badania wśród lekarzy polskich i amerykańskich<sup>2</sup> dotyczące czynników wpływających na ich motywację do pracy. Czynniki wpływające na stosunek do pracy w opinii lekarzy przedstawia tabela 2.

**Tabela 2.** Czynniki wpływające na stosunek do pracy w opinii lekarzy

| Które czynniki wpływają na stosunek do pracy? | Odpowiedzi polskich lekarzy (%) | Odpowiedzi amerykańskich lekarzy (%) |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| Wynagrodzenie                                 | 95                              | 50                                   |
| Satysfakcja z pracy                           | 90                              | 67                                   |
| Atmosfera w pracy                             | 86                              | 83                                   |
| Organizacja pracy                             | 60                              | 50                                   |
| Rozwój zawodowy                               | 65                              | 43                                   |
| Stabilność zatrudnienia                       | 55                              | 40                                   |
| Wykorzystanie zdolności                       | 45                              | 33                                   |
| Elastyczny czas pracy                         | 40                              | 27                                   |
| Prestiż                                       | 30                              | 63                                   |
| Nowe wyzwania                                 | 20                              | 37                                   |
| Bieżąca informacja                            | 20                              | 43                                   |

Źródło: Jończyk, 2008, s. 268.

Z przeprowadzonych badań wynika, że dla polskich lekarzy najważniejsze jest wynagrodzenie, satysfakcja z pracy, atmosfera w pracy, rozwój zawodowy czy or-

<sup>2</sup> Próba badawcza liczyła 50 osób, w tym 20 lekarzy z polskiego szpitala i 30 z amerykańskiego. W badaniu wzięli udział zarówno mężczyźni, jak i kobiety w przedziale wiekowym od 30 do 50 lat. Więcej w: J. Jończyk, *Czynniki motywujące do pracy w opinii lekarzy pracujących w Polsce i w Stanach Zjednoczonych – wyniki badań*, W: *Aktualne problemy zarządzania organizacjami*, pod red. W. Kowalczewskiego, W. Matwiejczuka, Difin, Warszawa 2008, s. 267.

ganizację pracy. Natomiast dla amerykańskich lekarzy kolejność jest trochę inna. Cenią oni sobie najbardziej atmosferę w pracy, satysfakcję z pracy, prestiż, wynagrodzenie czy organizację pracy.

Bardzo ważnym pytaniem zadaniem podczas przeprowadzania powyższych badań było uzyskanie informacji o emocjonalnym stosunku do wykonywanej pracy przez lekarzy. Wyniki przedstawia tabela 3.

**Tabela 3.** Emocjonalny stosunek do wykonywanej pracy w opinii lekarzy

| Jaki jest stosunek emocjonalny do wykonywanej pracy? | Odpowiedzi polskich lekarzy (%) | Odpowiedzi amerykańskich lekarzy (%) |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| Zdecydowanie lubię                                   | 50                              | 40                                   |
| Raczej lubię   | 25                              | 40                                   |
| Raczej nie lubię                                     | 5                               | 3                                    |
| Zdecydowanie nie lubię                               | 5                               | 4                                    |
| Mam obojętny stosunek do pracy                       | 15                              | 13                                   |

Źródło: Jończyk, 2008, s. 268.

W tym przypadku wyniki badań dla lekarzy z obu państw są porównywalne. Na podstawie tych opinii można stwierdzić, że lekarze czują powołanie do wykonywania swojego zawodu bez względu na otoczenie oraz warunki, w jakich muszą pracować.

W celu zwiększenia bądź oceny motywacji pracowników służby zdrowia przeprowadzane są ankiety satysfakcji klientów–pacjentów dotyczące obsługi w szpitalu przez pracowników. Przykładem może być zaprezentowana poniżej forma ankiety przeprowadzonej w szpitalu w Kluczborku (<http://www.pczszpitalkluczbork.pl/ankie-tap.html>, 20.07.2011):

**ANONIMOWA ANKIETA BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTA  
– PORADNIE**

Szanowni Państwo! Pragniemy poznać Państwa zdanie na temat jakości usług medycznych świadczonych w naszym szpitalu. Opinia ta jest nam niezbędna do tego, aby korygować niedociągnięcia i wychodzić naprzeciw Państwa oczekiwaniom. Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety przez wybranie odpowiedzi zgodnej z Państwa odczuciami. Oczekujemy również dopisania uwag Państwa w miejscu pozostawionym specjalnie do tego celu. Jeśli pacjent jest małym dzieckiem, prosimy rodziców lub opiekunów o wypełnienie w jego imieniu ankiety.

Ankieta jest anonimowa – prosimy o szczerą wypowiedź.

## METRYCZKA PACJENTA

**Z usług której poradni specjalistycznej Pani/Pan korzystał(a)?**

Poradnia kardiologiczna

**Płeć**

Kobieta

**Wiek**

1

### A. PRZYJĘCIE CHOREGO W PORADNI

**1. Poziom obsługi Pacjenta w Poradni - podejście do Pacjenta**

mię i sympatyczne

**2. Poziom obsługi Pacjenta w Poradni - kompetentna informacja**

bardzo dobrze

**3. Poziom lekarskiej opieki medycznej - czas oczekiwania na wizytę**

punktualnie

**4. Poziom lekarskiej opieki medycznej - podejście lekarza do Pacjenta**

mię i sympatyczne

**5. Poziom opieki medycznej - wyjaśnienie celu badania, diagnozy, proponowanego leczenia**

bardzo dobrze

### B. OGÓLNA OCENA SZPITALA

**1. Jak Pani/Pan ocenia usługi świadczone w naszej placówce.**

bardzo dobrze

### WŁASNE OPINIE

Jeżeli w trakcie pobytu w naszym szpitalu zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami szczególnie drażliwymi nie ujętymi w ankiecie lub z przypadkiem godnym wyróżnienia prosimy o ewentualną pisemną notatkę w tym miejscu:

Podsumowując działania podejmowane przez placówki służby zdrowia, można stwierdzić, że „wszystko sprowadza się do tego, by personel oraz osoby zarządzające byli w stanie zawsze postawić się w sytuacji pacjenta” (Ozorowska, 2011, s. 52).

Kwestia motywacji pracowników zależy również od tego, czy dana organizacja jest skoncentrowana na kulturze zarządzania i zorientowana na ludzi, którzy mają bezpośredni wpływ na wydajność pracy: *Każdy pracownik może być źródłem znakomitych pomysłów. To, czy ujrzą one światło dzienne, zależy od modelu zarządzania panującego w organizacji* (Anders, 2008, s. 185).

## Bibliografia

1. Adamska-Golińska N., Czas pielęgniarek stale się wydłuża, *Menedżer Zdrowia* 2011; 3.
2. Anders D., *Stworzeni, aby służyć – jak wpływać na wyniki firmy pamiętając o potrzebach pracowników*, Oficyna Wolters Kluwer, Kraków 2008.
3. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków 2007.
4. Blimel I., Blimel M., *Pasje i marzenia liderów XXI wieku*, Poland Business Guide, Warszawa 2011.
5. Borkowska S., *Motywacja i motywowanie*, W: *Zarządzanie zasobami ludzkimi – tworzenie kapitału ludzkiego w organizacji*, pod red. H. Króla, A. Ludwiczyńskiego, PWN, Warszawa 2006.
6. Jończyk J., *Czynniki motywujące do pracy w opinii lekarzy pracujących w Polsce i w Stanach Zjednoczonych – wyniki badań*, W: *Aktualne problemy zarządzania organizacjami*, pod red. W. Kowalczewskiego, W. Matwiejczuka, Difin, Warszawa 2008.
7. Ozorowska M., Holenderska lekcja dla Polski. Patrz szeroko, *Menedżer Zdrowia* 2011; 2.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 151 poz. 896).
9. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408, art. 62d).

## Netografia

1. Nitin Nohria, Boris Groysberg, Linda-Eling Lee, *Motywacja pracowników – nowy, skuteczny model*, [http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90442,6070587,Motywacja\\_pracownikow\\_nowy\\_skuteczny\\_model.html](http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90442,6070587,Motywacja_pracownikow_nowy_skuteczny_model.html) (20.07.2011).
2. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce/news/news3/2011/5/health-professional-mobility-on-the-european-agenda> (1.09.2011).
3. <http://www.pczszpitalkluczbork.pl/ankietap.html> (20.07.2011).
4. <http://www.wynagrodzenia.pl/artukul.php/wpis.2202>.



## Ocena pracowników w służbie zdrowia

---

*Marek Bugdol*

---

Procesy zatrudniania w służbie zdrowia są bezpośrednio powiązane z problematyką oceny pracowników. Podobnie jak w każdej innej sferze działalności istnieje wiele kontrowersji związanych ze stosowaniem ocen pracowniczych w służbie zdrowia (Kondro, 1994; Conlon i in., 2006; Vasset i in., 2010; Meikle, 2011).

Artykułowane są argumenty przemawiające za takimi ocenami, jak i argumenty przeciwne – podważające sens przeprowadzania ocen formalnych. Systemy ocen pracowniczych nie sprawdzają się m.in. z powodu odmiennych oczekiwań pracowników i niemożliwości ich zaspokojenia (Bergeron, 2007; Jiang i in., 2007). Dobrze zaprojektowany system ocen musi posiadać swoje jasno sprecyzowane cele i zasady (Lee i in., 1983; Eades, Graham, 2004; Judkins, 2004).

Na podstawie analizy literatury przedmiotu (Parks, Lindstrom, 1995; Royal, Brown, 2000; Judkins, 2004; Novak, Pittman, 2004; Conlon i in., 2006; Weiss, 2006; Odro i in., 2010; Vasset i in., 2010) oraz doświadczeń zawodowych autor formułuje listę warunków udanych implementacji systemów ocen pracowniczych. W niniejszym rozdziale zawarto zestaw metod, które mogą być stosowane w służbie zdrowia, wskazano na liczne słabości i ograniczenia systemów ocen i sformułowano uproszczoną listę zaleceń praktycznych.

### **Kontrowersje wobec systemu ocen**

Istnieją zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy oceniania pracowników. Zwolennicy wskazują na potrzebę oceniania pracowników ze względu na konieczność przedłużania kontraktów, umów. Czasami powołują się na możliwości zdobywania informacji potrzebnych do ustalania ścieżki rozwoju zawodowego, awansów. Przeciwnicy twierdzą, że przeprowadzanie ocen odciąga lekarzy od ich codziennych obowiązków. Przeprowadzanie ocen pracowniczych jest najbardziej kontrowersyjnym zadaniem w służbie zdrowia (Vasset i in., 2010).

Badania wykonane w 2006 r. w brytyjskich szpitalach wykazały, że systemy ocen (Conlon i in., 2006):

- koncentrują się na wykonawstwie (nad tym, co zostało już zrobione), a mało uwagi poświęcają sposobom rozwiązywania problemów w przyszłości,
- nie są wolne od osądów (teoria nie pokrywa się z praktyką, pomimo zapewnienia ocena wykonawstwa, pracy itp. jest prawie zawsze indywidualną oceną pracownika),
- nie zawsze są powiązane z motywacją pracowników,
- są kosztochłonne i czasochłonne.

Kiedy w Kanadzie postanowiono wprowadzić oceny obowiązkowe, to wówczas renomowane instytucje (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the College of Family Physicians of Canada – CFPC) uznały, że oceny będą bezproduktywne, niepotrzebne. Twierdzono, że lekarze w trosce o wysokie oceny będą głównie uczyć się tego, jak prawidłowo wypełniać testy (Kondro, 1994).

Różna jest opinia samych lekarzy na temat przydatności takich ocen. Jedni lekarze uważają, że oceny są potrzebne, część lekarzy bojąc się oceny własnych kompetencji, nie chce oceniać innych; jeszcze inni uważają system ocen za zwykłą zabawę, pogawędkę (Meikle, 2011).

Trwa dyskusja na temat przydatności systemu ocen pracowniczych w służbie zdrowia (np. Eades, Graham, 2004), gdyż ocena pracowników jest tutaj niezwykle trudna. Podkreśla się często, że ocena wyników pracy (leczenia, profilaktyki) jest bardzo trudna ze względu na brak odpowiedniej wiedzy (czy rzeczywiście zabieg był udany?).

Sceptycy twierdzą również, że jeżeli ocena kadry medycznej ma decydować o prawie do wykonywania zawodu (a takie pomysły są często lansowane), to wyniki ocen muszą być silnie udokumentowane. Powstaje więc pytanie, czy aktualne metody, sposoby ocen umożliwiają zdobycie takich dowodów? (odpowiedź na to pytanie jest bardzo często negatywna). Niewłaściwie prowadzone oceny niszczą poczucie sprawiedliwości, a tym samym niszczą kapitał społeczny (jego najważniejszy składnik – zaufanie).

Obecnie w niektórych państwach podejmowane są dyskusje nad wprowadzeniem obowiązkowego systemu ocen lekarzy (Meikle, 2011). Dyskusje takie łączą się zazwyczaj z koniecznością zwiększenia partycypacji pacjentów w proces zarządzania służbą zdrowia.

## Cele oceny

Istnieje wiele klasyfikacji celów ocen. Jedne nawiązują do doskonalenia umiejętności ocenianych osób, inne są bezpośrednio związane z procesami zarządzania zasobami ludzkimi – głównie z motywacją i rozwojem zawodowym.

Zaproponowany przez autora podział obejmuje cele:

- etyczne – takie, jak autentyczna troska o pracowników – ich wzajemne relacje i kompetencje poszczególnych pracowników oraz grup pracowniczych,

- nieetyczne – związane z celami ukrytymi (ocena służy do zwolnienia, poniżania pracowników, prowadzenia nieuczciwych gier).

#### Przykład 1.

Według Departamentu Zdrowia, celem systemu ocen w służbie zdrowia jest zapewnienie regularnej informacji dla lekarzy na temat ich wykonawstwa, zapewnienie ustawicznego doskonalenia świadczonych usług, identyfikacja potrzeb edukacyjnych i rozwojowych – związanych z karierą zawodową. Proces oceny musi być pozytywny (pozbawiony efektu restrykcyjnego). Jego zadanie polega na identyfikacji wiedzy pozwalającej na doskonalenie jakości usług.

Źródło: Judkins, 2004.

Jednym z najważniejszych celów jest opracowanie indywidualnych planów rozwoju zawodowego (Eades, Graham, 2004). Do innych celów ocen zalicza się eliminację nieuczciwych lekarzy (jeżeli tacy są) i/lub lekarzy działających niezgodnie ze standardami medycznymi, doskonalenie procesów radzenia sobie z reklamacjami, zażaleniami, zwiększenie dostępu do wiedzy (procedur medycznych, wykonywanych zabiegów itp.), zwiększenie zaufania społeczeństwa do całej służby zdrowia.

## Zasady i formy oceny

Istnieją dwa sposoby oceny pracowników:

- ocena każdego etapu realizacji zadań („krok po kroku”),
- ocena efektów pracy, zrealizowanych celów.

Pierwszy sposób można stosować tam, gdzie istnieje realna możliwość dokonywania ocen cząstkowych – poszczególnych zadań, operacji, etapów wykonywanych zadań. Drugi sposób jest odpowiedni dla tych prac, w których ocena poszczególnych etapów, operacji, zadań nie jest możliwa. O wyborze określonego sposobu decyduje charakter pracy. Na przykład pielęgniarki zajmujące się opieką nad osobami chorymi mogą być oceniane za pomocą pierwszego sposobu. Lekarze specjaliści, np. chirurdzy, oceniani mogą być za pomocą drugiego sposobu (tutaj liczy się sam efekt pracy). W praktyce o wyborze jednego z dwóch sposobów powinni decydować sami pracownicy.

Do powszechnie stosowanych zasad oceny zalicza się następujące zasady:

- powszechności – ocenie muszą podlegać wszyscy pracownicy (lekarze, pielęgniarki, pracownicy administracji),
- jawności (oceny są jawne dla osób ocenianych),
- różnorodności (najlepiej stosować równocześnie kilka metod oceny),
- integralności (oceny muszą być powiązane z systemem motywacji, indywidualnego rozwoju),

- elastyczności (oceny mogą ulegać modyfikacji),
- obiektywizmu (oceny nie mogą być oparte na subiektywnych przesłankach, kryteria oceny muszą być mierzalne).

## Oczekiwania pracowników wobec oceny i dylematy decyzyjne

Pracownicy mają określone oczekiwania wobec innych osób, podejmowanych przez nich działań, stosowanych metod zarządzania zasobami ludzkimi.

Pracownicy chcą, aby ocena:

- nie była zbyt rygorystyczna (nie doprowadzała do ukarania pracownika, ale również do jego poniżenia, dyskredytowania, zaniżania oceny),
- nie niszczyła istniejącego zaufania do własnych kompetencji (niewłaściwie przeprowadzona ocena niszczy zaufanie interpersonalne, kompetencyjne, poczucie sprawiedliwości proceduralnej),
- dostarczała obiektywnej wiedzy o silnych stronach (działała motywująco),
- dostarczała wiedzy o słabych stronach, ale równocześnie i sposobach ich korygowania,
- była związana z udzielaniem nagród za właściwą pracę, posiadaną i wykorzystywaną wiedzę, rozwijane umiejętności.

Wiele badań dowodzi, że oczekiwania pracowników różnią się w zależności od pełnionego stanowiska, sprawowanej funkcji (np. Jiang i in., 2007). Oczekiwania przełożonych i podwładnych są inne, ponieważ inne są ich role społeczne. Te odmienne oczekiwania rzutują na oceny pracownicze w takim samym zakresie, jak liczne zniekształcenia psychologiczne.

Niedocenianym problemem są indywidualne decyzje pracowników dotyczące poziomu ich zaangażowania w wykonywanie pracy. Decyzje te zależne są nie tylko od innych pracowników lub grup (grup odniesienia), ale również od tego, jak oceniane są przez innych pracowników zachowania obywatelskie, a więc takie, które polegają na przejmowaniu dodatkowych obowiązków (wykraczających poza przydział zadań). Często bowiem dochodzi do takiej sytuacji, w której zachowania obywatelskie są oceniane jako przynależne, zwykłe. Przy takim samym wymiarze czasu pracy jednostki, które poświęcają więcej czasu na zachowania obywatelskie niż na wykonywanie zadań, mogą mieć mniejsze możliwości realizowania kariery (Bergeron, 2007).

## Warunki udanych implementacji

Już w przeszłości uznano, że aby system ocen pracowniczych pełnił rolę pozytywną, to musi być w odpowiedni sposób zarządzany (Lee i in., 1983). Na podstawie wcześniejszych badań można sporządzić uproszczoną listę warunków skutecznych systemów ocen pracowniczych w służbie zdrowia:

- w ramach systemu ocen musi istnieć opracowany i zakomunikowany zestaw dobrych praktyk (pracownicy powinni wiedzieć, jakie są wzorce zachowań);
- oceny przeprowadza się wówczas, gdy istnieje wyraźna potrzeba przeprowadzania ocen, a termin ich przeprowadzania nie zbiega się z terminami restrukturyzacji;
- konieczne jest zapewnienie szkolenia osobom przeprowadzającym proces oceny oraz kampanii informacyjnych dla osób ocenianych;
- system ocen pracowniczych musi obejmować przegląd wyników, podsystem wsparcia dla osób przeprowadzających oceny (wsparcie merytoryczne, często psychologiczne, polegające na rozwiązywaniu ewentualnych konfliktów), komunikację między osobami odpowiedzialnymi za proces ocen, feedback;
- zarówno oceniani, jak i oceniający muszą wspólnie pracować nad doskonaleniem systemu ocen pracowniczych;
- musi być zapewniony odpowiedni czas szkolenia (ze zgromadzonych przykładów wynika, że jeden dzień szkolenia nie wystarcza);
- należy dbać o terminowość (czas rozpoczynania i kończenia ocen; czas ten musi być przestrzegany ze względu na bezpieczeństwo wprowadzenia pewnych rozwiązań przed zakończeniem oceny, np. nowego taryfikatora płacowego);
- musi być wdrożony system odwołań od złych i krzywdzących ocen;
- osoby oceniane muszą mieć możliwości samodzielnego skorygowania uchybień, zaniedbań, zachowań niezgodnych z normami;
- należy wykonywać przegląd samego systemu ocen (wraz z przeglądem zgromadzonej wiedzy);
- należy zapewnić ochronę zgromadzonej wiedzy (nie może ona wypływać na zewnątrz);
- muszą być wypracowane alternatywne sposoby komunikacji (system ocen nie może zastępować procedur komunikacyjnych, w przeciwnym razie pracownicy nie będą mieli możliwości swobodnego wyrażania opinii).

Cele ocen muszą być:

- **specyficzne** – np. jeżeli powierzone zadania mogą być zrealizowane za pomocą mniejszych zadań, operacji, to wówczas istnieje szansa na dokonywanie ocen poszczególnych operacji, etapów;
- **mierzalne** – muszą istnieć wskaźniki i narzędzia pomiaru wyznaczonych celów;
- **osiągalne** – tj. dostosowane do możliwości organizacji (nie da się ich osiągnąć w sytuacji ograniczonych zasobów);
- **realistyczne, dopasowane do indywidualnych umiejętności** – przypisywane zadania nie mogą znacznie przewyższać umiejętność (ale już wyznaczanie zadań ambitnych, nieco przewyższających umiejętność może działać motywująco);
- **określone czasowo** – powierzanie zadań musi uwzględniać takie czynniki, jak czas pełnienia funkcji, czas funkcjonowania działu, istnienie zadań do realizacji itp.

### Przykład 2.

Badania przeprowadzone w brytyjskiej służbie zdrowia wykazały, że aż 98% respondentów przed dokonaniem ocen była szkolona. Większość (ponad 50%) uczestniczyła w szkoleniu, które trwało więcej niż jeden dzień roboczy. Wszyscy pracownicy mogli się komunikować korzystając zarówno z sieci komputerowej, jak i bezpośredni sposób. Udzielono im wsparcia organizacyjnego – odbywały się spotkania osób odpowiedzialnych za oceny, dyskutowano nad barierami psychologicznymi ocen, informacjami uzyskiwanymi od pracowników ocenianych.

Źródło: Conlon i in., 2006.

Ważną rolę w procesie oceniania pełni system odwoławczy. W niektórych szpitalach, gdy dochodzi do identyfikacji nieprawidłowości, rolę negocjatora sprawuje dyrektor medyczny.

Ważne jest to, aby wyniki ocen nie służyły do karania ocenianych. Lekarze, pielęgniarki muszą mieć wiedzę o wynikach oceny, po to, aby mogli sami podejmować decyzje dotyczące ich dalszej pracy, poziomu zaangażowania, doskonalenia umiejętności. Ewentualne wsparcie zewnętrzne potrzebne jest wówczas, kiedy ocena jest rażąco niska lub, kiedy lekarze sami sobie nie radzą.

### Przykład 3.

Kierownictwo The Alberta College of Physicians and Surgeons postanowiło wprowadzić w 1994 r. system obowiązkowych ocen pracowników. Obejmował on trzy elementy: ocenę umiejętności, wiedzy i interakcji lekarz–pacjent. Celem takiego systemu było wypracowanie bazy danych, w której zgromadzone miały być wszystkie wyniki ocen. Z baz takich mogli korzystać lekarze, porównując własne wyniki do tych, jakie otrzymali inni specjaliści. Drugim głównym celem było opracowanie programu rozwoju kompetencji medycznych. Oceny nie decydowały o przedłużeniu licencji na wykonywanie zawodu, a jedynie służyły rozwojowi zawodowemu.

Źródło: Kondro, 1994.

## Oceny nieodpowiednie

Najgorszą z możliwych ocen jest ocena bezpośrednia wykonywana przez przełożonego. Oceny bezpośrednie, wykonywane w relacjach przełożony–podwładny, są zawodne z kilku powodów: różne są umiejętności i doświadczenia osób oceniających; różny jest zakres ich władzy i miejsce w strukturze; istnieją zróżnicowane oczekiwania, co do pracowników i samych ocen. Oceny takie powodują konflikty nie tylko dlatego, że różnicują pracowników i zwiększają dystans społeczny – źle przeprowadzone ugruntowują hierarchiczne podziały (Bugdol, 2010).

Do konfliktu dochodzi dlatego, że często istnieją sprzeczne interesy. Pracownik nie chce być oceniany, podczas gdy kierownictwo może wykorzystywać oceny do pozbywania się leniwych, ale też niewygodnych pracowników.

Oceną mało przydatną jest ocena wykonywana za pomocą kwestionariusza diagnozującego cechy osobowościowe lub zachowawcze pracowników.

Nieodpowiednia jest również tzw. metoda interwencyjna, którą stosuje się wówczas, gdy dojdzie już do błędu medycznego i szpital musi zapłacić pacjentom odszkodowanie.

Takie oceny mają jedynie wówczas sens, kiedy pracownicy otrzymali wcześniej odpowiednie wsparcie, szkolenie, oceniono ich kompetencje podczas rekrutacji i podczas wykonywania przez nich pracy zawodowej.

Ocena pracowników w polskiej służbie zdrowia jest najczęściej oceną złą, nieproduktywną, przynoszącą niewielkie korzyści zarówno ocenianym, jak i oceniającym.

#### Przykład 4.

*W naszym szpitalu ocena odbywa się na podstawie ankiet wypełnianych przez bezpośrednich przełożonych. Głównie ocenia się efekty zleczanych zadań, pracę codzienną, która obejmuje zakres obowiązków. Ocena zła powoduje zmniejszenie lub całkowite zniesienie premii, dobra natomiast – przyznanie lub wzrost premii. Podejście pracowników do oceny jest różne. Część uważa, że jest ona niepotrzebna i jest dodatkowym czynnikiem stresującym, są też tacy, którzy uważają ocenę za dodatkową motywację do pracy.*

Źródło: Wywiad przeprowadzony przez studentkę PMWSZ w Opolu.

Inną praktyką spotykaną w placówkach służby zdrowia jest zupełnie lekceważenie ocen pracowniczych lub – co gorsza – zastępowanie formalnych ocen zasadą uznawalności.

*W moim NZOZ-ie nie ocenia się pracowników. Diagnostki i pielęgniarki są traktowane inaczej niż lekarze. Właściciel uważa, że jego dochody zależą od tego, jak pracują lekarze (tzn. jak gospodarują środkami finansowymi – ile dodatkowych badań zlecają na zewnątrz). Pielęgniarki i recepcjonistki są czasami zapraszane przez szefa na jakieś prywatne spotkania, imprezy plenerowe. Nie ma u nas systemu premiowania, wynagradzania, wspierania pomysłów. Nikt nie jest ani motywowany, ani oceniany. Gdy dochodzi do nieporozumień, to zwalnia się pielęgniarkę i przyjmuje nową.*

Źródło: Wywiad, kobieta, wykształcenie wyższe, NZOZ.

## Formy godne polecenia

### 1. Audyty<sup>1</sup> jakości

Audyty jakości są przeprowadzane w tych szpitalach, przychodniach, w których wdrożono system zarządzania jakością. Audit nie ocenia ludzi, lecz procesy i/lub funkcje. Najskuteczniejsze, ale zarazem najtrudniejsze do przeprowadzenia są audyty procesowe – obejmujące każdy etap realizowanego procesu (np. od przyjęcia pacjenta po etap jego zewnętrznych konsultacji). Podejście procesowe pozwala na uchwycenie błędów w obsłudze klienta. Najczęściej w wyniki audytu jakości okazuje się, że klient nie posiada dostatecznej informacji, karty usług zaprojektowane dla klientów posiadają bardzo dużo błędów (np. niejasnych sformułowań), istnieją możliwości przyspieszenia pewnych etapów realizacji usługi, ograniczenia marnotrawstwa itp. Audyty nie kończą się wnioskami o ukaranie pracowników, mają one inny cel – ustawiczne doskonalenie procesów przez zaproponowanie działań zapobiegawczych lub korygujących.

### 2. Ocena grup realizujących zadania na podstawie umowy

Istotność takich ocen wynika z dwóch faktów:

- coraz więcej szpitali sięga po możliwości związane z outsourcingiem,
- w wielu przypadkach istnieje brak wykwalifikowanego personelu.

Outsourcing nie zawsze bywa korzystny dla jakości i wyników ekonomicznych i dlatego ocena usług realizowanych przez zewnętrzne podmioty wydaje się być jak najbardziej uzasadniona.

Przykład 5.

Analiza przeprowadzona w Shands at Alachua General Hospital (SAGH) wykazała, że komunikacja standardów współpracy podnosi morale pielęgniarek i sprzyja wydajności.

W umowie zawieranej z agencją ustalane są kluczowe obszary współpracy, takie jak: zarządzania ryzykiem, przeciwdziałanie bioterroryzmowi, bezpieczeństwo pracy, standardy obsługi różnych grup pacjentów, edukacja pacjentów, prowadze-

<sup>1</sup> Pomimo tego, że słowo *audit* nie jest poprawnym terminem i nie występuje w słowniku języka polskiego, jednak na stałe wpisało się w słownictwo osób (audytorów, konsultantów, menedżerów) zaangażowanych w systemy zarządzania jakością, środowiskiem i bhp. Stosowanie słowa *audit* jest skutkiem błędnego tłumaczenia norm ISO 9001 i ISO 14001 przez Polski Komitet Normalizacyjny (PKN).



nie dokumentacji, protokół farmaceutyczny, poprawa jakości usług itp. Agencje są zobowiązane do przekazania wymagań jakościowych wszystkim zatrudnianym pielęgniarkom. Równocześnie jednak wewnętrzna polityka szpitala oraz procedury są wspólnie przeglądane, rewidowane. Każda pielęgniarka otrzymuje zestaw niezbędnej dokumentacji (politykę szpitala, procedury medyczne, jakościowe itp.). Jeżeli w wyniku oceny okazuje się, że potrzebne jest dalsze doskonalenie kompetencji, to szpital zapewnia szkolenie pielęgniarek.

Źródło: Novak, Pittman, 2004.

### 3. Ocena kompetencji na wejściu

Istnieje olbrzymia liczba różnych definicji kompetencji, które nawiązują zazwyczaj do różnych kategorii. Najczęściej do elementów składowych kompetencji zalicza się: umiejętności i zdolności, wiedzę, kompetencje fizyczne, style, osobowość, zasady i wartości, zainteresowania, doświadczenie, kreatywność, innowacyjność, odpowiedzialność, przedsiębiorczość, profesjonalizm, dyspozycyjność, zdolność do współpracy, kompetencje komunikacyjne, asertywność, skuteczność, umiejętności efektywnego działania i wypełniania funkcji, wartości, zestaw motywów, zdolności do skutecznego transformowania umiejętności, utrwalone zachowania. W praktyce zarządzania jakością wykorzystuje się zwykle model góry lodowej Spencerów (Spencer, Spencer, 1993), zgodnie z którym wszystkie kompetencje dzielimy na dwie grupy: możliwe do zdiagnozowania (np. wiedza, umiejętności) i trudne do zbadania (rzeczywiste motywacje, wartości).

**Tabela 1.** Przykładowa karta oceny kompetencji dla diagnosty medycznego

| <b>Składnik kompetencji</b> | <b>Przedmiot oceny, propozycja punktów oceny</b>   |
|-----------------------------|--|
| Wykształcenie               | mgr analityki medycznej – 4,<br>mgr biologii + studia podyplomowe z zakresu diagnostyki medycznej – 4,<br>technik analityki medycznej, mgr biologii – 3  |
| Doświadczenie               | punkt przyjęcia materiału badawczego – 3,<br>laboratorium w NZOZ – samodzielne stanowisko – 5,<br>praca w dużym laboratorium analitycznym szpitala wojewódzkiego – 4–5   |
| Wyszkolenie                 | brak kursów i studiów podyplomowych – 0,<br>studia podyplomowe z zakresu analityki medycznej – 3,<br>studia podyplomowe przygotowujące do specjalizacji zawodowej – 4,<br>kursy i studia inne (np. zarządzania służbą zdrowia) – 2 |
| Umiejętności                | diagnoza na stanowisku pracy – punktacja w skali od 1 do 5   |

Wstępne wymagania zawarte w powyższej tabeli pozwalają na stworzenie szczegółowej listy oceny pracowników za pomocą metody B. Tregoe i Ch. Kepne-

ra (1997). Metoda ta pozwala na określenie celów decyzji, podjęcie odpowiedniej decyzji (dzięki ocenie punktowej poszczególnych wymagań kwalifikacyjnych) oraz – co istotniejsze – na oszacowanie ryzyka przyjętych rozwiązań.

#### 4. Ocena pracy zarządu

Członkowie zarządu w szpitalach wykonują swoje obowiązki coraz częściej na podstawie kontraktu menedżerskiego (szczególnie w prywatnych szpitalach). Istnieje kilka możliwości oceny ich pracy.

Pierwszą jest ocena wyników finansowych. Przedmiotem oceny są wówczas nie sposoby dochodzenia do wyników, ale same wyniki. Ocenia się wyniki finansowe, zmniejszenie zobowiązań, podpisane kontrakty (ich efektywność), koszty operacyjne, koszty zatrudnienia itp.). Metoda taka w dłuższym okresie jest najczęściej zawodna, gdyż nie ocenia sposobów dochodzenia do wyników, a jedynie rezultaty podejmowanych działań. Ugruntowuje postawy: „cel uświęca środki”, „byle teraz”.

Drugą metodą jest zastosowanie wewnętrznych i zewnętrznych regulacji prawnych i norm. Można wykorzystać istniejące procedury nadzoru właścicielskiego, kodeksy etyczne, procedury zarządzania systemami jakości, politykę jakości (wraz z zawartymi w niej celami) do tego, aby przeprowadzić kompleksową ocenę zarządu.

Wstępna ocena zachowań przywódczych – kryterium przewodzenie zgodne z wizją, inspiracje i umiejętności integracyjne:

- podział celów na cele dla poszczególnych funkcji i szczebli,
- zrozumiała komunikacja założeń strategicznych (jednocześnie poszczególnych pracowników wobec wspólnej wizji),
- umiejętność zachowania balansu między potrzebami poszczególnych interesariuszy,
- planowanie i osiągnięcie celów,
- demonstracja umiejętności podejmowania decyzji odpowiednich dla zaistniałych sytuacji,
- podejmowanie decyzji na podstawie faktów (zgromadzonej wiedzy, poprzednich doświadczeń),
- umiejętności budowania zaufania w organizacji,
- umiejętność elastycznego postępowania (w tym umiejętności dokonywania rewizji przyjętych celów i założeń strategicznych),
- inspirowanie innych pracowników, budowanie kultury innowacji,
- stosowanie empowermentu,
- zachowania etyczne uwzględniające społeczną odpowiedzialności biznesu,
- dbałość o reputację organizacji,
- wspieranie nowych idei, pomysłów.

Źródło: *Fundamental concept of excellence*, EFQM, Bruksela, 2010, s. 4.

Trzecim sposobem jest przeprowadzenie oceny (lub samooceny) z wykorzystaniem znanych modeli doskonałości – np. modelu European Foundation for Quality Management (*Assessing for excellence*, EFQM Publications, Bruksela, 2010). Przedmiotem oceny są wówczas: tworzenie wartości dla klienta, sposoby zarządzania ludźmi, umiejętności zarządzania procesami, budowanie relacji międzyludzkich i partnerstwa, zarządzanie innowacjami, umiejętności tworzenia i wykorzystania misji i wizji.

Czwartym sposobem jest wykorzystanie istniejących kwestionariuszy badań, które były już wykorzystywane w służbie zdrowia. Na przykład O'Donovan (1967) zaproponował, aby badać „korporacyjną żywotność”. Przedmiotem oceny są wówczas: sposoby wyznaczania celów i ich oceny, wzmacnianie procesów kariery zawodowej, zapewnienie szkolenia, umiejętności informowania pracowników (szerzej motywowania za pomocą celów), umiejętności kreowania potencjału społecznego (wyposażania pracowników w umiejętności, które mogą wykorzystywać w przyszłości).

## 5. Ocena satysfakcji

Teza, zgodnie z którą ocena satysfakcji z pracy jest pośrednią metodą oceny pracowników, wydaje się być dość przewrotna. W rzeczywistości ocena satysfakcji jest oceną wyjścia całego procesu doskonalenia organizacji. Oznacza to, że poziom satysfakcji pozwala stwierdzić, jaka jest skuteczność działań podejmowanych przez kierownictwo szpitala, przychodni. Takie badania są przeprowadzane coraz częściej w szpitalach certyfikowanych, gdzie oprócz badań tradycyjnych – związanych z poznaniem poziomu zadowolenia klientów zewnętrznych z realizowanych usług – podejmuje się badania nad poziomem satysfakcji klienta wewnętrznego – czyli pracownika.

Badania satysfakcji pracowników mogą więc w pośredni sposób diagnozować działania podejmowane przez kierownictwo szpitala i wszystkich pozostałych pracowników, od których zależy klimat organizacyjny i jakość relacji międzyludzkich.

W niektórych szpitalach badania satysfakcji z pracy przeprowadza się przed właściwymi ocenami pracowników (Weiss, 2006). Ocenie podlega sposób wspierania młodszych lekarzy, jakość stosunków międzyludzkich w małych grupach, relacje lekarze–pielęgniarki, pracownicy administracji–lekarze itp.

Odmianą opisywanej oceny jest ocena satysfakcji z realizowanych programów wsparcia. Często bowiem lekarze muszą uzyskiwać wiedzę od swoich bardziej doświadczonych kolegów.

## 6. Ocena lekarzy przez pacjentów

Ocena działań podejmowanych przez lekarzy, sposobów badania itp. nie jest możliwa przez osoby nie mające doświadczenia z zakresu medycyny. Istnieje nato-

miast możliwa ocena pośrednia, jaką mogą, a nawet powinni dokonywać pacjenci za pośrednictwem wyspecjalizowanych agencji, stowarzyszeń.

Na przykład w USA pacjenci (Royal, Brown, 2000) pacjenci są zachęceni do nabywania wiedzy dotyczącej: wykształcenia lekarzy, przynależności do stowarzyszeń, certyfikacji personalnej, recertyfikacji (do 10 lat od ostatniej certyfikacji), szkolenia podyplomowego, afiliacji. Mogą oni korzystać z ocen lekarzy dokonywanych przez renomowane instytucje (np. the National Committee for Quality Assurance – NCQA). Zgromadzona w ten sposób wiedza pozwala na podjęcie decyzji o wyborze lekarza (szczególnie w przypadku skomplikowanych zabiegów medycznych).

W Wielkiej Brytanii została zaprojektowana specjalna strona internetowa (NHS Choices), za pomocą której można oceniać lekarzy tak samo, jak ocenia się usługi bankowe, budowlane i inne. Zdarza się, że wprowadzenie systemu ocen za pomocą stron www jest inicjatywą stowarzyszeń lekarskich (Campbell, 2010). W Wielkiej Brytanii za pozytywny przykład uznaje się inicjatywę The British Society of Gastroenterology (BSG). Sami lekarze zgłosili potrzebę wprowadzenia systemu ocen (opinii) w trzech szpitalnych przychodniach (w Londynie, Nottingham i Brighton). Wbrew panującym przekonaniom oceny pacjentów były w większości pozytywne, a te negatywne dotyczyły raczej spraw pozamedycznych – związanych z parkingami, funkcjonowaniem infrastruktury, systemem informacji (Campbell, 2010).

W Polsce ocena dokonywana drogą internetową budzi sprzeciw Naczelnej Rady Lekarskiej, ale forma ta jest coraz powszechniejsza.

## **7. Wewnętrzna lub zewnętrzna ocena osiągniętych standardów**

Taka ocena jest prawie zawsze związana z oceną skutecznością systemu zarządzania jakością. Standardy (np. dotyczące przyjęć pacjentów, procedur leczenia) w nauce o jakości są normami podlegającymi nieustannemu doskonaleniu. Oznacza to, że co pewien czas należy dokonywać ich rewizji i oceny. Ważne są informacje dotyczące:

- wypełniania standardów (jaki procent standardów jest osiągniętych w szpitalu),
- liczby standardów doskonalonych w danej jednostce czasu,
- liczby standardów, których nie udało się osiągnąć (i przyczyn niepowodzeń).

## **8. Ocena poziomu zaufania pacjentów**

Ocena zaufania pacjentów jest częścią oceny jakości dostarczanych usług. Jest ona wykonywana przez część szpitali (Thom i in., 2004). Wiedza o poziomie zaufania interpersonalnego w relacjach pacjenci–lekarze pozwala na dokonanie oceny umiejętności interpersonalnych lekarzy, a pośrednio na dokonanie oceny skutecz-

ności szkolenia. Zważywszy na wagę zaufania w zarządzaniu należy stwierdzić, że takie badania są niezwykle potrzebne.

## 9. Ocena wskaźnikowa

Ocena pracy może być uzupełniana oceną wskaźników (np. długości leczenia, powikłań pozabiegowych, kosztów leczenia, kosztów jakości itp.). Ocena taka ma tylko wówczas sens, kiedy są spełnione dwa warunki:

- istnieje możliwość wykazania indywidualnego wpływu poszczególnych pracowników na owe wskaźniki,
- istnieje realny wpływ pracowników na osiągnięcie i planowanie tychże wskaźników.

## 10. Ocena typu peer

Jest jedną z najlepszych ocen. Wykonywana jest przez innych specjalistów z tej samej dziedziny. Istnieją jednak dwa niebezpieczeństwa jej przeprowadzania. Po pierwsze, obserwacja pracy lekarza może prowadzić do fałszywych wniosków (dla tego obok obserwacji potrzebny jest wywiad, badanie dokumentacji medycznej). Po drugie, nie można wykluczyć faktu zawyżania lub nadmiernego zaniżania ocen (do głosu dochodzą bowiem zależności między poszczególnymi ośrodkami zdrowia, a nawet umiejętności interpersonalne obydwu stron).

## 11. Ocena specjalistycznej wiedzy i umiejętności

Jest najczęściej związana z oceną kompetencji. Na przykład ocenie może podlegać wiedza specjalistyczna pielęgniarek dotycząca zakażeń szpitalnych, postępowania w nagłych wypadkach, radzenia sobie z trudnymi pacjentami. Taka ocena może być przeprowadzana pod warunkiem, że szpital zapewnił odpowiednie szkolenia. Ocena umiejętności praktycznych polega na obserwacji postępowania pielęgniarek przez inne, bardziej doświadczone pracownice.

## 12. Ocena luk jakościowych

Do oceny luk jakościowych służy popularne narzędzie Servquel. Godną polecenia metodą oceniania jest ocena luki, jaka występuje między wynikami programów edukacyjnych a rzeczywistymi potrzebami szpitala, przychodni. Takie badania przeprowadzi się np. w Wielkiej Brytanii (Odro i in., 2010). Warunkiem jest tutaj ścisła współpraca opiekunów praktyk, kierownictwa szpitala z osobami odpowiedzialnymi

za programy edukacyjne. Ocena luk jakościowych pozwala na identyfikację potrzeb i oczekiwań różnych grup społecznych.

### **13. Ocena lekarzy i pielęgniarek z innych państw**

Ocena lekarzy i pielęgniarek z innych państw wiąże się zwyczajowo z oceną kompetencji zawodowych. Polega na identyfikacji luk jakościowych między zestawem kompetencji wymaganym w danym państwie, a kompetencjami posiadanymi przez kandydatów do pracy.

### **14. Ocena z wykorzystaniem prawideł metody 360 stopni**

Metoda 360 stopni może wydawać się mało przydatna dla oceny pracy lekarzy czy pielęgniarek. Jednak praktyka wykazuje, że można ją z powodzeniem stosować w służbie zdrowia (Bennett i in. 2004). Ocena taka, jeżeli jest przeprowadzana zgodnie wszelkimi zasadami, może poprawić jakość pracy grupowej (gdyż angażuje większość pracowników, wzmacnia komunikację, integruje). Oceny mogą dokonywać: sami lekarze (samoocena), zewnętrzni konsultanci, koledzy specjaliści (ocena typu *peer*), młodsi lekarze, inni medyczni specjaliści (np. diagnosty medyczni), menedżerowie służby zdrowia. Przedmiotem oceny są: umiejętności medyczne, jakość interakcji z pacjentami, spełnianie standardów medycznych, przestrzeganie procedur (i ich doskonalenie), relacje koleżeńskie itp.

### **15. Samoocena**

Pozytywną rolę w doskonaleniu umiejętności lekarskich, pielęgniarskich może pełnić samoocena. Warunkiem jej przeprowadzania jest systematyczność i istnienie zaakceptowanych benchmarków, czyli najlepszych kryteriów, do których osoby oceniające mogą się porównywać. Przedmiotem oceny w tym przypadku są w mniejszym zakresie kompetencje medyczne. Ocenie mogą podlegać umiejętności zarządcze, komunikacyjne, administracyjne, organizacyjne i inne.

## **Pośrednie formy oceny**

Ocena pracowników jest zawsze oceną pośrednią – co oznacza, że niezależnie od stosowanych technik, podejść ocenia pracownika, jego dokonania, umiejętności, cechy osobowościowe itp. W części szpitali ocenia się nie tylko samych pracowników, ile wytwory ich pracy.

Ocenie podlega:

- klimat organizacyjny (który powinien sprzyjać osiąganiu zaplanowanych celów),
- zaangażowanie pracowników,

- efektywność procesów edukacyjnych,
- efektywność projektów edukacyjnych, których celem jest wzrost kompetencji pracowników medycznych,
- efektywność procesów medycznych (kluczowych związanych z podstawową działalnością),
- działania podejmowane przez pojedynczych członków zarządu (w dużych szpitalach),
- programy rozwoju pracowniczego i zabezpieczeń emerytalnych, procedury zarządzania zasobami ludzkimi i procedury systemowe (systemu zarządzania jakością, ryzykiem, środowiskiem itp),
- szczegółowe umiejętności poszczególnych grup zawodowych (np. pielęgniarki oceniane są pod kątem prawidłowej oceny potrzeb pacjentów, umiejętności komunikacyjnych, planowania własnej pracy),
- praktyka zarządzania zasobami ludzkimi (poszukiwane są sposoby oceny efektywności),
- psychologiczne i społeczne czynniki sprzyjające wydajności w pracy poszczególnych grup (taka ocena nie jest powiązana z oceną konkretnych osób, lecz dotyczy sprawowanych funkcji, wykonywanej profesji w określonym środowisku pracy, struktury organizacyjnej),
- sposoby realizacji zadań przez osoby pracujące na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. w Stanach Zjednoczonych w szpitalach bada się pracę wynajmowanych agencji pielęgniarskich).

Takie oceny są bardzo ważne, ponieważ w branży medycznej pracownicy często nie mają możliwości oceniania wyników własnej pracy.

Większość podejmowanych inicjatyw nie jest nowa i jest stosowana od lat 70. XX wieku. Ich stosowanie wynika z konieczności badania skuteczność podejmowanych działań (co zawarto m.in. w normie ISO9001, pkt. 6.2). Oceny takie są najczęściej przeprowadzane w tzw. układzie procesowym, co oznacza, że uwzględniane są dane wejściowe i dane wyjściowe. Ocenia się na przykład kompetencje pracowników bezpośrednio po zatrudnieniu i te, jakie posiadają już zaadoptowani pracownicy, którzy przeszli już jakieś szkolenie, zgromadzili doświadczenie zawodowe. W ten sposób można badać skuteczność szkoleń, a pośrednio wpływ środowiska pracy na rozwój kompetencji.

## Ograniczenia systemu ocen

Większość omawianych pomysłów, zasad, form oceny może być wykorzystywana w każdej innej branży. Wykorzystując w praktyce owe zalecenia, można spotkać się z takimi samymi ograniczeniami, jak i w każdej innej sferze usługowej. Na przykład istnieje wiele błędów psychologicznych w systemie ocen (błąd etykietowania, potwierdzania oczekiwań, stereotypów itp.).

Każda metoda oceny ma swoje silne i słabe strony. Silną stroną ocen dokonywanych drogą internetową jest ich efektywność (Campbell, 2010). Ekspertcy uważają, że oceny takie mają większe znaczenie dla oceny usług medycznych (w tym pojawiających się uchybień) niż analiza formalnych skargi i reklamacji (zgłaszanych inną drogą, np. pocztową). Z drugiej jednak strony sami pacjenci boją się identyfikacji. Boją się, że wyrażanie negatywnych opinii wpłynie na ich dalsze leczenie. A wobec tego negatywne oceny mogą być wyrażane tylko w sytuacjach skrajnych lub tam, gdzie pacjenci w celowy sposób chcą zaszkodzić lekarzom.

Z góry należy zakładać, że oceny dokonywane za pomocą przekazów internetowych mogą być skrajne. Stąd konieczność właściwej, bardzo ostrożnej interpretacji otrzymany opinii, komentarzy, wypowiedzi. Skrajności sprzyja anonimowość wypowiedzi. Można również zakładać, że część opinii nieprzychylnych jest dziełem konkurencji, a nie samych pacjentów.

Niedobłą praktyką jest łączenie ocen pracowniczych z wskaźnikami typowo medycznymi (np. ze wskaźnikiem śmiertelności). Powstają bowiem słuszne wątpliwości, co do dominującego wpływu umiejętności lekarskich na bieg czyjogoś życia (stan zdrowia zależy od wiele innych czynników: stylu życia, genów, środowiska, a w mniejszym zakresie od służby zdrowia).

Oceny typu *peer* z jednej strony sprzyjają komunikacji, budują zaufanie, poprawiają jakość wykonywanej pracy, ale z drugiej strony – jak wykazały badania w służbie zdrowia – są związane z poczuciem strachu przed ukaraniem (Parks, Lindstrom, 1995). W praktyce dąży się do budowania kultury organizacyjnej akceptującej błędy i zdolności do ich usuwania. Ale takie mało precyzyjne metody są mało skuteczne, bo zwykle wymagają bardzo dużej dawki zaufania nie tylko kompetencyjnego, ale również interpersonalnego.

Dokonyując oceny zaufania i satysfakcji, należy pamiętać o skali porównawczej. Albo odnosi się wyniki badań do wcześniejszych wyników, albo do tzw. benchmarku. Przeprowadzanie samych badań poziomu zaufania nie ma większego sensu. Warunkiem jest tutaj możliwość powtarzania badań. Należy również pamiętać o ograniczeniach związanych z badaniami kwestionariuszowymi. Wyniki tych badań nie zawsze są obiektywne.

Istnieje wiele ograniczeń tkwiących w systemie społecznym organizacji. Można wspomnieć tylko o kilku wybranych przykładach, takich, jak: poczucie niesprawiedliwości, zdolność do identyfikacji błędów w procesie oceny, dystanse społeczne, możliwości zaspokajania potrzeb i realizacji oczekiwań.

Systemy ocen mają motywować pracowników, ale nie są jedynymi ocenami wykonywanymi w szpitalu, przychodni. O ich przydatności decyduje cały szereg innych czynników, takich, jak: status w organizacji, pozycja zawodowa, uposażenie, postrzeganie dokonań przez innych (m.in. przez pacjentów). Właśnie z tego powodu średni personel medyczny może mieć poczucie niedocenywania. Poczucia niesprawiedliwości nie jest w stanie zmienić formalny system ocen (ten bardzo często preferuje lekarzy).



Jeżeli pracownicy postrzegają oceny jako niesprawiedliwe, to spada wartość i przydatność wiedzy zgromadzonej w procesie oceny, a motywacja pracowników staje się niemożliwa.

Badania przeprowadzone w norweskiej służbie zdrowia wykazały, że funkcjonowanie systemu ocen pracowniczych jest komentowane niezależnie od skłonności personelu medycznego do unikania krytyki przełożonych i niezależnie do poziomu edukacji, informacji przekazanych przed ocenami (Vasset i in., 2010). Pracownicy służby zdrowia mają zazwyczaj dobre umiejętności komunikacyjne i dlatego wsłuchiwanie się w opinie innych ludzi nie stanowi dla nich problemu. Skłonność do krytykowania pracowników przez osoby oceniane zależy od poziomu edukacji ocenianych i od ich zdolności do identyfikacji i artykułowania błędów w procesie oceny. Oznacza to, że im wyższy jest poziom kompetencji ocenianych, tym formułowane oceny mogą być bardziej zachowawcze. Z tego powodu nie zawsze oceny w układzie lekarz–lekarz będą szczerze.

W wielu placówkach medycznych istnieje ścisła hierarchia (np. w szpitalach akademickich), istniejące dystanse między poszczególnymi pracownikami – nawet, jeżeli wynikają z kompetencji przywódców – nie sprzyjają ocenom pracowniczym. Może istnieć większa pokusa do zwalniania pracowników albo z powodów typowo ekonomicznych (nowy oddział przyniesie nam więcej pieniędzy) i/lub z powodów psychospołecznych („lekarz nie dogaduje się z ordynatorem”).

Systemy ocen pracowniczych oparte są na przekonaniu, że pracownicy potrafią identyfikować swoje oczekiwania, potrafią zaspokajać potrzeby i oczekiwania innych osób. Tak niestety nie zawsze bywa. Wobec tego istnieją realne kłopoty z wykorzystaniem wiedzy zgromadzonej toku oceny.

## Lista praktycznych zaleceń

Na podstawie przeprowadzonych studiów można sformułować listę praktycznych zaleceń związanych z przeprowadzaniem ocen pracowniczych:

- pozytywną rolę w doskonaleniu kompetencji mogą pełnić oceny typu *peer* i samoocena,
- w procesie oceny należy wykorzystywać opisywane warunki udanych implementacji,
- każda strona (oceniანი i oceniający) musi być zaangażowana w proces doskonalenia systemu ocen i dokonywania pomiarów skuteczności (na ile taki system jest potrzebny, zdaje praktyczny egzamin?),
- system ocen pracowniczych powinien być elementem benchmarkingu,
- bardzo dobrą metodą (aczkolwiek pośrednią) jest wprowadzenie programu audytów medycznych,
- stosowany system ocen pracowniczych może służyć do wypracowania zestawu dobrych praktyk,

- oceny pracowników, jeżeli zostały już wprowadzone, muszą być silnie zróżnicowane (np. dobrym pomysłem jest powiązanie trzech elementów: oceny wiedzy – za pomocą testów wiedzy, umiejętności – za pomocą ocen typu *peer* i oceny poziomu satysfakcji).

## Bibliografia

1. *Assessing for excellence*, EFQM Publications, Bruksela, 2010.
2. Bennett H., Gatrell J., Packham R., Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback, *Clinician in Management* 2004; nr 12(4), s. 165–171.
3. Bergeron D.M., The potential paradox of organizational citizenship behavior: good citizens at what cost, *Academy of Management Review* 2007; nr 32(4), s. 1078–1095.
4. Bugdol M., *Zarządzanie pracownikami – klientami wewnętrznymi w organizacjach pro-jakościowych*, Difin, Warszawa 2010.
5. Campbell D., Doctor, it's time for your appraisal, *The Guardian* 2010; 29.12.
6. Conlon M., Sweeney G., Lyons N., Shelly M., Appraisal: experiences, attitudes and impact. An evaluation of the appraisal process for general practitioners in England, *Clinician in Management* 2006; nr 14(1), s. 5–22.
7. Eades E., Graham D., Appraisal and the medical profession, *Clinician in Management* 2004; nr 12(4), s. 149–154.
8. *Fundamental concept of excellence*, EFQM, Bruksela 2010.
9. Jiang J., Klien G., Wang Eric T.G., Relationship of Skill Expectation Gap between is employee and their managers with user satisfaction, *Information Resources Management Journal* 2007; nr 20(2), s. 63–75.
10. Judkins K., Appraisal: and revalidation for doctors: complement or conflict? *Clinician in Management* 2004; nr 12(4), s. 191–196.
11. Kepner C., Tregoe B., *The New Rational Manager*, Princeton Research Press Princeton, New York 1997.
12. Kondro W., Compulsory evaluations of doctors in Alberta? *Lancet* 1994; nr 343(8903), s. 965–967.
13. Lee C., Lupton D., Gelberd L., What to do after the doctor leaves, *Human Resource Planning* 1983; nr 6(2), s. 115–120.
14. Meikle J., GMC urged to push through doctor assessments plans, *The Guardian* 2011; 08.02.
15. Novak K., Pittman D., Offer agency nurses resources, *Nursing Management* 2004; nr 35(8), s. 16.
16. O'Donovan T., The executive manpower test of corporate vitality, *Management of Personnel Quarterly* 1967; nr 6(1), s. 28.
17. Odro A., Clancy C., Foster J.H., Bridging the theory-practice gap in student nurse training: an evaluation of a personal and professional development programme, *Journal of Mental Health Training, Education & Practice* 2010; nr 5(2), s. 4–12.
18. Parks J., Lindstrom C., Taking the fear out of peer review, *Nursing Management* 1995; nr 26(3), s. 48N–48P.
19. Royal LE., Brown M.R., Assessing a doctor, *Black Enterprise* 2000; nr 31(2), s. 207.
20. Spencer L.M., Spencer S.M., *Competence at work*, Wiley, New York 1993.

21. Thom D.H., Mark A.H., Pawlson L.G., Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care, *Health Affairs* 2004; nr 23(4), s. 124–132.
22. Vasset F., Marnburg E., Furunes T., Employees' perceptions of justice in performance appraisal, *Nursing Management – UK* 2010; nr 17(2), s. 30–34.
23. Weiss G.G., Assessing doctors's job satisfaction, *Medical Economics* 2006; nr 83(24), s. 40–41.

## Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych

---

*Justyna Bugaj*

---

W tej części przedstawione zostaną techniki i metody szkoleniowe służące rozwojowi kompetencji zawodowych pracowników w służbie zdrowia. Sformułowane zostaną cele tego procesu i wybrane problemy. Rozwój kompetencji zawodowych może się odbywać za pomocą szkoleń:

- formalnych, takich jak: kursy, seminaria, sympozja, studia podyplomowe itd.,
- nieformalnych, najczęściej samokształcenie, wykorzystujące także wszystkie wyżej wymienione formy.

W rozdziale zostaną opisane owe szkolenia w podziale na grupy pracownicze, z których najbardziej szczegółowo przedstawieni będą lekarze i lekarze dentyści. W części tej poruszone zostaną również najczęściej spotykane problemy związane z rozwojem zawodowym pracowników medycznych. Na podstawie materiałów źródłowych (głównie opinii zatrudnionych, dokumentów wewnętrznych, artykułów prasowych), analizy aktów prawnych, publikacji oraz badań opisane zostaną aktualne problemy procesu rozwoju kompetencji zawodowych pracowników medycznych w Polsce.

### Wprowadzenie

Grupa pracowników związanych z medycyną jest bardzo zróżnicowana. Należą do niej lekarze i lekarze dentyści, farmaceuci, pielęgniarki i położne, ale także ratownicy medyczni, dietetycy, pracownicy firm farmaceutycznych, kosmetycznych i inni. Rozwój ich kompetencji zawodowych jest ściśle określony w procedurach prawnych (rozporządzenia ministra zdrowia) dotyczących wymagań związanych z kształceniem podyplomowym. Dla grupy lekarzy i lekarzy dentyistów ogólne wytyczne reguluje Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 658), szczegółowe zasady określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów* z dnia 20 października 2005 r. (Dz.U. 2005 nr 213 poz. 1779) i Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).

Sposób doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych określa nowa Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 95 i art. 99, które weszły w życie z dniem 23 sierpnia 2011 r. Kształcenie farmaceutów zapisane jest w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne* (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381), które stanowi, iż każdy *farmaceuta zatrudniony w aptece lub hurtowni farmaceutycznej zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych*. Szczegóły tego kształcenia reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. 2003 nr 132 poz. 1238, z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. 2007 nr 191 poz. 1410) reguluje powyższe kwestie w zakresie pracowników będących ratownikami medycznymi.

Akty prawne precyzują liczbę punktów edukacyjnych, które należy uzyskać w określonym czasie. Przykładowo lekarze i lekarze dentyści w ciągu 4 lat muszą wykazać się otrzymaniem co najmniej 200 punktów edukacyjnych, a farmaceuci: 100 punktów.

Potrzeby szkoleniowe wynikają z planów samodoskonalenia pracownika lub ze skierowania przez pracodawcę. Rynek usług medycznych jest bardzo rozbudowany. Biorą w nim udział nie tylko pacjenci i lekarze oraz pozostali pracownicy placówek medycznych, ale również pracownicy firm farmaceutycznych, farmaceuci, przedstawiciele medyczni, pracownicy oddziałów NFZ i Ministerstwa Zdrowia, pracownicy Sanepidu i firm ubezpieczeniowych i inni. Każda z tych grup uczestniczy w procesie rozwoju kompetencji zawodowych pracowników medycznych. Poniżej zostaną opisane możliwości rozwoju kompetencji zawodowych na podstawie przykładów różnych form szkoleniowych w podziale na lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pozostałych pracowników placówek medycznych.

## Potrzeby szkoleniowe

Rozwój pracowników jest zespołem działań w zakresie wzbogacania wiedzy, rozwijania zdolności i umiejętności, kształtowania motywacji oraz kondycji fizycznej i psychicznej pracowników, które powinny powodować wzrost ich indywidualnego kapitału ludzkiego oraz wartości kapitału ludzkiego organizacji (Król, 2006, s. 432). Rozwój zawodowy jest natomiast kształtowaniem kapitału ludzkiego, który

podczas zoptymalizowanego procesu staje się bogatszy, bardziej dojrzały, co prowadzi w konsekwencji do działania zawodowego na coraz wyższym poziomie (Fryczyńska, 2008, s. 11).

Szkolenie można zdefiniować jako zaplanowany proces zmieniania postawy, wiedzy lub umiejętności przez uczenie się i osiągnięcie właściwych efektów obejmujących jedno lub kilka zadań. Jego celem jest rozwijanie umiejętności pracowników, aby zaspokoić obecne, jak i przyszłe potrzeby organizacji (Król, 2006, s. 435). Szkolenia wiążą się z dzieleniem się doświadczeniem i wiedzą oraz nauką praktycznych umiejętności.

Celem szkolenia pracowników może być rozwój kompetencji zawodowych ukierunkowany tak, by zatrudnieni osiągnęli optymalny poziom umiejętności zawodowych. A zatem, by rozwijali się w ramach kompetencji przypisanych do stanowisk pracy, planów zawodowych i aspiracji. Według H. Króla (2000, s. 34) cele szkolenia to:

- przekazywanie i nabywanie wiedzy, kształtowanie świadomości jej stosowania,
- przekazywanie i nabywanie umiejętności, w tym dzielenie się własnymi doświadczeniami,
- uczenie wartości i postaw.

A. Szałkowski (2004, s. 41–42) z kolei wymienia cele szkoleniowe jako:

- wyposażenie nowozatrudnionych pracowników w niezbędne umiejętności,
- rozszerzenie dotychczasowej wiedzy zawodowej,
- integrowanie cech osobowości, zdolności i umiejętności pracownika,
- uzyskiwanie nowego zawodu lub nowej specjalności zawodowej.

Dobrze zaplanowane szkolenie powinno kończyć się uzyskaniem określonych efektów kształcenia, potwierdzonych certyfikatem (dyplomem, zaświadczeniem) oraz możliwością i umiejętnością zastosowania rezultatów szkolenia w praktyce.

Zgłoszenie uczestnictwa w szkoleniu powinno zawierać standardowe dane, takie jak:

- temat, termin i symbol kursu,
- dane teled adresowe uczestnika kursu: imię i nazwisko, stopień naukowy, datę i miejsce urodzenia, numer pesel, numer telefonu, adres zamieszkania i do korespondencji, miejsce pracy,
- prośbę o wystawienie faktury za kurs, numer NIP oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

## Kompetencje zawodowe pracowników medycznych

Definicja kompetencji jest niejednoznaczna i różnie rozumiana przez różnych autorów. Zakres, jaki obejmuje to pojęcie, również jest bardzo różny. Część definicji

ogranicza bowiem kompetencje do formalnych uprawnień lub wymagań stanowiskowych (Oleksyn, 2006, s. 17, 18), inne traktują je bardzo szeroko i obejmują predyspozycje, wartości czy cechy osobowości.

Według A. Poczrowskiego, kompetencje odnoszą się do właściwości człowieka, które są trwałe i tworzą związek przyczynowo-skutkowy z osiąganymi przez niego wysokimi rezultatami pracy o mierzalnym charakterze (Poczrowski, 2003). G. Filipowicz twierdzi, że *kompetencje to dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, pozwalające realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie* (Filipowicz, 2004, s. 36–37). Zdaniem D. Thierry’ego i C. Saureta, *kompetencje w znaczeniu ogólnym – to zdolność pracownika do działania prowadzącego do osiągnięcia zamierzonego celu w danych warunkach za pomocą określonych środków. W rozwiniętej wersji, kompetencje to ogół wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i gotowość pracownika do działania w danych warunkach, a więc także zdolność przystosowania się do tych zmieniających się warunków. Nie są więc one synonimem kwalifikacji w potocznym znaczeniu ani równoznaczne z formalnym wykształceniem czy dyplomem* (Thierry, Sauret, 1994, s. 6).

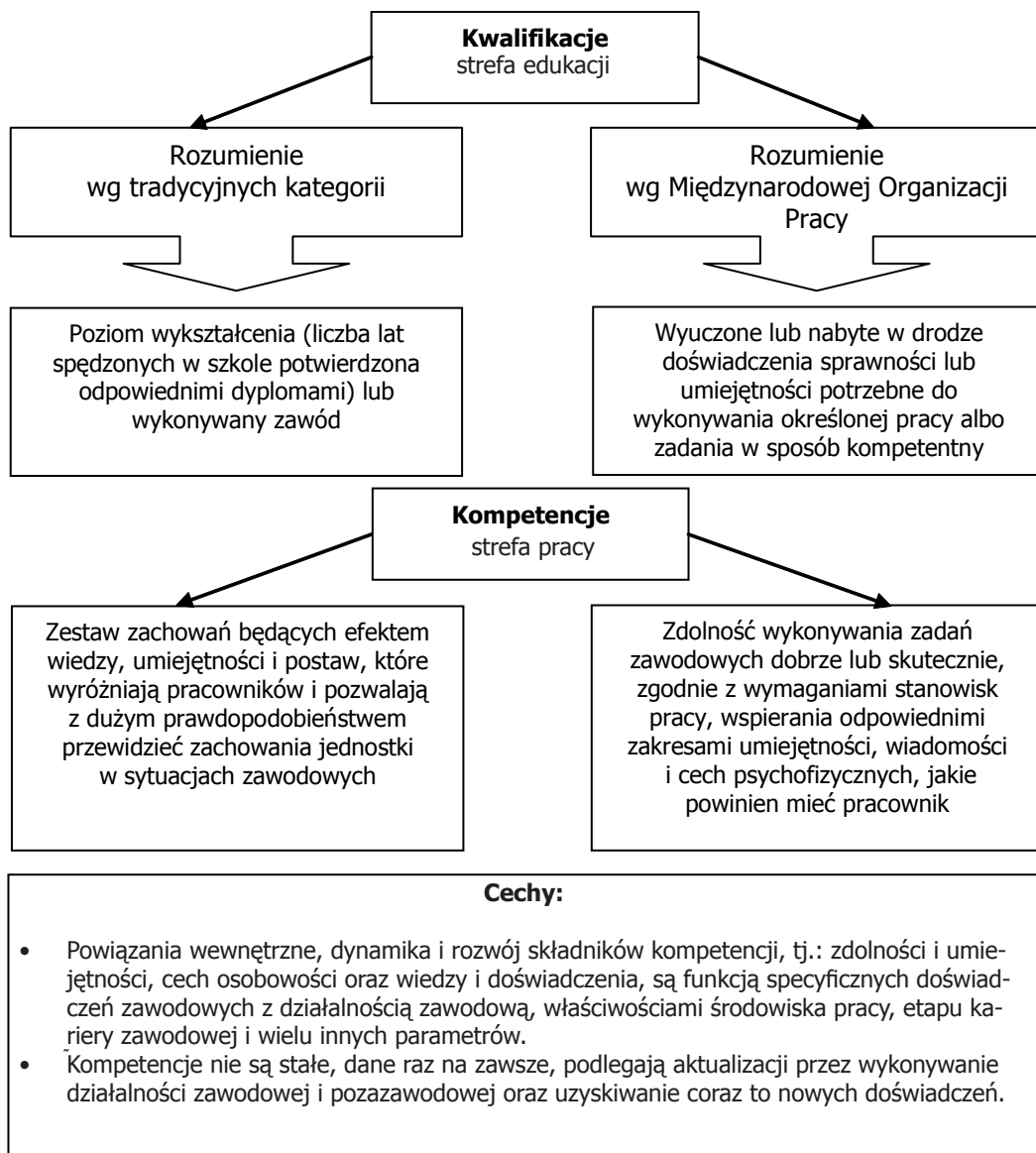
Termin *kompetencje* występuje w kilku kontekstach (Oleksyn, 2006, s. 19): kompetencji organizacji, kompetencji zawodowych, kompetencji stanowiskowych (związanych z wymaganiami poszczególnych stanowisk pracy), kompetencji rzeczywiście posiadanych przez poszczególnych pracowników, kompetencji możliwych do uzyskania (leżących w granicach możliwości danego pracownika).

Można wyróżnić *kompetencje podstawowe*, czyli takie, których posiadanie jest nieodzownym warunkiem dobrze wykonywanej pracy oraz *kompetencje wyróżniające*, które stanowią wartość dodaną i charakteryzują konkretnego pracownika spośród innych (Sidor-Rządkowska, 2006, s. 22)<sup>1</sup>. M. Armstrong proponuje także podział na *kompetencje miękkie – behawioralne*, społeczne, oraz *twarde* – odwołujące się do posiadanej wiedzy i umiejętności praktycznych (Armstrong, 2005, s. 153).

W kontekście rozwoju kompetencji pracowników istotne jest odróżnienie kompetencji, które są pojęciem szerszym, od kwalifikacji zawodowych. Kwalifikacje zawodowe są zasadniczo mniej dynamiczne. Nie poruszają także, tak istotnej w służbie zdrowia, skuteczności. Pracownik posiadający odpowiednie kwalifikacje (np. dyplom zawodowy) może nie mieć odpowiednich kompetencji do zajmowania stanowiska (np. lekarza rodzinnego, który powinien mieć rozwinięte kompetencje *miękkie*, takie jak: komunikatywność, umiejętność nawiązywania relacji, empatia). Rycina 1 prezentuje różnice między tymi dwoma pojęciami.

<sup>1</sup> Inny podział kładzie akcent na *kompetencje bazowe*, które są zbiorem i podstawą konkretnych cech spośród *kompetencji poznawczych, społecznych, osobistych* oraz na *kompetencje wykonawcze* powiązane z zadaniami wykonywanymi na danym stanowisku. Kompetencje wykonawcze również podzielone są na trzy podgrupy – *biznesowe, firmowe, menedżerskie* (Sidor-Rządkowska, 2006, s. 24).

Rycina 1. Kwalifikacje a kompetencje zawodowe



Źródło: M. Kwiatkowski, K. Smela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty* (2001), za: Sidor-Rządowska, 2006, s. 23.

## Lekarze i lekarze dentyści

Zmiany w europejskim systemie kształcenia studentów mają swoje następstwa również dla kształcenia na kierunkach medycznych i pokrewnych w polskich uczel-



niach. W przypadku nauki przyszłych lekarzy zwraca się uwagę na konieczność posiadania oraz rozwijania przez nich kompetencji społecznych, tak potrzebnych podczas kontaktu z pacjentem oraz kierowaniem instytucją medyczną. Należą do nich m.in.:

- **umiejętność zarządzania** (prowadzenia organizacji medycznej: praktyki lekarskiej, gabinetu, oddziału, przychodni, kliniki, szpitala, apteki itd., budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług zdrowotnych, motywowania pracowników itd.);
- **zachowania organizacyjne** (współpraca z pracownikami i pacjentami, w tym komunikacja interpersonalna, umiejętność przekazywania trudnych informacji, współpraca z pacjentem przewlekle chorym, odpowiednie przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, a także zmiana nawyków w procesie leczenia);
- **świadome kierowanie karierą** (kompetencjami zawodowymi).

W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentyistów rozwój kompetencji społecznych następuje przez samokształcenie lub udział w specjalistycznych kursach organizowanych przez firmy szkoleniowe. Kompetencje zawodowe są określone zapisami w Rozporządzeniu, z którego wynika, że (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326): *doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego (...), nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (...) oraz doskonalenie w innych formach kształcenia.*

Formy i sposoby realizacji tego zapisu zebrano i przedstawiono w tabeli 1. Doskonalenie zawodowe może się odbywać m.in. za pomocą udziału w testowym, akredytowanym programie edukacyjnym (pkt. 8) lub przez wygłoszenie wykładu na konferencji, zjeździe, kongresie czy sympozjum naukowym (pkt. 7).

**Tabela 1.** Możliwości realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego dla lekarzy

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności.</li> <li>2. Udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności.</li> <li>3. Odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym.</li> <li>4. Udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym.</li> <li>5. Udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „specjalistyczne lekarskie towarzystwo naukowe”, zwane dalej „towarzystwem naukowym”, albo działającego jako „kolegium specjalistów”.</li> <li>6. Udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy.</li> <li>7. Wykłady lub doniesienia w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym.</li> <li>8. Udział w testowym programie edukacyjnym akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów.</li> <li>9. Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego.</li> </ol> |
|---|

10. Napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, artykułu w fachowym recenzowanym czasopiśmie lub edukacyjnego programu multimedialnego.
11. Napisanie i opublikowanie książki, artykułu lub programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym.
12. Przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, artykułu lub innej pracy naukowej.
13. Kierowanie specjalizacją lekarzy lub nabywaniem przez lekarzy umiejętności.
14. Prowadzenie szkolenia lekarzy stażystów.
15. Indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus.
16. Przynależność do Towarzystwa Naukowego lub Kolegium Specjalistów.

Źródło: § 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).

Punkty edukacyjne można otrzymać za publikacje (pozycja 10–12 w tabeli 1) lub kierowanie specjalizacją lekarzy (pozycja 13). Większość wymienionych wyżej form to formalne sposoby doskonalenia kompetencji zawodowych, dlatego też kończą się testem lub egzaminem, a pozytywny wynik jest potwierdzany certyfikatem, zaświadczeniem lub innym dokumentem przedstawiającym uzyskane umiejętności. W przypadku przygotowania publikacji brana pod uwagę jest nota bibliograficzna. Szczegółowe sposoby ustalania punktów edukacyjnych obrazuje tabela 2.

**Tabela 2.** Sposoby ustalenia punktów edukacyjnych

1. Za realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności – punkty otrzymuje się wyłącznie za minimalny okres danej specjalizacji lub umiejętności, określony w jej programie.
2. Za opublikowanie referatu naukowego wygłoszonego na krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym – nie dolicza się punktów, które przysługują za wygłoszenie referatu.
3. Za opublikowanie rozprawy doktorskiej lub habilitacyjnej – nie dolicza się punktów.
4. Za wykład o tej samej treści mimo wielokrotnego prezentowania – punkty uzyskuje się tylko raz.

Źródło: § 6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).

Każdy lekarz i lekarz dentyista zobowiązany jest prowadzić Ewidencję Doskonalenia Zawodowego (tab. 3), którą może otrzymać od Okręgowej Izby Lekarskiej. Ową ewidencję razem z dokumentami potwierdzającymi odbycie określonych form doskonalenia zawodowego zobowiązany jest przedstawić Okręgowej Radzie Lekarskiej przed zakończeniem okresu rozliczeniowego (tj. raz na 48 miesięcy).

Obowiązek doskonalenia zawodowego jest wypełniony, jeśli w okresie rozliczeniowym uzbiera on co najmniej 200 punktów edukacyjnych (wykazane punkty ponad limit nie można przenieść na kolejny okres rozliczeniowy). Następnie uzyskuje on wpis w okręgowym rejestrze lekarzy oraz potwierdzenie *Prawa wykonywania zawodu*.

**Tabela 3.** Wzór ewidencji doskonalenia zawodowego

| .....Izba Lekarska<br>w .....                                       |                   |                             |                                   |
|---|-------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Ewidencja Doskonalenia Zawodowego</b>                            |                   |                             |                                   |
| Lekarz (Lekarz dentysta):.....<br>Nr prawa wykonywania zawodu:..... |                   |                             |                                   |
| Forma doskonalenia zawodowego                                       | Data uczestnictwa | Liczba punktów edukacyjnych | Sposób potwierdzenie uczestnictwa |
|   |                   |                             |                                   |

Źródło: Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).

Przykłady przydzielonej liczby punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego przedstawia tabela 4. Wynika z niej, że najbardziej korzystne jest uzyskanie kolejnego stopnia naukowego (jednorazowo 200 pkt.). W tym kontekście opłaca się również realizować program specjalizacji, odbyć praktykę kliniczną, przygotować książkę medyczną, rozdział w książce lub edukacyjny program multimedialny (po 50 pkt. za każdą aktywność).

Przykładowo o praktyki lub staż medyczny można się ubiegać dzięki pośrednictwu IFMSA – Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny. IFMSA, jest partnerem WHO i zrzesza studentów z ponad 100 krajów z całego świata. Umożliwia ono odbycie nawet miesięcznej praktyki wakacyjnej, np. w szpitalu, wzbogacenie dorobku naukowego o publikacje i prace badawcze [[www.ifmsa.gumed.edu.pl](http://www.ifmsa.gumed.edu.pl)].

**Tabela 4.** Liczba punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego

| Lp.                                    | Forma doskonalenia zawodowego  | Liczba punktów                        | Sposób weryfikacji   |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <b>Grupa 1 – aktywności podstawowe</b> |  |                                       |  |
| 1.                                     | Realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności   | 50 pkt. na 1 rok                      | zaświadczenie wydane przez kierownika specjalizacji lub umiejętności |
| 2.                                     | Udział w kursie medycznym, nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności | 1 pkt za 1 h, maks. 40 pkt. za 1 kurs | zaświadczenie lub dyplom wydane przez organizatora                   |
| 3.                                     | Odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym                   | 3 pkt. za 1 dzień, maks. 50 pkt.      | zaświadczenie wydane przez kierownika jednostki                      |

| Lp.  | Forma doskonalenia zawodowego   | Liczba punktów                              | Sposób weryfikacji   |
|--|---|---|--|
| 4.   | Udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym  | 1 pkt za 1 h, maks. 40 pkt.                 | potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie |
| 5.   | Udział w posiedzeniu oddziału towarzystwa naukowego lub kolegium specjalistów   | 3 pkt. za posiedzenie, maks. 60 pkt.        | potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie |
| 6.   | Udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych lub przez grupę lekarzy              | 2 pkt. za posiedzenie, maks. 60 pkt.        | potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie |
| 7.   | Wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym  | 10 pkt., maks. 40 pkt.                      | na podstawie programu  |
| 8.   | Udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów                                    | maks. 0,2 pkt. za 1 pytanie, maks. 100 pkt. | zaświadczenie wydane przez organizatora  |
| 9.   | Uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych   | 200 pkt.                                    | dyplom   |
| <b>Grupa 2 – łącznie maks. 100 pkt. w okresie rozliczeniowym</b> |   |   |  |
| 1.   | Napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego   | 50 pkt., wznowienie – 30 pkt.               | notka bibliograficzna  |
| 2.   | Napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym                                | 10 pkt.                                     | notka bibliograficzna  |
| 3.   | Przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego                                       | 15 pkt., wznowienie – 10 pkt.               | notka bibliograficzna  |
| 4.   | Napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus | 20 pkt.                                     | notka bibliograficzna  |
| 5.   | Napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym   | 10 pkt.                                     | notka bibliograficzna  |

| Lp. | Forma doskonalenia zawodowego  | Liczba punktów                            | Sposób weryfikacji   |
|-----|--|---|--|
| 6.  | Przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym  | 5 pkt., maks. 20 pkt.                     | notka bibliograficzna  |
| 7.  | Kierowanie stażem podyplomowym, specjalizacją lub nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentyistów                                     | 5 pkt. za rok za 1 lekarza, maks. 40 pkt. | potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia specjalizacji lub umiejętności |
| 8.  | Indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus | 5 pkt. za tytuł, maks. 10 pkt.            | potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty  |
| 9.  | Przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego   | 5 pkt.                                    | zaświadczenie  |

Źródło: Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).

Drobne punkty edukacyjne można uzyskać za prenumeratę pisma medycznego lub przynależność do kolegium specjalistów/towarzystwa naukowego (po 5 pkt. za każdą aktywność).

W ostatnim okresie zwraca się jednak uwagę na rozwój kompetencji społecznych (nie uwzględnianych dotąd w ogólnych ramach prawnych). R. Brooks (2011) zwrócił uwagę na potrzebę rozwijania empatii wśród lekarzy pierwszego kontaktu, a szczególnie pediatrów. Rolę komunikacji między pacjentem a lekarzem poruszono już w *A Pediatric Approach to Learning Disorders* (Levine i in., 1980). W tej książce odwoływano się do artykułu B. Korsch i V.F. Negrete *Scientific American* pt. „*Doctor-Patient Communication*”. Autorzy wyodrębnili tam szereg czynników wpływających na skuteczną komunikację między lekarzem a pacjentem, stwierdzili, że ich znajomość ma istotne znaczenie dla świadczonej praktyki lekarskiej, buduje dialog między uczestnikami procesu leczenia oraz zwiększa prawdopodobieństwo stosowania się chorych do zaleceń lekarza. Podczas analizy 800 wizyt (głównie matek z dzieckiem) w przychodni obok szpitala dziecięcego, które trwały od 2 do 45 minut, badacze nie stwierdzili korelacji między długością sesji, zadowoleniem pacjenta i diagnozą dziecka. Określili jednak czynniki wpływające na skuteczną komunikację. Jeśli lekarz używał słów „technicznych”, niezrozumiałych, sformułowań żargonowych powstawała bariera między lekarzem i pacjentem.

Dotychczas uważano, że im dłużej lekarz przebywa z pacjentem, tym rezultaty tej wizyty będą bardziej zadowalające. W badaniach wyszło jednak, że długość wizyty nie ma wpływu na to. Określili również, że wykształcenie (lub jego brak) nie ma wpływu na zadowolenie pacjenta. Istotnie natomiast oddziaływał brak zachęcania pacjentów/rodziców do przedstawiania innych objawów choroby dziecka, możliwości stawiania pytań i opowiadania o nurtujących ich problemach zdrowot-

nych, niezainteresowanie się tym, czym rodzice martwili się najbardziej. W wyniku prowadzonej obserwacji zauważono również, że nie było tworzonej atmosfery zachęcającej do rozmowy. Nieufni rodzice często nie stosowali się do zaleceń lekarza. 26% rodziców nie wspomniało o swoich obawach i największych problemach związanych ze zdrowiem dziecka, bo nie byli do tego zachęceni. Życzliwość lekarza, zainteresowanie, empatia wpływały znacznie na efektywność komunikacji, co skutkowało wzrostem satysfakcji z wizyty i stosowaniem się do zaleceń lekarza. Poniżej znajduje się przykład etapów rozmowy z pacjentem.

#### Przykład 1. Plan rozmowy z pacjentem

- Wstępna rozmowa przed badaniem.
- Rozmowa po badaniu na temat sytuacji pacjenta.
- Rozmowa na temat zasadności leczenia i efektu możliwego do uzyskania.
- Prezentacja rozwiązań.
- Reagowanie na obiekcje.
- Zakończenie wizyty.

Stąd tak ważna jest umiejętność komunikacji, w tym skutecznego przekazywania istotnych informacji w zrozumiały sposób dla pacjenta (Brooks, 2011). Autorzy podkreślają również potrzebę patrzenia na chorobę z perspektywy pacjenta i uczenie tego podejścia już na etapie studiów medycznych. Nauka empatii, współczucia i relacji interpersonalnych powinny stać się integralną częścią programu kształcenia (studenci powinni angażować się w proces leczenia asystując lekarzom już na etapie studiów, np. przez przeprowadzanie wywiadów z pacjentami w poczekalni i zadawanie pytań dotyczących nie tylko problemów medycznych).

## Pozostałe grupy pracowników medycznych

### A. Pielęgniarki i położne

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych określa nowa Ustawa o *zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). Odbywa się on na wniosek pracodawcy lub ze względu na własne potrzeby. Ramowe programy kształcenia podyplomowego dla specjalizacji opracowywane są przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, po konsultacji z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Pielęgniarki i położne mogą korzystać również z kursów dokształcających, specjalistycznych i kwalifikacyjnych. Przykład tematyki kursów przedstawiony jest poniżej.

## Przykład 2. Wybrana tematyka kursów dla pielęgniarek

### *Pielęgniarska Opieka Długoterminowa:*

- organizacja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej – nagła pomoc,
- starzenie się – fizjologia czy choroba – zaburzenia psychiczne i sprawności charakterystyczne dla wieku podeszłego,
- zasady nawiązywania właściwych relacji z osobą starszą, przewlekle chorą i jej rodziną,
- postępowanie w wybranych problemach zdrowotnych występujących typowo w wieku podeszłym,
- pielęgnacja osób po udarze mózgu,
- podstawy terapii zajęciowej i fizjoterapii.

### *Jak poruszać się na rynku pracy – w tym:*

- przygotowanie do poszukiwania pracy,
- pisanie aplikacji,
- metody poszukiwania pracy w kraju i za granicą,
- przygotowanie do rozmowy z pracodawcą,
- przebieg rozmowy kwalifikacyjnej i pokonywanie trudności.

### *Jak założyć własną firmę, w tym:*

- aspekty prawne, organizacyjne i finansowe zakładania i prowadzenia praktyki pielęgniarskiej,
- zasady kontraktowania świadczeń pielęgniarskich z NFZ,
- pozyskiwanie funduszy z Unii Europejskiej,
- zarządzanie finansami,
- organizacja i zarządzanie firmą,
- podstawy przedsiębiorczości.

Źródło: Medycyna Praktyczna [http://www.mp.pl/szkolenia/index.php?aid=29559&\\_tc=346C-2C3E18B37CB675C04547C5E0EBFE](http://www.mp.pl/szkolenia/index.php?aid=29559&_tc=346C-2C3E18B37CB675C04547C5E0EBFE) (20.02.2012).

## **B. Ratownicy medyczni**

Dokształcanie tej grupy pracowników reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie *doskonalenia zawodowego ratowników medycznych* (Dz.U. 2007 nr 191 poz. 1410). Wynika z niego, że mogą oni podnosić swoje kompetencje zawodowe za pomocą kursów doskonalących, seminariów oraz samokształcenia. Obowiązuje ich 5-letni okres rozliczeniowy, podczas którego muszą uzyskać co najmniej 200 punktów edukacyjnych (w tym co najmniej 120 punktów za udział w kursach zakończonych egzaminem).

## C. Farmaceuci

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. 2003 nr 132 poz. 1238, z późn. zm.) pracownicy aptek zobowiązani są do podnoszenia kompetencji zawodowych przez ciągłe doskonalenie w zakresie nowych osiągnięć farmaceutycznych oraz aktualizację wiedzy. Każdy farmaceuta w ciągu 5 lat musi uzyskać przynajmniej 100 punktów edukacyjnych. Jest to związane z uczestnictwem w tak zwanym szkoleniu ciągłym lub innych formach szkoleń, w których co najmniej 50 punktów musi być uzyskane w ramach kursów zakończonych testem. Liczba punktów przyznawanych za udział w szkoleniach jest różna i wynosi od 1 do 20. W przypadku aptek do szkoleń zewnętrznych zalicza się najczęściej szkolenia specjalistyczne, związane z zagadnieniami merytorycznymi i wykonywaną przez pracowników pracą.

Jak pokazują liczne badania rynku szkoleniowego dla farmaceutów (Mahboodi, Ananthan, 2010), najwięcej szkoleń pracownicy aptek odbywają w ciągu pierwszych 30 dni pracy. W skali roku liczba szkoleń (zwłaszcza tych kilkudniowych) jest również duża, choć znacznie mniejsza niż w początkowym okresie pracy (Roshenbeck, 2010).

### Przykład 3. Szkolenia bezpłatne dla pracowników aptek

Szkolenia związane z preparatami kosmetycznymi są organizowane przez takie firmy, jak: Vichy, La Roche-Posay, Nuxe, Bioderma, Eris, Soraya, Galenic, Iwostin na tematy: *Dermokosmetyki stosowane w atopowym zapaleniu skóry, Letnia seria przeciwsłoneczna La Roche-Posay, Kremy Galenic w walce z cellulitem.*

W przypadku sieci aptek potrzeby szkoleniowe są najczęściej określane na podstawie rocznych planów oceniających oraz obowiązków wynikających ze stanowiska pracy. W tym przypadku do najczęściej spotykanych programów szkoleniowych zalicza się:

- szkolenia wprowadzające (m.in. proces adaptacji pracowników),
- szkolenia BHP,
- szkolenia merytoryczne (produkty farmaceutyczne i kosmetyczne),
- szkolenia rozwijające umiejętności interpersonalne, obsługi klienta itp.

## Pozostali pracownicy

Na jakość działania w służbie zdrowia mają duży wpływ pozostali pracownicy, tacy jak: rejestratorki, asystentki i higienistki. Ich praca wspomaga skuteczność działania procesu leczenia, gdyż pomagają lekarzom, a przede wszystkim oddzia-



łują bezpośrednio na zachowanie pacjenta. Kursy adresowane do tych pracowników rozwijają ich kompetencje w zakresie obsługi pacjenta, czyli: odpowiedniego prowadzenia rozmowy telefonicznej, przechodzenia przez jej poszczególne etapy, rozpoznawania problemów przedstawianych przez pacjenta – szczególnie podczas pierwszej wizyty/rozmowy, motywowania go do następnej wizyty, udzielania zrozumiałych odpowiedzi, zakładania kartoteki, rozliczania wizyty, reagowania na obiekcje, korzystania z systemów informatycznych przeznaczonych do tego celu.

W przypadku tej grupy pracowników niezwykle ważny jest ich sposób zachowania się, adekwatny do sytuacji. Do przydatnych umiejętności w tym kontekście zalicza się: emocjonalny i empatyczny kontakt z pacjentem, utrzymanie równowagi w sytuacjach stresu i działania pod presją, zapobieganie powstawaniu niepożądanym reakcji na negatywne sytuacje, radzenie sobie z krytyką lekarzy, udzielaniem pacjentowi emocjonalnego wsparcia. Pracownicy ci oddziałują pośrednio na skuteczność leczenia przez reagowanie na obiekcje pacjenta, w tym te dotyczące słuszności leczenia. Przykładowo higienistki mogą motywować do konieczności codziennych zabiegów higienicznych i systematycznych wizyt kontrolnych. Asystentki współpracują z lekarzem podczas wizyty pacjenta i przez swoje profesjonalne zachowanie wpływają na jej efekt końcowy (zdrowie pacjenta), w tym na stosowanie się do zaleceń lekarza.

Sprawdzenie efektów takich szkoleń może się odbyć przez badanie jakości obsługi i satysfakcji pacjentów lub za pomocą roli tzw. tajemniczego pacjenta. Wtedy to oceniane są ich zwyczajowe zachowania podczas rutynowych czynności, gdyż nie mają świadomości faktu, że są obserwowani (sprawdza się zachowanie w kontakcie z pacjentem, radzenie sobie z dokumentacją). Można również wziąć pod uwagę rekomendacje pacjentów, poddać analizie dane statystyczne związane np. z liczbą nowych osób zgłaszających potrzebę leczenia, jak również wynik oceny okresowej pracowników.

#### Przykład 4. Doskonalenie obsługi na recepcji

Podczas warsztatu uczestniczki omawiają i tworzą wzorce odpowiedzi na tzw. trudne pytania, np. Dlaczego to tyle kosztuje?, Czy dobrze leczycie?, Którego lekarza mi pani poleci?, Na czym polega to leczenie? i wiele innych.

Rejestratorki nabierają umiejętności związanych z pozyskaniem sondującego rynek pacjenta i tworzeniem z nim relacji, która skutkuje pozytywnym nastawieniem pacjenta w bezpośrednim kontakcie.

Źródło: <http://omd.edu.pl/kategorie/asysta/profesjonalna-rozmowa-telefoniczna/>.

## Wybrane instytucje medyczne

Odwolując się do rozwoju kompetencji, wielu specjalistów od zarządzania zachęca, aby traktować ten proces jako element strategii działania całej placówki me-

dycznej (Zabłocki, 2011). Rozwój pracowników, zwłaszcza będących bardzo wysoko kwalifikowanymi specjalistami, powinien być częścią spójnej strategii organizacji. Inwestycja, jaką jest rozwój pracowników, powinna być przemyślana w podobny sposób, jak każda inna w organizacji. Największe nakłady powinny zatem pochłaniać największe talenty (Doman i in., 2000).

Potrzeby szkoleniowe powinno określać się na poziomie organizacji (szkolenia na zamówienie firm – tzw. zamknięte) lub pracownika (najczęściej dołącza on do grupy szkoleniowej organizowanej przez firmę zewnętrzną). Potrzeby szkoleniowe mogą być pochodną celów organizacji lub wynikiem ocen okresowych. One zwracają uwagę na niewłaściwą obsługę pacjenta, zażalenia pacjentów, potrzebę podniesienia jakości pracy oraz zmiany w przepisach prawnych (i w wewnętrznych procedurach). Na kształtowanie potrzeb szkoleniowych mają wpływ także takie czynniki, jak: starzejące się społeczeństwo, drożące leki i nowe technologie medyczne, rosnąca świadomość pacjentów i ich oczekiwań terapeutycznych.

Wyróżnia się bardzo wiele różnej wielkości podmiotów działających na rynku medycznym, należą do nich m.in.: gabinety, praktyki lekarskie, kliniki, szpitale, apteki.

Ze względu na dynamiczny w ostatnim czasie (początek XXI wieku) rozwój tych organizacji i sprzyjające warunki ekonomiczno-polityczne odnotowuje się konieczność kształcenia menedżerów ochrony zdrowia. Przykładowo Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej *we współpracy z Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności w latach 2000–2004 prowadziło program QAS, Quality Accreditation Scholarships, dzięki któremu w edukację menedżerów zdrowia w Polsce zainwestowano ponad 500 tys. dolarów. W ramach tego projektu przeszkolono ponad 6 tys. studentów, a 22 uczelnie uzyskały dotacje na poprawę bazy dydaktycznej i stworzenie oferty edukacyjnej specjalnie dla menedżerów zdrowia* (Kaczmarczyk, 2011). Popyt na lekarzy specjalistów, również z dodatkowym wykształceniem menedżerskim rośnie w Polsce i za granicą, co w połączeniu z atrakcyjnym wynagrodzeniem sprzyja motywacji do dalszego kształcenia się (Fandrejewska, 2004).

Stąd na rynku pojawia się coraz więcej ofert szkoleniowych skierowanych do lekarzy, związanych z zarządzaniem tymi placówkami. Do sprawnego zarządzania placówką medyczną konieczne jest poznanie:

- podstaw zarządzania, zasad kierowania zespołem (motywowanie, dyscyplinowanie, zatrudnianie i zwalnianie), zarządzanie relacjami z pacjentami, współpraca z innymi placówkami medycznymi, NFZ, firmami ubezpieczeniowymi;
- podstaw marketingu w usługach medycznych (w tym opracowanie strategii marketingowych, przygotowanie oferty usług, pozycjonowanie firmy, promocja i budowanie wizerunku);
- systemów wspomagających zarządzanie placówką medyczną.

W przypadku kierowników aptek ważna może być umiejętność budowania dobrego wizerunku lub wykorzystanie merchandisingu, co zwiększy sprzedaż leków.

Dla całej instytucji medycznej oferuje się najczęściej szkolenia zamknięte, przeznaczone dla wszystkich pracowników, lub też wybranych (odpowiednio licznych)

grup pracowniczych (lekarze, asystentki, rejestratorki, higienistki). Celem wspólnego spotkania może być integracja zespołu, co sprzyja wprowadzaniu zmian, umocnieniu się kultury organizacyjnej i umożliwia rozwiązywanie wielu problemów, np. umiejętność współpracy nie tylko z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), ale także z rosnącym gronem płatników komercyjnych, takich jak firmy ubezpieczeniowe jest również poszukiwaną kompetencją w służbie zdrowia.

Przykład 5. Analiza pomysłu i szans rozwoju na rynku – firma o profilu medycznym

Szkolenie skierowane jest do osób, które posiadają już pomysł lub jego zarys na założenie działalności o profilu medycznym, paramedycznym, kosmetycznym. Po szkoleniu będziecie Państwo potrafili:

- Określać potencjalne miejsce firmy na rynku (przy ocenie konkurencji oraz istniejącej podaży i popytu na produkt Państwa przyszłej firmy).
- Opracować cel i założenia biznesplanu.
- Skutecznie pracować ze stworzonym biznesplanem i jego aktualizacją.
- Stworzyć analizę SWOT Państwa firmy.
- Przeprowadzić analizę finansową Państwa firmy (oszacowanie przychodów, opracowanie planu finansowego firmy).

Na szkoleniu poznacie Państwo:

- Rodzaje działalności gospodarczej o profilu medycznym, ich charakterystykę oraz kryteria wyboru formy prawnej.
- Ścieżkę niezbędną do rejestracji firmy medycznej.
- Podstawy prawne prowadzenia działalności gospodarczej.
- Działalność typu spin off/out oraz możliwości wynikające z jej prowadzenia.
- Przepisy BHP obowiązujące w zakresie zakładanej działalności.
- Obowiązki pracodawcy wobec zatrudnionych.
- Zasady funkcjonowania przedsiębiorstwa medycznego w granicach UE.
- Specyfikę i możliwości prowadzenia działalności naukowej w ramach firmy medycznej.

Źródło: <http://www.fizjoterapiaonline.pl/157,szkolenia,fizjoterapia.html>, <http://www.med-biznes.com/szkolenie/4>.

Na czele instytucji medycznych stoją najczęściej lekarze, choć skuteczniej działają ci posiadający dodatkowe wykształcenie, np. ekonomiczne lub prawnicze (Kaczmarczyk, 2011). Dla lekarzy prowadzących własną działalność gospodarczą (praktyka lekarska, gabinet) przydatne mogą być kursy, dzięki którym będą oni potrafili pozyskać fundusze na finansowanie swojej działalności przez współpracę z bankiem, pozyskanie inwestorów krajowych i zagranicznych, lub pozyskanie dota-

cji ze środków unijnych i innych źródeł. Dla kierowników szpitali interesujące mogą być szkolenia związane z optymalizacją zakupów, gospodarką lekową i materiałową oraz systemem monitorowanej dystrybucji leków w szpitalu. O problemach związanych z zarządzaniem placówką medyczną można znaleźć informacje w *Menedżerze Zdrowia*, profesjonalnym piśmie skierowanym do szerokiego grona menedżerów związanych z rynkiem medycznym. Dostarcza ono informacji z zakresu zarządzania publiczną i prywatną służbą zdrowia, zaopatrzeniem szpitali i centrów medycznych, sposobów inwestowania oraz pozyskiwania funduszy w sektorze usług medycznych ([http://www.termedia.pl/Czasopismo/Menedzer\\_Zdrowia-12/Info](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Menedzer_Zdrowia-12/Info)).

#### Przykład 6. Szkolenie z kompetencji menedżerskich

*Unikatowa placówka medyczna* – takie szkolenie może prowadzić do umocnienia pozycji konkurencyjnej, wyróżnienia się na tle konkurencyjnych przychodni, gabinetu i kliniki, czyli:

- Unikatowość – jak wyróżnić się na tle konkurencji?
- Efektywne metody osiągania celów.
- Wyznaczanie i skuteczne realizowanie celów biznesowych.
- Tworzenie miejsca przyjaznego i godnego zaufania.

Źródło: <http://www.futuremd.pl/tylko-u-nas>.

Do problemów powiązanych z praktyką lekarską i pracą z ludźmi należy wypalenie zawodowe. Dodatkowo nie wszyscy lekarze potrafią komunikować się z pacjentem w sposób zrozumiały dla niego. Stąd potrzeba doskonalenia kompetencji komunikacji (w umiejętności przeprowadzenia trudnej rozmowy, radzenia sobie z pacjentem przestraszonym, manipulującym, umierającym).

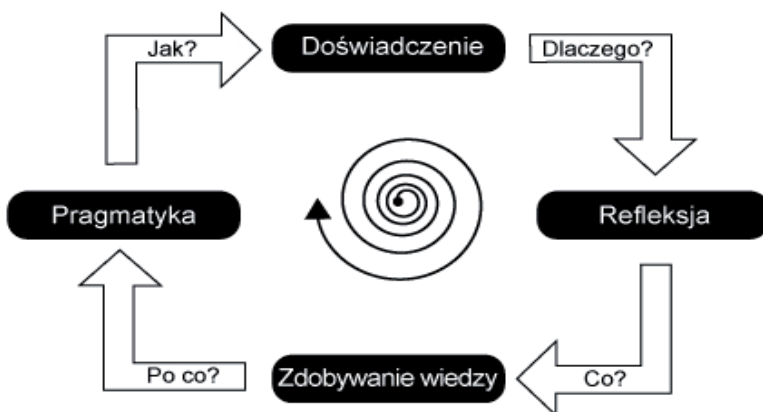
## Techniki i metody szkoleniowe

W 1954 r. P. Drucker uzupełnił cztery funkcje zarządzania: planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania, piątą funkcją: rozwojem pracowników (Kostera, Kownacki, 1995, s. 311). Celem szkoleń jest przygotowanie i wprowadzenie pracownika w zakres nowych obowiązków związanych z pracą, doskonalenie kompetencji lub przekwalifikowanie zawodowe. Szkolenie pracowników służy podnoszeniu efektywności i skuteczności działań pracowników. Celem szkoleń jest także doskonalenie posiadanych umiejętności bądź nabywanie nowych.

Najczęściej spotykany podział dzieli szkolenia na otwarte (przeznaczone dla określonej grupy pracowników bez względu na firmę, którą reprezentują, udział w nich jest dobrowolny, koszt szkolenia pokrywa w części lub w całości pracodawca) i zamknięte (projektowane na potrzeby konkretnej instytucji medycznej, najczęściej

udział w nich jest obowiązkowy, koszt szkolenia pokrywa w całości pracodawca). Szkolenie jest prowadzone według ustalonego sposobu działania, z wykorzystaniem określonych metod szkoleniowych i przyjętym programem szkolenia. Najczęściej spotykany cykl szkolenia przedstawia rycina 2, podkreślająca pętlę ciągłego uczenia się. Cykl ten powtarza się od doświadczenia, po refleksję, zdobywanie wiedzy, pragmatykę i nowe doświadczenie.

Rycina 2. Cykl szkolenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie D. Kolb: *Experiential learning: experience as the source of learning and development*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1984 [<http://dyrektor.nf.pl/Artykul/5729/Jak-organizacja-moze-sie-uczyc/#artTresc>].

Tabela 5 przedstawia sposoby uczenia się. Do najbardziej efektywnych należy łączyć kilku z nich, np. wykładu z demonstracją, dyskusją i samodzielnym wykonaniem.

Tabela 5. Sposób uczenia się a procent zapamiętanej wiedzy

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Wykład                        | 5%  |
| Lektura                       | 10% |
| Pokaz audiowizualny           | 20% |
| Demonstracja                  | 30% |
| Dyskusja                      | 50% |
| Samodzielne wykonanie zadania | 75% |
| Uczenie innych                | 90% |

Źródło: M. Silberman, C. Auerbach, *Metody aktywizujące w szkoleniach*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, s. 22.

Najczęściej szkolenia dzieli się ze względu na miejsce przeprowadzenia, czyli na wewnętrzne i zewnętrzne, czyli:

- **na stanowisku pracy** (*on the job*) – związane z miejscem pracy:
  - przyuczenie do zawodu – przeznaczone dla nowozatrudnionych pracowników,
  - doradztwo – doradcą jest zazwyczaj kierownik wyższego szczebla lub doświadczony pracownik,
  - rotacja – planowa zamiana stanowisk pracy między wybranymi pracownikami, celem jest wzrost kwalifikacji i umiejętności oraz zwiększenie doświadczenia, przeciwdziałanie rutynie i wypaleniu zawodowemu, pozwala wzmocnić relacje między pracownikami, umożliwia poznanie się, poprawia komunikację wewnętrzną, uczenie się nowych zadań i rozwiązywania nowych problemów,
  - pokaz, instruktaż, demonstracja – czyli wprowadzenie w obowiązki związane ze stanowiskiem pracy (zakres czynności pracy, narzędzia, demonstracja wykonywanej pracy, wyjaśnienia, ćwiczenia i kontrola połączona z pomocą), może być w formie pisemnej instrukcji (opis poszczególnych czynności związanych z danym zadaniem), przy zaprogramowanym instruktażu wiodącą rolę przejmuje przygotowany program komputerowy, zadający trudne pytania i analizujący wypowiedzi (Pocztowski, 2003, s. 320),
  - przekwalifikowanie – polega na uzyskaniu nowych kompetencji, specjalności zawodowej, może mieć charakter prewencyjny lub rozwojowy,
  - powierzanie zadań zleconych – najczęściej związanych z zadaniami wykraczającymi poza codzienne obowiązki (obejmuje: cel i termin zadania oraz ocenę stopnia realizacji przez bezpośredniego kierownika), *powierzanie zastępstwa* – najczęściej występuje podczas nieobecności pracownika, zastępstwo wykonuje któryś ze współpracowników lub bezpośredni kierownik,
  - coaching – jest indywidualnym szkoleniem, spotkaniem trenera z lekarzem. Stanowi najbardziej efektywną formę rozwoju, umożliwia zindywidualizowanie modelu pracy z pacjentem i dopasowanie go do osobowości danego lekarza, specyfiki organizacji czy danej praktyki. Umożliwia pozbycie się złych nawyków. Pomaga w realizacji pożądaných celów zawodowych i osobistych,
  - mentoring – jest to proces, w którym osoba o znacznie większym doświadczeniu przekazuje swoją wiedzę mniej wykwalifikowanemu pracownikowi. Pomoc świadczona przez starszego doświadczeniem pracownika; starszy pracownik inspiruje, kieruje, podpowiada właściwą drogę.

Przykład – kierownik apteki składa obowiązki związane z zarządzaniem apteką w ręce wybranego pracownika

*Konsultacje z bezpośrednim kierownikiem* – najczęściej związane z procesem sukcesji, przekazywanie doświadczenia współpracownikom, a szcze-

gólnie potencjalnym kandydatom na przyszłych kierowników, dotyczą również pracowników o najdłuższym stażu pracy, którzy dzielą się wiedzą i doświadczeniem;

- **poza stanowiskiem pracy** (*off the job*) – wykorzystuje się formalne techniki szkoleniowe, takie jak: konferencje, seminaria, sympozja, kursy (w których dominują wykładowe formy prezentacji, uzupełnione pokazami multimedialnymi i dyskusją, warsztaty, treningi, studium przypadku, odgrywanie ról, symulacje, ćwiczenia grupowe, kształcenie na odległość) itp.

Można wyróżnić bardzo wiele technik szkoleniowych, do których zalicza się m.in.:

- **Wykład** – w formie tradycyjnej odbywa się w ustalonych terminach i określonym miejscu, przekazuje wiedzę usystematyzowaną, ekspercką, jest jednostronnym przekazem, może być stosowany w różnych grupach (od kilku do nawet kilkuset osób i więcej), możliwy jest kontakt osobisty z wykładowcą i innymi uczestnikami szkoleń, co umożliwia dyskusję; w wersji elektronicznej może być odtwarzany w dowolnym miejscu (kształcenie na odległość) – nie ma fizycznego kontaktu z uczestnikami wykładu, ale istnieje możliwość komunikowania się za pomocą maila i komunikatorów; skuteczny w przypadku interpretacji instruktaży, regulaminów, zajmuje stosunkowo niewiele czasu, lecz efektywność przyswajania informacji przez uczestników wykładów jest średnia, takie zajęcia mogą się kończyć egzaminem państwowym lub testem, często uczestnicy otrzymują certyfikat; powoduje to oszczędność pieniędzy i czasu, uczestnicy dzielą się uwagami, spostrzeżeniami, wymieniają poglądy i doświadczenie, poznają nowe teorie, koncepcje, wyniki badań; odbywające się poza miejscem pracy: takie formy mogą być organizowane przez firmy doradcze, treningowe na zamówienie lub na własne potrzeby, przez wydelegowanych do tego pracowników.
- **Symulacje** – służą ćwiczeniu warunków/sytuacji jak najbardziej zbliżonych do rzeczywistych, pozwalają na doskonalenie umiejętności, w medycynie wykorzystuje się biostymulatory, gdyż charakteryzują się dużą skutecznością w przypadku uczenia się zachowania przyszłych lekarzy w trudnych sytuacjach, zagrożeniem jest zanikanie świadomości, że jest to sztuczna sytuacja, wykorzystywanie biostymulatorów umożliwia studentom medycyny możliwość zdobywania doświadczeń w zakresie zabiegów małoinwazyjnych (np. biopsja, inkubacja) oraz wspomaganie szkolenia w zakresie nowoczesnych metod leczenia; pośrednio przyczyniają się do skrócenia czasu nauki przyszłych lekarzy specjalistów, są wykorzystywane m.in. w Śląskim Centrum Chorób Serca (<http://www.sccs.pl/?act=697>).
- **Trening** – to zespół ćwiczeń, których celem jest nabycie lub podniesienie określonych umiejętności; zdarza się, że jest dynamiczny i wymaga dużej aktywności od uczestników, jest wykorzystywany np. do nauki obsługi systemów komputerowych (np. system obsługi pacjenta, zarządzania przychod-

nią); *trening decyzyjny* (podnosi kompetencje podejmowania decyzji); *trening asertywności* – doskonalą zachowania związane z osiągnięciem własnych celów zgodnie z obowiązującym systemem wartości.

- **Seminarium** – może być cyklem spotkań naukowców specjalizujących się w określonej tematyce lub spotkaniami studentów starszych lat studiów, w celu ukończenia pracy dyplomowej.
- **Spotkanie studyjne** – to spotkanie poświęcone najczęściej jednemu zagadnieniu, przy niewielkiej grupie osób,
- **Sympozjum** – to spotkanie specjalistów z określonej dziedziny nauki, poświęcone dyskusji i prezentacjom wyników badań na określony temat,
- **Konferencja** – jest zorganizowanym blokiem prezentacji/wykładów (najczęściej multimedialnych) na określony temat, zakończonych dyskusją, które odbywają się w jednym miejscu i czasie (czasem równolegle), z wyjątkiem konferencji zdalnych; mogą jej towarzyszyć targi lub wystawy.
- **Kurs kwalifikacyjny** – najczęściej prowadzi placówka, wydelegowana do tego celu. Kurs doskonalący prowadzi do rozwijania umiejętności już posiadanych, np. kurs obsługi pacjenta – ukazuje najczęściej popełniane błędy dotyczące nawiązania pierwszego kontaktu z pacjentem oraz przedstawia profesjonalne przykłady postępowania, które umożliwiają, bez przekonywania i namawiania, wzbudzenie w pacjencie potrzeby leczenia.
- **Warsztaty** – mogą być przeprowadzane samodzielnie lub w połączeniu z wyżej wymienionymi technikami. Ich celem jest przećwiczenie poznanej teorii w praktyce; kształtują postawę uczestnika, który potrafi zmotywować pacjenta do systematycznych wizyt kontrolnych i zmiany codziennych nawyków higienizacyjnych, np. prezentacji kompleksowego planu leczenia i rozmowy na temat kosztów.
- **Analiza przypadków** – wariantami mogą być: analiza problemów, sytuacji, wydarzeń i prawdziwych przypadków.

W zależności od stopnia zaangażowania można wyróżnić techniki aktywnego i pasywnego uczenia się. Jeśli przyjąć kryterium liczby osób biorących udział w szkoleniu, można wyróżnić techniki indywidualne i grupowe.

Podczas szkoleń wykorzystuje się różne metody, wśród których wyróżnia się:

- **Metody audiowizualne** – z wykorzystaniem filmów, telewizji wewnętrznej itp., np. za pomocą kamery rejestruje się przebieg leczenia pacjenta, ocenia się etapy wizyty, komunikację, złe nawyki; polecane są również do nauki radzenia sobie w trudnych sytuacjach (np. nagrywanie operacji – powoduje, że może w niej uczestniczyć więcej osób, prośba o diagnozę, za pomocą wideokonferencji).
- **Metody sytuacyjne** – celem jest wprowadzenie uczestników w złożoną sytuację, która wymaga rozwiązania i podejścia systemowego, doskonalą cechy pamięci i umiejętność selekcjonowania informacji – uczy stawiania diagnozy, wykorzystuje analizę przypadku, odgrywanie ról w określonych sytuacjach itp.



- **Metody gier** – najczęściej wykonuje się je w zespołach, gry wykorzystuje się do uczenia się podejmowania szybkich decyzji w stresogennych warunkach, mogą być realizowane indywidualnie lub zespołowo, można je wykorzystać do podnoszenia różnych kompetencji (menedżerskie, działania zespołowe, itp.), uczą podejmowania decyzji i reagowania w określonych warunkach.
- **Metody twórczej dyskusji**, np. burza mózgów (metody odroczonego wartościowania) – służą generowaniu jak największej liczby pomysłów bez krytyki, w celu przedstawienia wielu możliwych rozwiązań danego problemu.
- **Praca grupowa** – przykład: *Medical team building* (MTB) – budowanie zespołu medycznego.
- **Dyskusja** – uczenie dzielenia się swoim zdaniem, umiejętności zabierania głosu.
- **Tajemniczy pacjent** – wykorzystywany jest do oceny obsługi pacjenta od momentu rejestrowania potrzeby wizyty medycznej, przez trwanie wizyty, po zakończenie procesu leczenia. Metoda ta np. przychodni umożliwi uzyskanie najbardziej obiektywnego obrazu zachowań i postawy wszystkich osób mających bezpośredni kontakt z pacjentem w trakcie wizyty. Tajemniczy Pacjent przez telefon ocenia jakość obsługi rejestratorek, czyli sprawdzenie poziomu profesjonalizmu prowadzenia rozmowy telefonicznej.

Przykładowe tematyki takich szkoleń przedstawia tabela 6. Niektóre z przykładów z tabeli mają bardzo długą tradycję (np. 37 Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich). Oznacza to możliwość stałej wymiany doświadczeń i kontaktu ze specjalistami. Tabela pokazuje również różnorodność i bogactwo oferty szkoleniowej związanej z kompetencjami zawodowymi. Jak można się przekonać, przedstawia również, że preferowane jest doskonalenie i rozwój tzw. kompetencji twardych, zakończonych potwierdzeniem pisemnym i właściwie nie ma oferty podnoszącej poziom kompetencji społecznych (w tym takich, jak komunikatywność, empatia itp.).

**Tabela 6.** Przykładowe techniki i tematyki szkoleniowe

| Techniki           | Przykładowe tematyki i tytuły  |
|--------------------|--|
| Akademie           | 8. Akademia Dermatologii i Alergologii „Choroby układu oddechowego u dzieci”.  |
| Sympozja           | Symposium: „REUMATOLOGIA W PIGUŁCE DLA ORTOPEDÓW – Reumatologiczne przyczyny niepowodzeń w ortopedii”.<br>VII Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „Nefrokardiologia”.<br>„Sympozjum Alergii na Pokarmy – postępowania i wytyczne 2012”.<br>III Sympozjum „Ustrońskie Spotkania Rehabilitacji Onkologicznej”.<br>Ogólnopolskie Sympozjum Dermatologów i Ginekologów pt.: „ <i>Stany zapalne i nowotwory sromu</i> ”.<br>I Bałtyckie Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „ <i>Zdrowie i Rodzina</i> ”. |
| Podypłomowe studia | Podypłomowa Szkoła Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.<br>Podypłomowa Szkoła Polskiego Towarzystwa Alergologicznego – Standardy alergologii i dermatologii.  |

| Techniki    | Przykładowe tematyki i tytuły   |
|-------------|---|
| Warsztaty   | <p>XII Noworoczne Warsztaty Kardiologiczne im. prof. Mariana Cholewy.<br/> X Międzynarodowe Warsztaty Kardiologiczne „Wschód–Zachód”.<br/> Znieczulenia miejscowe w praktyce SOR – warsztaty.<br/> Warsztaty Endoskopowo-Endosonograficzne 2011.<br/> Warsztaty chirurgiczne.</p>   |
| Kursy       | <p>V Międzynarodowy Kurs Chirurgii Barku, Łokcia i Nadgarstka.<br/> Kurs doskonalący dla dyspozytorów medycznych.<br/> Kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy.<br/> Podstawowy kurs USG w ramach projektu <i>Diagnostyka USG w zasięgu ręki</i>.<br/> Kurs Reumatologii Praktycznej – Szkoła Lekarza Rodzinnego.<br/> Podstawowe zabiegi w pomocy przedmedycznej. Kurs dla farmaceutów.<br/> Podstawowy kurs USG.</p>   |
| Konferencje | <p>II Konferencja <i>Chirurgia 2011 – co nowego?</i><br/> <i>Aktualności w chorobach płuc</i> – konferencja interaktywna.<br/> II Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Diagnostyka w neurologii.<br/> Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Pediatria konsultacyjna.<br/> <i>Bezpieczny pacjent, bezpieczny lekarz, bezpieczny szpital</i>. Konferencja dla medyków ochrony zdrowia.<br/> V Konferencja Dydaktyczna Psychiatria.<br/> Konferencja Naukowo-Dydaktyczna: Najnowsze kierunki postępowania terapeutycznego w chorobach serca i naczyń.<br/> VI Konferencja z cyklu BEZPIECZNY SZPITAL: Najnowsze metody przeciwdziałania zakażeniom.<br/> Konferencja szkoleniowa <i>Recepta na statystykę, czyli analiza danych w badaniach medycznych</i>.<br/> Konferencja naukowa <i>Kreatywny wschód – doktoranci dla nauki</i>.<br/> VI Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczna.<br/> V Jubileuszowa Konferencja – Hospital Management Wyzwania 2011.<br/> Neurologia 2012 – VIII Krajowa Konferencja Szkoleniowa <i>Od farmakoterapii do interwencji zabiegowych</i><br/> XI Krajowa Konferencja Szkoleniowa TIP „Postępy w chorobach wewnętrznych – INTERNA 2012”.</p> |
| Dni         | <p>I Poznańskie Dni Gastroenterologiczne.<br/> XIII Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej.<br/> XVII Dni Otolaryngologii Dziecięcej.</p>   |
| Spotkania   | <p>III Śląskie Spotkania Hepato-Gastroenterologiczne.<br/> IV Pomorskie Spotkanie Uro-Onkologiczne.<br/> II Kresowe Spotkania Neurologiczne.<br/> XV Lubelskie Spotkania Naukowe.</p>   |
| Gale        | <p>Gala Przeglądu Pediatrycznego.</p>   |

| Techniki                                  | Przykładowe tematyki i tytuły   |
|---|---|
| Zjazdy                                    | XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.<br>IX Zjazd Otolaryngologów Wojskowych.<br>VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych <i>Blaski i cienie neurologii dziecięcej</i> .<br>XXXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.<br>XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych oraz XXI Naukowo-Szkoleniowe Sympozjum Sekcji Zakażeń Chirurgicznych Towarzystwa Chirurgów Polskich.<br>XXXVII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich. |
| Fora                                      | XVIII Ogólnopolskie Forum Aptekarzy   |
| Kongresy                                  | I Kongres Instytutu McKENZIEGO Polska: „XXI wiek – kontrowersje wokół medycyny szkieletowo-mięśniowej”.<br>V Międzynarodowy Kongres Polskiej Rady Resuscytacji.   |
| Pozostałe formy specjalistycznych spotkań | „Szczepienia dzieci i młodzieży – rola pielęgniarki w promocji nowoczesnej profilaktyki”.   |
|   | Szczepienia dorosłych – co powinien wiedzieć lekarz POZ i internista w 2011 roku.   |
|   | Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych (na rok 2011).   |
|   | Wprowadzenie do specjalizacji w anestezjologii i intensywnej terapii – część A, B, C.   |
|   | Kontrowersje w psychiatrii 2012 – różne oblicza ryzyka w psychiatrii.   |
|   | Konsylium Medycyny Praktycznej: „Szczepienia dzieci i młodzieży – codzienne problemy, praktyczne rozwiązania w 2012 roku”.  |
|   | „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz”: jak postępować w zdarzeniach niepożądanych.   |
|   | Kardiologia 2011 dla lekarzy rodzinnych.  |
|   | Rozwiązania dla kadry managerskiej: Projekt Unikalna Placówka Medyczna i rozwój kompetencji managerskich.   |
|   | Rozwiązania dla personelu medycznego: Partnerstwo w relacji z pacjentem – wywiad motywujący, Compliance w procesie leczenia, Motywacja i unikanie wypalenia, Zarządzanie emocjami.  |
|   | Rozwiązania dla personelu niemedycznego: Obsługa pacjenta – zaawansowane metody i techniki, Zarządzanie emocjami.   |
|   | Szczepienia dzieci i młodzieży – rola pielęgniarki w promocji nowoczesnej profilaktyki  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł internetowych.

Do nietypowych form szkoleniowych przeznaczonych dla menedżerów służby zdrowia zalicza się *outdoor*, połączony ze zintegrowanym programem doradczym, który wykorzystuje gry i ćwiczenia symulacyjne. Istotna jest w nim kolejność cwi-

czeń, styl prowadzenia i podsumowania, które można zastosować w swojej pracy. Często polegają na spontanicznym i intensywnym zespołowym działaniu, przełamują rutynę w postępowaniu pracowników, kształtują umiejętność radzenia sobie w nietypowych sytuacjach.

## Problemy

Ostatnie zmiany w aktach prawnych dotyczących kształcenia podyplomowego pracowników medycznych wprowadziły chaos informacyjny, tym bardziej, że zbliża się kolejny okres (drugi) rozliczenia punktów edukacyjnych. Największe zmiany dotyczyły likwidacji stażu podyplomowego, włączenie go w program ostatniego roku studiów oraz rezygnacji z Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP) (Kubiak, 2008). Od tego czasu obowiązują również nowe zasady rekrutacji na specjalizację, przy których nie liczy się wynik egzaminu LEP, a średnia ocen uzyskana w okresie studiów albo wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji, dorobek zawodowy i naukowy. Dawny staż podyplomowy jest zastąpiony praktyką zawodową, na czas której Okręgowa Rada Lekarska przyznaje tymczasowe prawo wykonywania zawodu. Aby skrócić czas specjalizacji, wprowadzono modułowy system kształcenia, oznaczający wybór jednego z siedmiu modułów podstawowych trwających 3 lata. Po zakończeniu można podejść do egzaminu testowego, który następnie pozwoli przystąpić do specjalizacji szczegółowej<sup>2</sup>.

*Zdecydowana większość lekarzy uważa, że to właśnie staż wniósł wiele do ich praktyki lekarskiej. Kontakt z pacjentem, specyfika pracy w szpitalu, nauka od starszych, doświadczonych kolegów, wskazówki, konfrontacja teorii z praktyką – to wszystko jest bardzo ważne dla młodego adepta sztuki lekarskiej (Kłoczko, 2011, s. 9).*

W zapisach dotyczących kształcenia podyplomowego odnotowano możliwość uznania dorobku zawodowego i naukowego w ramach rozpoczętej specjalizacji, jednak w praktyce jest to możliwe wyłącznie dla lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego w danej dziedzinie medycyny.

Problemy pracowników medycznych związane są także z kwestią finansowania szkoleń powiązanych z punktami edukacyjnymi. Już teraz na terenie Polski odnotowuje się niedobór lekarzy, stąd pracują oni stale w nadgodzinach, nie mając kiedy odebrać urlopu wypoczynkowego. Opisane wcześniej techniki szkoleniowe często są kilkudniowe, co uniemożliwia uczestniczenie w nich. Dodatkowo są bardzo kosztowne, a pracodawcy nie zawsze są skłonni do ich częściowej lub całościowej refundacji (tylko niektóre są finansowane z Funduszu Unii Europejskiej – wtedy uczestnictwo w nich może być bezpłatne, lub o znacznie obniżonej opłacie). W placówkach medycznych występują dodatkowo różne bariery uniemożliwiające ciągłe

---

<sup>2</sup> Można zmienić specjalizację szczegółową po zakończeniu modułu podstawowego, niemożliwe jest jednak dwukrotne skorzystanie ze specjalizacji w trybie rezydentury, z wyjątkiem specjalizacji uznanych za priorytetowe.

doskonalenie kompetencji zawodowych, występujących głównie po stronie pracodawcy. Należą do nich niejasne zasady udzielania urlopów szkoleniowych, brak wsparcia finansowego ze strony pracodawcy oraz niekorzystny system pracy.

Mimo to pracownicy medyczni wykorzystują różne techniki szkoleniowe do rozwoju kompetencji zawodowych. Kryterium wyboru jest najczęściej wiedza (merytoryczna część) oraz dostępność.

## Podsumowanie

Zdrowie to nie tylko brak choroby, to również profilaktyka i tzw. dobrostan. Kompetencje zawodowe pracowników medycznych muszą pozwalać im zarówno na sprawne dbanie o zdrowie pacjentów, jak i nawiązywanie długotrwałych relacji. Efektami szkoleń są nie tylko indywidualne umiejętności pracowników, oddziałują one również na funkcjonowanie całej instytucji medycznej. Rozwój, zarówno twardej kompetencji, jak i umiejętności interpersonalnych, jest konieczny dla prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia. Szkolenia często prowadzą do zwiększonej sprawności działania, utożsamiania się z organizacją, rozumieniem jej misji i celów. Mają wpływ na zmniejszenie absencji i fluktuacji pracowników. Przekwalifikowanie może zapobiec odejściom z pracy, może powodować zmiany postaw, tak potrzebne jeszcze w niektórych instytucjach medycznych.

Pracownicy medyczni wykonują zawód często postrzegany jako służba, której celem jest pomaganie drugiemu człowiekowi. Jednak rzeczywistość jest bardziej złożona. Misja, czasem i tempo pracy, próba łączenia kariery (kilku etatów) z życiem rodzinnym staje się niemożliwe. Wygrywają aspiracje zawodowe.

*Lekarz kompetentny to taki, który wie, kiedy trzeba odesłać pacjenta do innego lekarza*

Benjamin Veludo

## Bibliografia

1. Armstrong M., *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
2. Brooks R., *Training future physicians: an emphasis on empathy* (<http://www.drrobertbrooks.com/writings/articles/0606.html>, October 2011).
3. Czerw A., Sobolewska U., *Ekonomiczno-prawna specyfika produktu leczniczego sprzedawanego na podstawie recepty*. Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów, Zeszyt Naukowy 110, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2011.
4. Doman, A., i in., The talent – growth dynamic, *The McKinsey Quarterly*, 2000; No. 1, s. 106–115.
5. Fandrejewska A., Leczenie lekarza rynkiem, *Wprost* 2004; 33(1133).
6. Fechter J., Customer-Focused process management, *Journal of Innovative Management* 2001 Spring; vol. 6, no. 3.
7. Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.

8. Fryczyńska M., *Praktyczny przewodnik rozwoju zawodowego pracowników*, Placet, Warszawa 2008.
9. Kaczmarczyk M., *Doktor omnibus*, <http://www.forbes.pl/artykuly/sekcje/edukacja-menedzera-2011/doktor-omnibus,18597,1> (23.08.2011).
10. Kłoczko A., Studenci medycyny w obliczu zmian, *Remedium* 1/2011. Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dodatek do „Gazety AMG” 2011, nr 1(241).
11. Kostera M., Kownacki S., *Zarządzanie potencjałem społecznym organizacji*, W: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, pod red. A.K. Koźmińskiego, W. Piotrowskiego, Warszawa 1995.
12. Król H., Uwarunkowania efektywnego systemu szkolenia pracowników, *Humanizacja Pracy* 2000; nr 3.
13. Król H., *Istota rozwoju kapitału ludzkiego organizacji*, W: *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi: tworzenie kapitału organizacji*, pod red. H. Króla, PWN, Warszawa 2006.
14. Król H., Ludwicyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, PWN, Warszawa 2006.
15. Kwiatkowski M., Smela K., *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Instytut Badań Edukacyjnych 2001.
16. Kubiak R., LEP po nowemu, *Gazeta Lekarska* 2008; nr 6(210), s. 6.
17. Levine M.D., Brooks R.B., Shonkoff J.P., *A pediatric approach to learning disorders* (1980, <http://www.drrobertbrooks.com/writings/articles/0606.html>).
18. Listwan T., *Kształcenie kadry menedżerskiej firmy*, Wrocław 1993.
19. Mahboudi M., Ananthan, B.R., Knowledge management in pharmaceutical industries: a case study of select public pharmaceutical industries in Iran, *Journal of Marketing & Communication* 2010 May–Aug.; vol. 6, issue 1.
20. Nietypowe formy szkoleń. *Gazeta Prawna* 2005; nr 205 z 20.10.
21. Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
22. Piechnik-Kurdziel A., *Efektywność szkolenia zawodowego w teorii i praktyce zarządzania personelem*, W: *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie* nr 552, Kraków 2000.
23. Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2003.
24. Prasole E., Wray M., *Trener i mentor. Udział coachingu i mentoringu w doskonaleniu procesu uczenia się*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
25. Rosenheck M., The modern medicine show, *Chief Learning Officer*, 2010; nr (6), s. 46.
26. Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
27. Szalkowski A., red., *Wprowadzenie do zarządzania personelem*, Akademia Ekonomiczna Kraków, Kraków 2000.
28. Thomas M. J., *Podręcznik marketingu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
29. Thierry D., Sauret C., *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesach zmian*, Poltext, Warszawa 1994.
30. Zabłocki K., Żelichowska Z., *Trudno być szefem – rozwój kompetencji interpersonalnych wśród kadry zarządzającej* [online], <http://prnews.pl/morgan-brown-group/trudno-byc-szefem-rozwoj-kompetencji-interpersonalnych-wsrod-kadry-zarządzającej-53512.html>.

## Netografia

1. [Http://www.drrobertbrooks.com](http://www.drrobertbrooks.com).
2. [Http://www.fizjoterapiaonline.pl](http://www.fizjoterapiaonline.pl).
3. [Http://www.futuremd.pl](http://www.futuremd.pl).
4. [Http://www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl).
5. [Http://www.gestat.halller.krakow.pl](http://www.gestat.halller.krakow.pl).
6. [Http://www.med-biznes.pl](http://www.med-biznes.pl).
7. [Http://www.mp.pl](http://www.mp.pl).
8. [Http://www.sccs.pl](http://www.sccs.pl).
9. [Http://www.termedia.pl/Czasopismo/Menedzer\\_Zdrowia-12/Info](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Menedzer_Zdrowia-12/Info).

## Akty prawne

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia z dnia 30 września 2002 r.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów, z dnia 15 maja 2003 r.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych z dnia 25 czerwca 2003 (Dz.U. 2003 nr 132 poz. 1238, z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych z dnia 16 kwietnia 2004 r.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych z dnia 27 lipca 2005 r.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 20 października 2005 r. (Dz.U. 2005 nr 213 poz. 1779).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych z dnia 14 czerwca 2007 r. (Dz.U. 2007 nr 191 poz. 1410).
9. Ustawa Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381).
10. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 658).
11. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039).

## System wynagradzania pracowników służby zdrowia

---

Izabela Stańczyk

---

*Wynagrodzenia obejmują wypłaty pieniężne oraz wartość świadczeń w naturze, wypłacane bezpośrednio pracownikom lub innym osobom fizycznym, stanowiące wydatki ponoszone na opłacenie wykonywanej pracy, niezależnie od źródeł finansowania tych wypłat bez względu na podstawę stosunku pracy bądź innego stosunku prawnego lub czynności prawnej, na podstawie których jest świadczona praca. Definicja ta jest stosowana w statystyce zatrudnienia i wynagradzania (więcej na ten temat pisze Z. Czajka w: Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce, 2009).*

Wynagrodzenia pracownika można podzielić na (Borkowska, 2006):

- **placę stałą** obejmującą:
  - placę zasadniczą,
  - względnie stałe dodatki (np. placę za nadgodziny, w porze nocnej itp.),
  - placę za czas nieprzepracowany (niezawinione przestoje, urlopy itd.),
  - ryczałty;
- **bodźce krótkoterminowe:**
  - premie,
  - nagrody,
  - jubileusze;
- **bodźce długoterminowe:**
  - własnościowe (opcje na akcje, akcje),
  - oszczędnościowe,
  - ubezpieczeniowe;
- **świadczenia dodatkowe:**
  - transportowe (samochód, ryczałt samochodowy, prawo przejazdu pociągami w odpowiedniej klasie, odpłatność za parkingi),
  - mieszkaniowe (zakup mieszkania, opłata za czynsz, pożyczki niskoprocentowane na cele mieszkaniowe bądź remontowe),
  - rekreacyjne (bezpłatny lub częściowo odpłatny dostęp do np. basenu, fitnessu, siłowni, kortu itd.),
  - wyjazdy szkoleniowo-rekreacyjne,
  - komunikacyjne (opłaty za telefon, Internet, telefon komórkowy itd.),
  - socjalne,
  - odprawy specjalne.

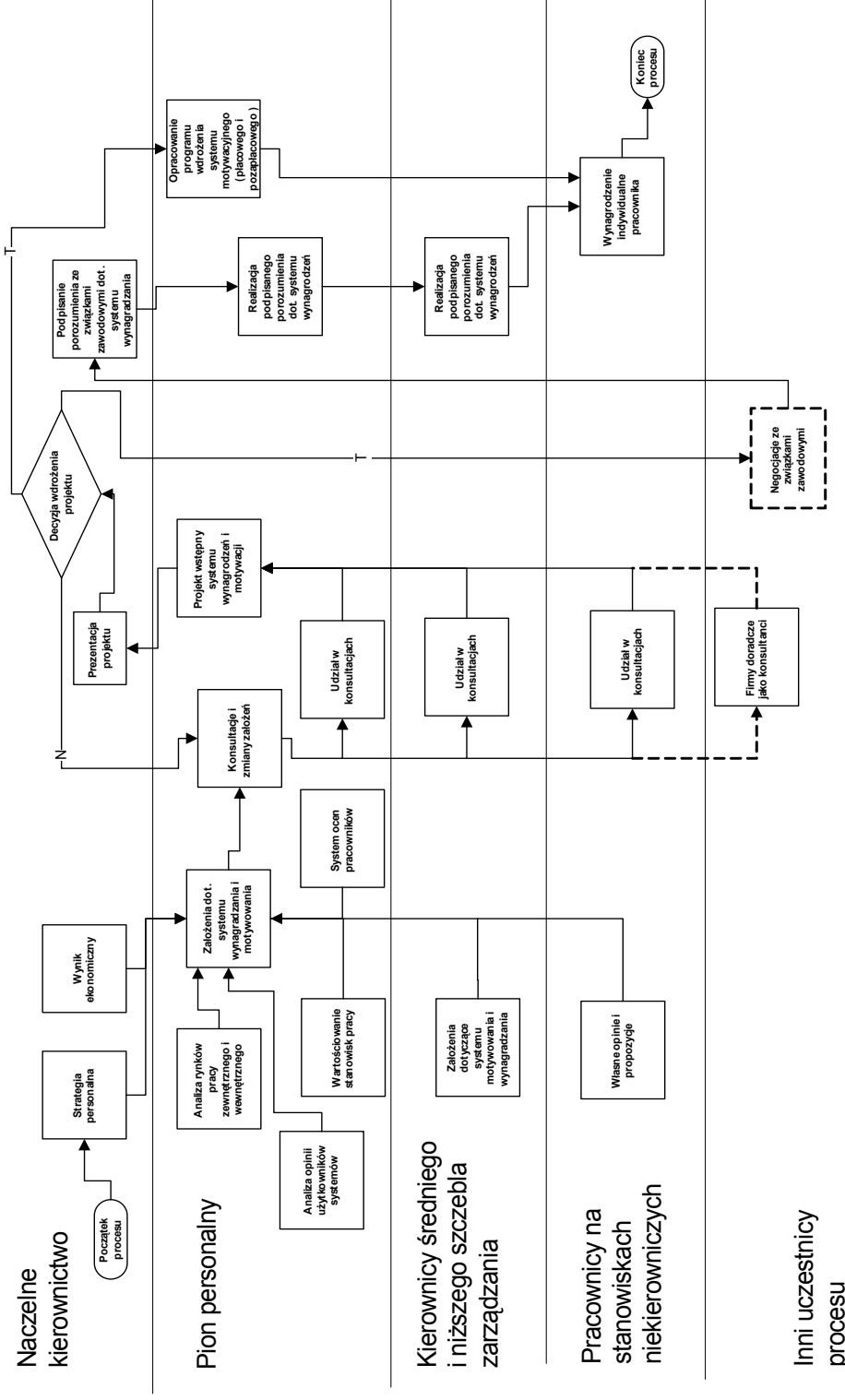


S. Borkowska (2006, s. 23) wskazała również „osiem przykazań skutecznego motywowania przez wynagrodzenia”, które przedstawiają się następująco:

- 1) wielkość wynagrodzenia za pracę powinna być proporcjonalna do wymagań (trudności) i efektów pracy;
- 2) narzędzia motywowania nie powinny być jednakowe dla wszystkich grup społeczno-zawodowych, lecz zróżnicowane stosownie do oczekiwań pracowników i organizacji przedsiębiorstw;
- 3) wszystkie narzędzia motywowania powinny tworzyć wewnętrznie spójny system, ponieważ adresowane są zazwyczaj do tych samych ludzi. Nie można budować polityki wynagrodzeń, nie bacząc na jej skutki dla całokształtu zarządzania zasobami ludzkimi – stanowi ona bowiem jego integralną część;
- 4) system motywowania powinien być zrozumiały dla pracowników oraz akceptowany przez nich;
- 5) motywowanie przez wynagrodzenia powinno mieć charakter pozytywny. Polega ono na wynagradzaniu za osiągnięty efekt, nie zaś na karaniu za jego brak czy niewłaściwy poziom i wiąże się głównie z ruchomą częścią płac;
- 6) odległość czasowa między wykonaniem zadania a uzyskaniem gratyfikacji z tego tytułu nie może być tak duża, by zacierała związek między pracą a płacą;
- 7) niezbędne jest przestrzeganie zasady widoczności wpływu pracownika na wynagradzany efekt pracy. Pracownik może odpowiadać tylko za wyniki, które są od niego zależne, i wtedy, gdy stopień jego wpływu jest możliwy do oceny;
- 8) motywowanie w zakładzie pracy dotyczy konkretnego, nie zaś przeciętnego, nieokreślonego pracownika. Wynika stąd potrzeba doboru zróżnicowanych narzędzi motywowania, także z zakresu wynagrodzeń, aby z jednej strony umożliwić ich lepsze dostosowanie do odmiennych oczekiwań pracowników, a z drugiej sprawić, aby pracownik mógł wybrać z tego zestawu formę najbardziej dla siebie atrakcyjną.

Pomiar owej trudności i efektów pracy prowadzi do określenia poziomu najniższego wynagrodzenia, a następnie jest zwiększany w miarę uzyskania wyższych wskaźników jej złożoności. Tutaj ważne jest zastosowanie odpowiedniej metody wartościowania stanowisk pracy. Natomiast zróżnicowanie narzędzi motywowania dotyczy głównie dużych organizacji, gdzie w poszczególnych wyłonionych grupach zawodowych występują różne potrzeby pracowników i różny jest również ich udział w zarządzaniu. Tutaj można odwołać się do roli podmiotów zarządzania zasobami ludzkimi (por. Pocztowski, 1998; Król, Ludwicyński, 2006; Oleksyn, 2008) w zakresie funkcji wynagradzania. Relacje poszczególnych podmiotów przedstawia rysunek 1.

Rycina 1. Przebieg procesu motywowania i wynagradzania w podziale na podmioty ZLL



Źródło: opracowanie własne – Stańczyk I. *Model kształtowania ról organizacyjnych i podziału kompetencji w zakresie zarządzania potencjałem pracy dla grupy kapitałowej*, Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński, 2005, s. 155 (praca niepublikowana).

Na motywowanie i wynagradzanie pracowników wpływ mają: strategia personalna, wynik finansowy oraz sytuacja na rynku pracy zewnętrznym i wewnętrznym. Przy motywowaniu wykorzystuje się motywatory płacowe, materialne pozapłacowe i niematerialne. W dużych organizacjach i holdingach, a więc także w grupie kapitałowej, stosowane są rozwinięte systemy motywacyjne i systemy wynagradzania. System wynagradzania jest wspierany przez metody pomiaru pracy (ilościowe i jakościowe, w tym wartościowanie pracy) oraz system ocen pracowników.

Funkcje wiodące i koordynacyjne w zakresie kształtowania systemów motywowania i wynagradzania oraz ogólnego nadzoru nad ich przestrzeganiem efektywności pełni pion personalny. Jednak i pozostali kierownicy oraz wszyscy pracownicy mogą zgłaszać własne propozycje zmian i usprawnień. Taka inicjatywność powinna być wspierana przez zarząd i pion personalny, gdyż szefowie poszczególnych obszarów i pracownicy mogą dostrzegać potrzeby i możliwości nieznane projektantom i koordynatorom z pionu personalnego. Ponadto systemy motywowania i wynagradzania powinny uwzględniać specyfikę poszczególnych obszarów – szczególnie w przypadku tzw. pakietowych systemów wynagradzania.

Opracowanie bądź aktualizowanie ww. systemów jest poprzedzone analizowaniem rynków pracy oraz analizą opinii ich użytkowników (kierowników i pracowników), a także osób odpowiedzialnych za ich obsługę (informatyków, osób odpowiedzialnych za kontrolę płac itd.). Na podstawie ww. analiz, zgłaszanych opinii i propozycji zmian pion personalny opracowuje założenia do tych systemów, poddaje je konsultacjom. Następnie opracowuje projekt wstępny, poddaje go testowaniom, symulacjom i dalszym konsultacjom oraz później tworzy projekt wdrożeniowy.

Na poziomie grupy kapitałowej mogą być realizowane zadania związane z:

- opracowaniem polityki wynagrodzeń,
- prowadzeniem badań i analiz kosztów wynagrodzeń i ich wpływu na pozycję konkurencyjną grupy,
- opracowywaniem taryfikatorów i mechanizmów zmian wynagrodzeń,
- ponadzakładowym układem zbiorowym ustalonym ze związkami zawodowymi.

W służbie zdrowia można również wyodrębnić cztery podmioty zarządzania zasobami ludzkimi, a powyżej przedstawiony proces funkcji motywowania i wynagradzania jest aktualny również w tych organizacjach:

- top management – dyrektor szpitala, jego zastępcy,
- średni szczebel kierowniczy – ordynatorzy poszczególnych wydziałów, oddziałów, przełożone pielęgniarek itd.,
- pion personalny – komórki personalne,
- pozostali pracownicy na stanowiskach niekierowniczych – wszyscy pozostali pracownicy ujęci w tabeli wykazu stanowisk w jednostkach służby zdrowia, a nie pełniący funkcji kierowniczych.

W jednostkach tych występują również związki zawodowe, które negocjują i podpisują regulaminy wynagradzania – co jest przedstawione w dalszej części opracowania. Kluczowym elementem jest tutaj wpływ poszczególnych podmiotów

zarządzania zasobami ludzkimi na kształtowanie polityki wynagrodzeń czy systemu motywacyjnego w jednostkach służby zdrowia. Jednym z narzędzi motywowania pracowników, jaki jest możliwy w realizacji strategii personalnej w służbie zdrowia, to odpowiednio skonstruowany regulamin wynagradzania.

## Regulaminy wynagradzania

Regulaminy wynagradzania w polskich szpitalach przedstawiają się następująco i są skonstruowane w oparciu o:

- Kodeks pracy,
- Ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Niektóre składowe są jednakowe, ale pewne elementy mogą być negocjowane przez dyrektorów z przedstawicielami pracowników – tutaj rolę tę pełnią organizacje związkowe.

Przykład 1.

Wysokość wynagrodzenia pracownika ustalana jest ze szczególnym uwzględnieniem:

- rodzaju wykonywanej pracy, wymaganych kwalifikacji przy jej wykonaniu,
- jakości i wydajności świadczonej pracy,
- warunków pracy,
- odpowiedzialności związanej z wykonywaną pracą.

Źródło: regulamin wynagradzania w szpitalu.

Z tytułu świadczenia pracy na rzecz pracodawcy pracownikowi przysługuje:

- wynagrodzenie zasadnicze,
- dodatek funkcyjny,
- dodatek za stopień naukowy,
- dodatek za wysługę lat,
- nagrody jubileuszowe,
- wynagrodzenie za pełnione dyżury medyczne,
- wynagrodzenie za pracę w soboty, niedziele i święta oraz za pracę w porze nocnej,
- inne wynagrodzenie,
- wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych.

## Wynagrodzenie zasadnicze

Wynagrodzenie zasadnicze stanowi ekwiwalent za jednostkę pracy i może przyjąć postać stawki miesięcznej lub stawki godzinowej. Oczywiście nie może być

mniejsze niż minimalne wynagrodzenie ustalone przepisami prawa. W szpitalu obowiązuje taryfikator zaszeregowania z odpowiednimi kategoriami przypisanymi poszczególnym stanowiskom pracy. Taryfikator ten składa się z kategorii zaszeregowania od VII do XXI (np. z-ca dyrektora, ordynator) dla pracowników działalności podstawowej oraz od V do XXI (np. z-ca dyrektora, kierownik zespołu jednostek organizacyjnych) dla pracowników administracyjnych, technicznych i ekonomicznych.

## Dodatek funkcyjny

Stawkę dodatku funkcyjnego ustala dyrektor jednostki. Przyznawany jest pracownikowi zatrudnionemu na stanowisku kierowniczym i jest uzależniony od wielkości komórki organizacyjnej oraz stopnia trudności i złożoności wykonywanych prac. Przykładową tabelę wysokości dodatków funkcyjnych w podziale na pracowników działalności podstawowej oraz pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych przedstawia tabela 1.

**Tabela 1.** Wysokość dodatków funkcyjnych dla przykładowych stanowisk pracy dla pracowników działalności podstawowej i pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych

| Stanowisko  | Dodatek funkcyjny                              |
|---|--|
| <b>Pracownicy działalności podstawowej</b>  |  |
| Ordynator oddziału klinicznego,<br>Kierownik jednostki organizacyjnej   | do 45%   |
| Naczelną pielęgniarka<br>Przełożona pielęgniarek<br>Z-ca ordynatora<br>Z-ca kierownika jednostki  | do 35–45%                                      |
| Z-ca przełożonej pielęgniarek<br>Pielęgniarka oddziałowa<br>Kierownik komórki organizacyjnej<br>Kierownik apteki zakładowej<br>Zastępca kierownika komórki organizacyjnej | do 35%<br>do 35%<br>do 35%<br>do 35%<br>do 35% |
| Pielęgniarka/położna nadzorująca i koordynująca pracę<br>innych pielęgniarek/położnych,<br>Pielęgniarka/położna, oddziałowa,<br>Kierownik zespołu techników medycznych    | do 25%<br>do 25%<br>do 25%                     |
| Zastępca pielęgniarki/położnej, oddziałowej   | do 20%   |
| <b>Pracownicy techniczni, ekonomiczni i administracyjni</b>   |  |
| Z-ca Dyrektora<br>Główny księgowy<br>Kierownik zespołu jednostek  | do 50%   |
| Kierownik komórki organizacyjnej<br>Radca prawny  | do 45%<br>do 45–50%                            |

|   |           |
|---|-----------|
| Z-ca głównego księgowego<br>Koordynator           | do 30–35% |
| Kierownik komórki organizacyjnej/kierownik sekcji | do 25%    |

Źródło: Regulaminy wynagradzania szpitali (np. <http://www.szpital.zgora.pl/attachments/article/269/regulamin%20wynagradzania%2.pdf> 07.06.2011r.).

Przy ustalaniu wysokości dodatku funkcyjnego pracodawca kieruje się w szczególności wielkością komórki organizacyjnej oraz stopniem trudności i złożoności wykonywanych prac.

## Dodatek za stopień naukowy

Regulamin przewiduje również wypłacanie dodatków za uzyskane stopnie naukowe dla pracowników działalności podstawowej. Dotyczy to następujących stopni naukowych:

- profesor,
- doktor habilitowany,
- doktor.

**Tabela 2.** Wysokość dodatków za stopień naukowy

| Tytuł               | Wysokość dodatku w zł  |                         |                          |  |
|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--|
|                     | Szpital I <sup>1</sup> | Szpital II <sup>2</sup> | Szpital III <sup>3</sup> | Szpital IV <sup>4</sup>  |
| Profesor            | 185–350                | 200                     | 185                      | profesor – do 50% wynagrodzenia osobistego zaszerzgowania, jednak nie mniej niż 185 zł.            |
| Doktor habilitowany | 125–250                | 135                     | 125                      | doktor habilitowany – do 30% wynagrodzenia osobistego zaszerzgowania, jednak nie mniej niż 125 zł. |
| Doktor              | 65–150                 | 70                      | 65                       | doktor – do 20% wynagrodzenia osobistego zaszerzgowania, jednak nie mniej niż 65 zł                |

Źródło: Informacje zawarte w regulaminach wynagradzania poszczególnych szpitali.

<sup>1</sup> [http://bip.szpitalkarowa.pl/pl/bip/regulaminy/px\\_regulamin\\_wynagradzania.pdf](http://bip.szpitalkarowa.pl/pl/bip/regulaminy/px_regulamin_wynagradzania.pdf) (15.08.2011).

<sup>2</sup> Szpital w mieście wojewódzkim.

<sup>3</sup> <http://www.szpital.zgora.pl/attachments/article/269/regulamin%20wynagradzania%207.06.2011r..pdf> (2.09.2011).

<sup>4</sup> [http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1&limit=7&limit-start=21](http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&limit=7&limit-start=21) (2.09.2011).

## **Dodatek za wysługę lat**

Pracownikowi przysługuje dodatek za wysługę lat w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy dalszy rok pracy, aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego po 20 i więcej latach pracy (Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408, art. 62d).

## **Nagrody jubileuszowe**

Pracownikom przysługują nagrody jubileuszowe za długoletnią pracę. Tutaj jest kilka obwarowań, kiedy pracownik spełnia wymagania otrzymania takiej nagrody, np. do okresu uprawniającego otrzymanie tej nagrody nie wlicza się okresu pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym itd. Niemniej jednak pierwszy „jubileusz” pracownik może otrzymać dopiero po 20 latach pracy w wysokości 75% wynagrodzenia, a następne kształtują się następująco:

- 25 lat pracy – w wysokości 100% wynagrodzenia,
- 30 lat pracy – w wysokości 150% wynagrodzenia,
- 35 lat pracy – w wysokości 200% wynagrodzenia,
- 40 lat pracy – w wysokości 300% wynagrodzenia,
- 45 lat pracy – w wysokości 350% wynagrodzenia.

(Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408, art. 62a).

## **Wynagrodzenie za pełnione dyżury medyczne**

W tym zakresie również istnieją uregulowania i wysokość godzinowej stawki zależy od pory dnia bądź nocy, niedziel, świąt. Również za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie procentowe stawki godzinowej.

## **Wynagrodzenie za pracę w soboty, niedziele i święta oraz za pracę w porze nocnej**

Pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w systemie pracy zmianowej przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w określonej procentowo stawce godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w soboty, niedziele i święta oraz za pracę w porze nocnej.

## **Awans poziomy pracownika**

1. „Okres adaptacji w Szpitalu jest równy dla wszystkich pracowników.
2. Każdy pracownik rozpoczyna zatrudnienie w Szpitalu z 3-miesięcznym okresem próbnym i w tym okresie otrzymuje najniższe wynagrodzenie zgodne

- z kategorią zaszeregowania określoną w umowie o pracę. W szczególnych przypadkach Dyrektor Szpitala może ustalić inne warunki zatrudnienia.
3. W przypadku przedłużenia umowy o pracę i uzyskania pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego pracownik otrzymuje podwyżkę wynagrodzenia zgodnie z zajmowanym stanowiskiem i kategorią zaszeregowania.
  4. Pracownik awansuje w przypadku uzyskania kwalifikacji i stażu pracy określonego w załączniku do Regulaminu oraz pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego.
  5. Specjalistą w administracji może być pracownik, który posiada wykształcenie i staż pracy określony w załączniku do Regulaminu. Ponadto posiada pełną wiedzę w zakresie przepisów wymaganych na zajmowanym stanowisku, jest samodzielny w zakresie prowadzonych spraw, jest doradcą kierownika.
  6. Pracownik, który ukończy specjalizację, otrzyma podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego 50 złotych brutto”.

(<http://www.szpital.zgora.pl/attachments/article/269/regulamin%20wynagrodzenia%207.06.2011.r.pdf>) (2.09.2011)

## Inne wynagrodzenie

W tym obszarze pracownik ma prawo do nagrody za wzorowe wypełnianie swoich obowiązków, przejawianie inicjatywy w pracy, podnoszenie wydajności i jakości pracy. Nagroda taka może być przyznana przez Dyrektora Szpitala na wniosek bezpośredniego przełożonego nie częściej niż raz na okres rozliczeniowy działalności szpitala w wysokości nie przekraczającej 100% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika.

## Wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych

W tym zakresie obowiązują przepisy Kodeksu pracy.

## Taryfikator kwalifikacyjny

Szczegółowy taryfikator stanowiskowy określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 151 poz. 896) – stanowi on załącznik 1 do niniejszego opracowania (patrz s. 142).

Tabela taryfikacyjna stanowi tzw. techniczne, twarde określenie kompetencji na poszczególnych stanowiskach pracy. Ale idąc dalej, każdy kierownik jednostki organizacyjnej mógłby stworzyć portfel kompetencji tzw. miękkich, które są niezbędne na danym stanowisku pracy (świadczą o tym podane powyżej przykłady). Pracownik posiadając odpowiednie wykształcenie niekoniecznie poradzi sobie z tak trudną pracą z chorym pacjentem, zwłaszcza na takich oddziałach, jak np. onkologia. Okre-



ślenie profesjogramów stanowisk ułatwiłoby również ocenę pracy pracownika, tworzenie w miarę możliwości ścieżek rozwoju zawodowego, awans finansowy i stanowiskowy. O potrzebie tworzenia takich portfeli kompetencyjnych świadczy fakt, iż sami pracownicy w ramach podnoszenia kwalifikacji tworzą takie profile w ramach własnych stanowisk i widzą szansę lepszego zarządzania zasobami ludzkimi w ich oddziale (przykładem mogą być prace magisterskie na specjalności zarządzanie zasobami ludzkimi, gdzie zostały opracowane profesjogramy zespołu pracowników na oddziale transplantologii).

W tabeli 3 przedstawiono przykład zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej z wyłączeniem pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie *Zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (Dz.U. 2011 nr 52 poz. 543, z późn. zm.).

**Tabela 3.** Przykład zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej z wyłączeniem pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych

| Lp.   | Stanowisko   | Kategoria zaszeregowania |
|---|--|--------------------------|
| <b>I. Pracownicy działalności podstawowej</b> |  |                          |
| 1.  | Zastępca kierownika zakładu ds. leczenia<br>Ordynator<br>Naczelna pielęgniarka<br>Wojewódzki lekarz kontroli nad orzecznictwem lekarskim*)<br>Kierownik apteki zakładowej    | XXI                      |
| 2.  | Zastępca ordynatora<br>Kierownik komórki organizacyjnej, z zastrzeżeniem lp. 4 i 7   | XX                       |
| 3.  | Zastępca kierownika komórki organizacyjnej, o którym mowa w lp. 2<br>Zastępca kierownika apteki zakładowej<br>Starszy asystent, z zastrzeżeniem lp. 4<br>Starszy specjalista | XIX                      |
| 4.  | Inspektor ds. gospodarki lekiem<br>Starszy asystent farmaceutyczny<br>Asystent, z zastrzeżeniem lp. 5<br>Specjalista<br>Inspektor ochrony radiologicznej I°                  | XVIII                    |
| 5.  | Asystent farmaceutyczny<br>Koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów<br>Młodszy asystent   | XVII                     |
| 6.  | Starszy felczer, felczer<br>Przełożona pielęgniarek<br>Kierownik zespołu techników medycznych<br>Inspektor ochrony radiologicznej II° i III°                                 | XVI                      |

| Lp.   | Stanowisko  | Kategoria zaszeregowania |
|---|---|--------------------------|
| 7.  | Zastępczyni przełożonej pielęgniarek<br>Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek<br>Pielęgniarka oddziałowa<br>Zastępczyni pielęgniarki oddziałowej<br>Specjalista pielęgniarka<br>Specjalistka pielęgniarka ds. epidemiologii<br>Specjalista: technik dentystyczny, technik radioterapii<br>Kapelan szpitalny | XV                       |
| 8.  | Starsza: pielęgniarka, pielęgniarka środowiskowa<br>Starszy: technik medyczny, instruktor higieny, terapeuta zajęciowy, dyspozytor, ratownik medyczny<br>Pielęgniarka epidemiologiczna  | XIV                      |
| 9.  | Pielęgniarka<br>Pielęgniarka środowiskowa<br>Technik medyczny (farmacja, RTG, EKG)<br>Ratownik medyczny<br>Starszy: statystyk medyczny, pracownik socjalny<br>Starszy dietetyk  | XIII                     |
| 10.   | Opiekunka dziecięca, dietetyk   | XII                      |
| 11.   | Starsza: sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna<br>Statystyk medyczny<br>Asystentka pielęgniarska  | XI                       |
| 12.   | Sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna<br>Sanitariusz szpitalny  | X                        |
| 13.   | Młodsza pielęgniarka<br>Przyuczona rejestratorka<br>Dezynfektor, laborant<br>Operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych  | IX                       |
| 14.   | Sanitariusz, salowa, fasowaczka, pomoc laboratoryjna, pomoc apteczna, higienistka szpitalna, masażysta  | VIII                     |
| <b>II. Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni</b> |   |                          |
| 1.  | Kierownik zakładu   | XXII                     |
| 2.  | Zastępca kierownika zakładu<br>Główny księgowy  | XXI                      |
| 3.  | Pełnomocnik Dyrektora ds. jakości   | XX                       |
| 4.  | Zastępca głównego księgowego  | XIX                      |
| 5.  | Radca prawny  | XVIII                    |
| 6.  | Kierownik komórki organizacyjnej<br>Z-ca Kierownika<br>Asystent kierownika zakładu  | XVI                      |
| 7.  | Starszy: specjalista informatyk   | XV                       |

| Lp.  | Stanowisko   | Kategoria zaszeregowania |
|--|--|--------------------------|
| 8.   | Specjalista informatyk<br>Specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy<br>Koordynator  | XIV                      |
| 9.   | Inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy<br>Inspektor ds. obronnych i rezerw<br>Inspektor ochrony przeciwpożarowej<br>Starszy: rewident zakładowy, księgowy, mistrz, technik informatyk,<br>Starszy bibliotekarz | XIII                     |
| 10.  | Inspektor, księgowy, technik informatyk, starszy kasjer  | XII                      |
| 11.  | Starszy magazynier<br>Starszy referent<br>Bibliotekarz, intendent, kasjer  | XI                       |
| 12.  | Magazynier   | X                        |
| 13.  | Referent, archiwista, sekretarka<br>Starsza maszynistka  | IX                       |
|  | Maszynistka<br>Telefonistka  | VIII                     |
| <b>III. Pracownicy gospodarczy i obsługi</b> |  |                          |
| 1.   | Laborant w kotłowni<br>Konserwator urządzeń technicznych<br>Starszy mistrz w zawodzie  | XII                      |
| 2.   | Mistrz w zawodzie  | XI                       |
| 3.   | Hydraulik, ślusarz, elektromechanik, tokarz, elektryk, spawacz, szef kuchni, palacz  | IX                       |
| 4.   | Pomocnik palacza, robotnik nawęglania i odżużlowania   | VIII                     |
| 5.   | Kierowca   | VII                      |
| 6.   | Robotnik gospodarczy<br>Pracownik przyuczony na stanowisku robotniczym   | VI                       |
| 7.   | Starszy: portier, dźwigowy   | V                        |
| 8.   | Dozorca, portier, strażnik, szatniarz, sprzątaczką, dźwigowy   | IV                       |
| 9.   | Pracownik w okresie nauki zawodu lub przyuczania do zawodu   | III                      |

Źródło: Zasady wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011 nr 52 poz. 543, z późn. zm.). [http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21](http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21) (2.09.2011)).

W tabeli 4 przedstawiono przykład miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie *Zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (Dz.U. 2011 nr 52 poz. 543, z późn. zm. oraz [http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21](http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21) (2.09.2011)).

**Tabela 4.** Przykład miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie Zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011 nr 52 poz. 543, z późn. zm.)

| Kategoria zaszerogowania | Kwota w zł |
|--------------------------|------------|
| I                        | 1020–1280  |
| II                       | 1020–1300  |
| III                      | 1020–1320  |
| IV                       | 1064–1500  |
| V                        | 1150–1600  |
| VI                       | 1200–1700  |
| VII                      | 1210–1750  |
| VIII                     | 1220–1800  |
| IX                       | 1250–1850  |
| X                        | 1270–2000  |
| XI                       | 1280–2150  |
| XII                      | 1350–2300  |
| XIII                     | 1450–2400  |
| XIV                      | 1470–2500  |
| XV                       | 1600–2750  |
| XVI                      | 1700–3200  |
| XVII                     | 1800–3300  |
| XVIII                    | 2200–3600  |
| XIX                      | 2400–5200  |
| XX                       | 2500–5300  |
| XXI                      | 3400–5800  |
| XXII                     | 4500–6500  |

Źródło: [http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21](http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21) (2.09.2011).

Bardzo ciekawe spojrzenie na rzeczywiste wynagrodzenia pracowników służby zdrowia w 2010 r. przedstawia w różnych ujęciach od stanowiskowego po różnice w poszczególnych województwach badanie wynagrodzeń przez firmę Sedlak&Sedlak (<http://www.wynagrodzenia.pl/artukul.php/wpis.2202>; prezentując dane liczbowe posługujemy się głównie medianą, gdyż miara ta lepiej niż średnia charakteryzuje badaną populację). Z badań GUS wynika bowiem, iż 2/3 Polaków zarabia poniżej średniej, co może być przyczyną błędów interpretacyjnych. Natomiast mediana jest wartością dzielącą badaną populację na pół. Jeżeli w tekście nie zaznaczono

inaczej, to wartości zawarte w tabelach i wykresach należy traktować jako mediany (Grzegorz Spólnik Sedlak & Sedlak. Data publikacji: 19.01.2011).

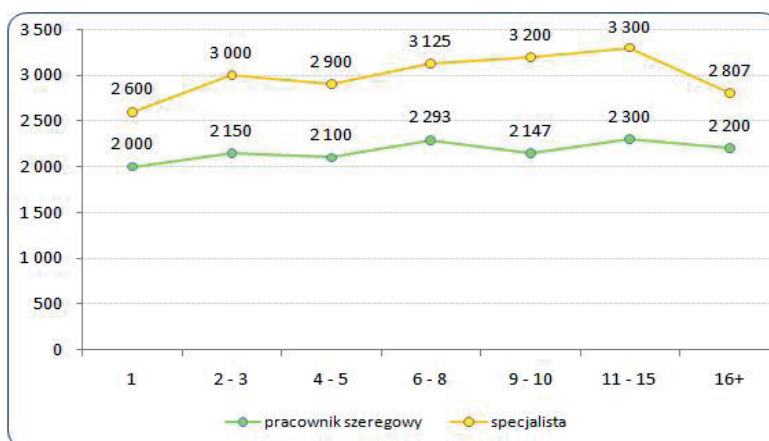
Według powyższego badania mediana wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia wynosi 2800 PLN i bynajmniej nie należą oni do najlepiej wynagradzanych. Dokładne wartości płac na poszczególnych szczeblach zarządzania zaprezentowano na rycinie 2.

**Rycina 2.** Wynagrodzenia w służbie zdrowia w 2010 r.



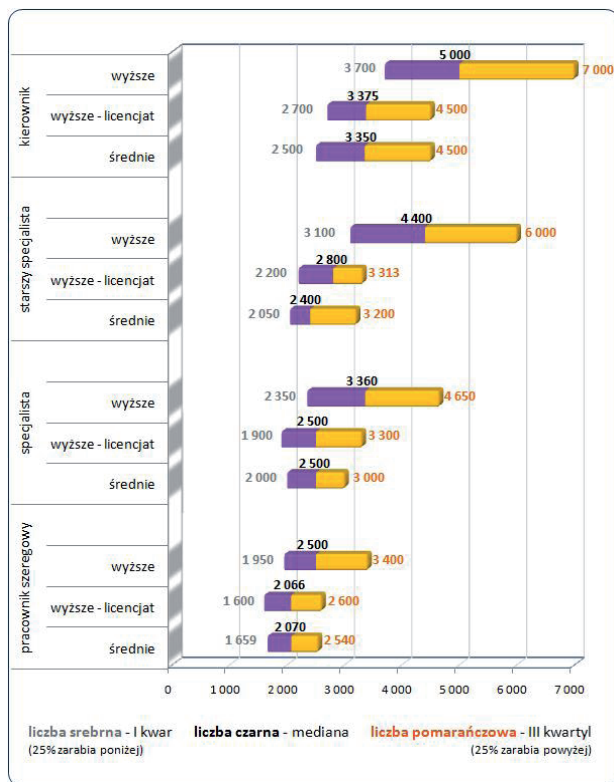
Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

**Rycina 3.** Wynagrodzenia pracowników szeregowych i specjalistów o różnym stażu pracy



Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

Rycina 4. Wynagrodzenia osób z różnym wykształceniem



Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

Rycina 5. Wynagrodzenia w służbie zdrowia w wybranych miastach



Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

**Tabela 5.** Wynagrodzenia specjalistów i pracowników szeregowych w poszczególnych województwach

| Województwo         | Pracownik szeregowy |             |                     | Specjalista         |             |                     |
|---------------------|---------------------|-------------|---------------------|---------------------|-------------|---------------------|
|                     | 25% zarabia poniżej | mediana     | 25% zarabia powyżej | 25% zarabia poniżej | mediana     | 25% zarabia powyżej |
| Dolnośląskie        | 1857                | <b>2350</b> | 3250                | 2100                | <b>2622</b> | 3560                |
| Kujawsko-pomorskie  | 1600                | <b>2000</b> | 2700                | 2147                | <b>3175</b> | 3855                |
| Lubelskie           | 1600                | <b>2029</b> | 2893                | 2000                | <b>3000</b> | 4050                |
| Łódzkie             | 1863                | <b>2200</b> | 2800                | 2001                | <b>2940</b> | 3900                |
| Małopolskie         | 1700                | <b>2100</b> | 2675                | 2100                | <b>2800</b> | 3500                |
| Mazowieckie         | 1950                | <b>2400</b> | 3080                | 2600                | <b>3300</b> | 4900                |
| Podkarpackie        | 1500                | <b>1819</b> | 2125                |                     |             |                     |
| Podlaskie           | 1510                | <b>1943</b> | 2675                |                     |             |                     |
| Pomorskie           | 1703                | <b>2552</b> | 3250                | 2200                | <b>3150</b> | 4480                |
| Śląskie             | 1650                | <b>2200</b> | 3025                | 2250                | <b>3000</b> | 4000                |
| Świętokrzyskie      | 1460                | <b>1930</b> | 2172                |                     |             |                     |
| Warmińsko-mazurskie | 1775                | <b>2150</b> | 2800                |                     |             |                     |
| Wielkopolskie       | 1700                | <b>2075</b> | 2800                | 2200                | <b>3319</b> | 4200                |
| Zachodnio-pomorskie | 1875                | <b>2350</b> | 3707                |                     |             |                     |

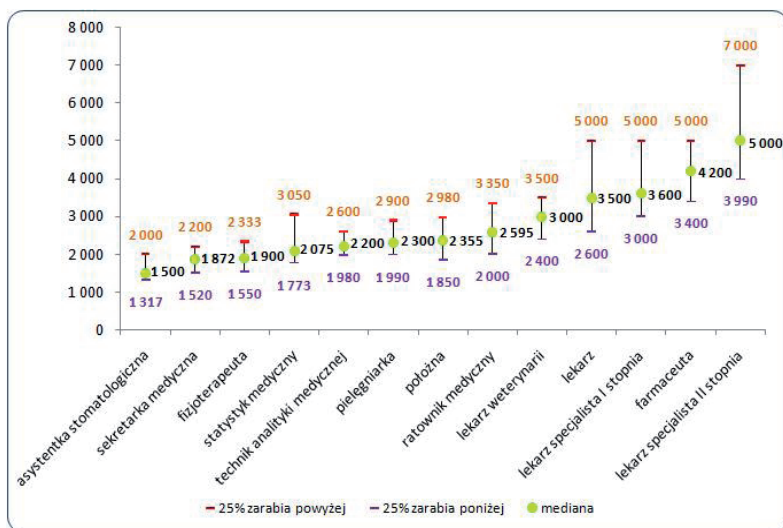
Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

Okazuje się, iż w tym zestawieniu Mazowsze nie jest liderem. Pracownicy szeregowi zarabiają lepiej w pomorskim (mediana 2552 PLN), a specjaliści w wielkopolskim (3319 PLN). Najniższe wynagrodzenia na tych szczeblach odnotowano odpowiednio w podkarpackim oraz dolnośląskim.

## Wynagrodzenia na poszczególnych stanowiskach

Na rycinie 6 zaprezentowano płace na stanowiskach związanych ze służbą zdrowia. Najmniej zarabiają asystentki stomatologiczne. Mediana ich wynagrodzeń to 1500 PLN, a pensje jednej czwartej z nich nie przekraczają 1317 PLN. Najlepiej opłacani są lekarze (przede wszystkim specjaliści II stopnia) oraz farmaceuci. Należy również zaznaczyć, że większość danych pochodzi od osób zatrudnionych w państwowej służbie zdrowia.

**Rycina 6.** Wynagrodzenia na wybranych stanowiskach w służbie zdrowia



Źródło: Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2010 r.

Sytuacja finansowa wielu placówek nie pozwala na zwiększenie zatrudnienia. Pracodawcy, chcąc sprostać potrzebie zapewnienia całodobowej opieki, próbują omijać przepisy dotyczące czasu pracy. Bywa więc, że pielęgniarka zatrudniona na etacie po godzinach w tym samym szpitalu świadczy usługi w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej. Umowę podpisuje ze szpitalem lub firmą zewnętrzną. Sami pracownicy tracą na takich rozwiązaniach: są rozliczani na podstawie stawki godzinowej, nie mają natomiast dodatków, które przysługiwałyby im z tytułu nadgodzin według umowy o pracę (Adamska-Golińska, 2011, s. 44).



## Bibliografia

1. Adamska-Golińska N., Czas pielęgniarek stale się wydłuża, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 3.
2. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków 2007.
3. Borkowska S., *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
4. Borkowska S., *Motywacja i motywowanie*, W: *Zarządzanie zasobami ludzkimi – tworzenie kapitału ludzkiego w organizacji*, pod red. H. Króla, A. Ludwiczynskiego, PWN, Warszawa 2006.
5. Czajka Z., *Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce*, PWE, Warszawa 2009.
6. Nohria N., Groysberg B., Linda-Eling L., *Motywacja pracowników – nowy, skuteczny model*, [http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90442,6070587,Motywacja\\_pracownikow\\_\\_nowy\\_\\_skuteczny\\_model.html](http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90442,6070587,Motywacja_pracownikow__nowy__skuteczny_model.html) (20.07.2011).
7. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji. Kanony, realia, kontrowersje*, Wolters Kluwer, Kraków 2008.
8. Ozorowska M., Holenderska lekcja dla Polski. Patrz szeroko, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 2.
9. Poczrowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki i metod*, Antykwia, Kraków 1998.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 151 poz. 896).
11. Stańczyk I., *Model kształtowania ról organizacyjnych i podziału kompetencji w zakresie zarządzania potencjałem pracy dla grupy kapitałowej*, Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2005, s. 155 (praca niepublikowana).
12. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408, art. 62d).
13. *Zarządzanie zasobami ludzkimi – tworzenie kapitału ludzkiego w organizacji*, pod red. H. Króla, A. Ludwiczynskiego, PWN, Warszawa 2006.

## Netografia

1. <http://www.wynagrodzenia.pl/artukul.php/wpis.2202>.
2. <http://www.pczszpitalkluczbork.pl/ankietap.html> (20.07.2011).
3. [http://bip.szpitalkarowa.pl/pl/bip/regulaminy/px\\_regulamin\\_wynagradzania.pdf](http://bip.szpitalkarowa.pl/pl/bip/regulaminy/px_regulamin_wynagradzania.pdf) (15.08.2011).
4. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce/news/news3/2011/5/health-professional-mobility-on-the-european-agenda> (1.09.2011).
5. <http://www.szpital.zgora.pl/attachments/article/269/regulamin%20wynagradzania%207.06.2011r.pdf> (2.09.2011).
6. [http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21](http://szpitalspec2.bytom.ids.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&limit=7&limitstart=21) (2.09.2011).

## Racjonalizacja i restrukturyzacja zatrudnienia w służbie zdrowia

*Izabela Stańczyk*

Rozpatrując procesy racjonalizacji czy restrukturyzacji zatrudnienia należy spojrzeć na definicje tych pojęć.

**Tabela 1.** Definicje restrukturyzacji w wybranych publikacjach polskich autorów

| Autor                      | Definicja  |
|----------------------------|--|
| M. Belka,<br>L. Pietrewicz | Restrukturyzacja to – najogólniej rzecz biorąc – zmiana struktury aktywów i pasywów. Dokonuje się ona na trzech poziomach: poszczególnych przedsiębiorstw (zmiana struktury aktywów i pasywów wewnątrz przedsiębiorstw), branży (zmiana wzajemnej pozycji przedsiębiorstw w ramach branży), gospodarki (przemieszczenia aktywów i pasywów między branżami).          |
| R. Borowiecki              | Restrukturyzacja jest systemową przebudową, modernizacją lub unowocześnieniem struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania przedsiębiorstw lub innych obiektów badań ekonomicznych. Ma charakter złożony, wielowymiarowy i długotrwały, przesłankami jej podejmowania są sytuacje krytyczne w rozwoju struktur, których ona dotyczy.                              |
| S. Chomątkowski            | Restrukturyzacja jest procesem zasadniczych zmian, gruntownych i wywołanych w większym stopniu czynnikami zewnętrznymi albo inaczej sytuacjami krytycznymi dla rozwoju struktur, których dotyczy.  |
| Z. Malara                  | Restrukturyzacja to radykalna zmiana w odniesieniu do gospodarki, przemysłu, gałęzi, przedsiębiorstwa w co najmniej jednym spośród czterech obszarów ich aktywności, tzn. techniki i technologii, organizacji i zarządzania, ekonomiki i rynku oraz organizacyjno-prawnym, w celu zapewnienia systemowi gospodarczemu równowagi wewnętrznej oraz względem otoczenia. |
| A. Stabryła                | Restrukturyzacja stanowi postępowanie diagnostyczno-projektowe, mające na celu usprawnienie systemu zarządzania i systemu eksploatacyjnego przedsiębiorstwa, przy czym zmiany odnoszą się przede wszystkim do przekształcenia formy organizacyjnej, systemów decyzyjnych zarządzania i zasobów ludzkich.   |

Źródło: *Restrukturyzacja organizacji...*, 2005, s. 16.

A więc w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi należy rozróżnić pojęcia racjonalizacji i restrukturyzacji zatrudnienia.

Racjonalizacja zatrudnienia według T. Oleksyna *polega zarówno na lepszym dostosowaniu wielkości struktury zatrudnienia do obiektywnych potrzeb firmy (teraz i w przyszłości), jak i na doprowadzeniu do większej zgodności treści pracy z możliwościami, zainteresowaniami i aspiracjami pracowników. Interesy pracowników są częściowo zbieżne, częściowo rozbieżne* (Oleksyn, 2008, s. 187). Jest to proces przebiegający w dłuższym okresie, a zmiany wdrażane są w sposób powolny i w niezbyt dużym zakresie.

Restrukturyzacja zatrudnienia jest procesem szybkim, zmiany wdrażane dotyczą z reguły całej organizacji w przekroju organizacyjnym, strukturalnym czy technologicznym. Jest ona procesem, który polega na dostosowaniu struktury zatrudnienia – jej poziomu i profilu kwalifikacji zawodowych – do przyjętej strategii działania (*Restrukturyzacja organizacji...*, 2005, s. 214). Potrzeba prowadzenia restrukturyzacji wynika z konieczności osiągnięcia przewagi konkurencyjnej w szeroko pojętym otoczeniu zewnętrznym i wewnętrznym, a w szczególności (Sekuła, 2001, s. 215):

- dostosowywanie personelu do zmian wynikających z zastosowania postępu techniczno-technologicznego;
- ograniczenie zatrudnienia przez stosowanie elastycznych form zatrudnienia;
- poszukiwanie różnych sposobów oszczędności kosztów pracy, np. przez komasowanie większych zakresów prac na stanowiskach, wprowadzanie wielozadaniowości i szerokoprofilowych stanowisk pracy, łączenie i dzielenie stanowisk pracy;
- likwidowanie zbędnych stanowisk, na których występuje praca pozorna lub zbędna;
- zwalczanie biurokracji i dublowanie się czynności;
- dostosowywanie zatrudnienia i kompetencji pracowników do zmiennych profili wymagań zawodowych na stanowiskach pracy oraz rodzaju i zakresu prowadzonej działalności;
- likwidacja kosztownego zatrudnienia socjalnego oraz utajonego bezrobocia;
- lepsze wykorzystywanie potencjału zawodowego pracowników, m.in. w następstwie rekonwersji zawodowej i realokacji pracowników między stanowiskami i komórkami;
- wymiany pracowników nieefektywnych, nie posiadających kwalifikacji i umiejętności lub niechętnych do ich podnoszenia.

Główne cele racjonalizacji i restrukturyzacji zatrudnienia w oparciu o model przedstawiony przez T. Oleksyna (2008, s. 189):

- fuzje i podziały firm,
- zmiana domeny i skali działalności,
- zmiana strategii rozwoju organizacji,
- zmiana technologii i procesów pracy,
- zmiana treści ról organizacyjnych,
- zmiana form własności,
- przewyciężanie kryzysu,

- sanacja organizacji,
- przewyżnianie regresu organizacji i atrofii jej funkcji,
- redukcja kosztów,
- zmiana kultury organizacji,
- zwalczanie biurokracji,
- rozwój pracowników,
- wzrost satysfakcji pracowników.

Fuzje firm to również sytuacja spotykana na rynku służby zdrowia. Dotyczy wprawdzie częściej niepublicznych zakładów służby zdrowia, prywatnych spółek tworząc sieci korporacyjne, grupy kapitałowe, zależne spółki-córki. Przykładem jest Grupa Scanmed ze strukturą powiązań kapitałowych (Spółki Grupy Scanmed: Scanmed S.A., Scanmed Multimedis S.A., Scan Development Sp. z o.o., Akamedik Services Sp. z o.o., Carint Scanmed Sp. z o.o.). (<http://www.scanmed.pl/scanmed/onas> (12.09.2011)).

Innym przykładem jest grupa Lux Med łącząca firmy przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2.** Grupa LUX MED w liczbach

| <b>Grupa LUX MED w liczbach</b>                     |               |
|---|---------------|
| Liczba placówek pod marką LUX MED                   | 26            |
| Liczba placówek pod marką CM LIM                    | 17            |
| Liczba placówek pod marką Medycyna Rodzinna         | 17            |
| Liczba placówek pod marką PROMEDIS                  | 10            |
| Liczba placówek pod marką PROFEMED                  | 2             |
| Łączna liczba placówek Grupy LUX MED                | 72            |
| Szpital   | 1             |
| Łączna liczba placówek partnerskich Grupy LUX MED   | ok. 1350      |
| Łączna liczba klientów korporacyjnych Grupy LUX MED | ok. 700 000   |
| Łączna liczba klientów Grupy LUX MED                | ok. 1 050 000 |

Źródło: <http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/grupa-lux-med-w-liczbach> (12.09.2011).

Zmiany strategii rozwoju organizacji to poszukiwanie nowych możliwości przy zachowaniu podstawy działania. Przykładem może być rozwinięcie działalności w zakresie opieki medycznej opartej na dużej współpracy między LUX MED a Parafią Ewangelicko-Augsburską Świętej Trójcy w Warszawie.

Przykład 1.

Warszawa, 26 października 2009 r.

22 października 2009 r. zostało zawarte porozumienie między LUX MED Sp. z o.o. a Parafią Ewangelicko-Augsburską Świętej Trójcy w Warszawie, określające zasady współpracy przy prowadzeniu domu opieki EOD „Tabita” w Konstancinie-Jeziornej.

Na mocy zawartego porozumienia, dom opieki „Tabita”, którym dotychczas zarządzała Parafia, będzie prowadzić specjalnie w tym celu powołana spółka LUX MED „Tabita” Sp. z o.o. Po spełnieniu warunków określonych w umowie inwestycyjnej LUX MED Sp. z o.o. nabędzie 88% udziałów w nowej spółce. Pozostałe 12% zachowa Parafia, której przysługiwać będzie także miejsce w Radzie Nadzorczej.

Wspólne plany Parafii i Grupy LUX MED przewidują w najbliższym czasie uzyskanie pozwolenia na użytkowanie nowego skrzydła budynku, dzięki czemu wzrośnie liczba pokoi gościnnych (z obecnych 61 do 94). Pozwoli to znacząco zwiększyć liczbę podopiecznych, przy jednoczesnym zachowaniu standardu świadczonych usług (do czego zobowiązali się sygnatariusze umowy). Wszyscy obecni pensjonariusze „Tabity” zachowają swój status na podstawie dotychczas podpisanych umów. Parafianom będzie przysługiwać pierwszeństwo do miejsc w „Tabicie”, a Parafia będzie dysponować pakietem miejsc z rabatem dla swoich parafian oraz ich współmałżonków.

W nowo utworzonej spółce pozostaną zatrudnieni wszyscy obecni pracownicy „Tabity”. Co istotne, spółka nie przejmie nieruchomości – będzie ją jedynie najmować przez najbliższe 12 lat (z możliwością przedłużenia umowy o następne 3 lata).

„Dzięki podjęciu współpracy przy prowadzeniu Domu Opieki „Tabita”, Grupa LUX MED wkracza na nowy obszar działalności. Jako eksperci w świadczeniu usług ambulatoryjnych i diagnostycznych, w naturalny sposób poszukujemy nowych obszarów rozwoju. Włączając się w prowadzenie domu opieki możemy wykorzystać nasze dotychczasowe doświadczenia i spożytkować je w obszarze niezwykle społecznie ważnym, jakim jest troska o seniorów i ludzi przewlekle chorych. Jestem przekonana, że znacząco przyczynimy się do tego, aby następne lata były dla „Tabity” okresem stabilizacji i rozkwitu. Mimo wielu przedsięwzięć, które zamierzamy zrealizować w bliskiej przyszłości, takich jak otwarcie szpitala chirurgii jednego dnia, podjęliśmy się jeszcze jednego wyzwania. Nie wykluczone, że okaże się ono pierwszym krokiem na tym nowym polu naszej działalności” – mówi Anna Rulkiewicz-Kaczyńska, Prezes Grupy LUX MED.

Ewangelicki Ośrodek Diakonii „Tabita” w Konstancinie-Jeziornej jest jednym z dzieł charytatywnych Parafii Ewangelicko-Augsburskiej Świętej Trójcy

w Warszawie, w którym kontynuujemy wielowiekową, dobrą tradycję służby dla człowieka. Funkcjonujący od ponad 80 lat ośrodek „Tabita” został w minionych latach rozbudowany i dzisiaj jest jednym z najlepszych obiektów tego typu w Warszawie i okolicy, którego atrakcyjność dodatkowo potęguje piękne położenie. Ośrodek już zapewnia dobrą opiekę medyczną, pielęgnacyjną oraz stwarza pensjonariuszom poczucie bezpieczeństwa w ich „jesieni życia”. Zgromadzenie Parafialne – najwyższy organ parafii – z sześciu ofert kandydatów na operatora EOD „Tabita”, wybrało ofertę Grupy LUX MED. Mam nadzieję, że dynamika, potencjał medyczny oraz know-how Grupy LUX MED połączony z doświadczeniem i tradycją naszego Ewangelickiego Ośrodka Diakonii „Tabita” będzie znakomitym przykładem dobrego współdziałania w niesieniu pomocy człowiekowi w nie zawsze łatwej i złotej jesieni ludzkiego życia” – stwierdza ks. Piotr Gaś, proboszcz Parafii Świętej Trójcy.

Źródło: <http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/informacje-prasowe.html> (12.09.2011).

Takie przykładowe rozwiązanie pociąga za sobą zwiększenie zatrudnienia, pozyskanie pracowników w zakresie podstawowej obsługi pielęgniarstwa, po specjalistów z danej dziedziny, a więc tworzenie nowych miejsc pracy. Tutaj również istnieje możliwość zastosowania przez firmy przemieszczenia pracowników w sposób bezpośredni lub po przeszkoleniu i zmianie oraz zwiększeniu kompetencji do nowej spółki i uniknięcie zwolnień.

Na rynku można spotkać również zespoły opieki zdrowotnej powołane przy dużych korporacjach jako przychodnie przyzakładowe, np. CM LIM ([http://www.cmlim.pl/dla\\_firm/oferta/przychodnie\\_przyzakladowe](http://www.cmlim.pl/dla_firm/oferta/przychodnie_przyzakladowe) (12.09.2011)).

Dodatkowa opieka medyczna zwiększa bardzo często pulę świadczeń pozapłacowych dla pracowników, przez co stanowiska przez nich zajmowane stają się atrakcyjniejsze na rynku pracy. „W USA z zabezpieczenia wykupywanego na wolnym rynku korzysta około 62–65% mieszkańców. Charakterystyczne jest przy tym, że oferta ubezpieczalni nie jest zazwyczaj kierowana do indywidualnych klientów, lecz do klientów korporacyjnych. Od co najmniej okresu powojennego bowiem tradycyjnym elementem składowym wynagrodzenia za pracę jest całkowite lub częściowe finansowanie przez pracodawcę pakietów ubezpieczenia społecznego. W tej formie dostęp do ubezpieczenia uzyskuje nawet ponad 90% ubezpieczonych w USA, jakkolwiek duża część osób wykupuje również dodatkowe polisy indywidualne” (Krajewski-Siuda, Romaniuk, 2011, s. 40). Takie działania również powodują rozwój placówek służby zdrowia, a więc znowu większego zapotrzebowania na kompetentnych pracowników.

Do grona zespołów opieki zdrowotnej należą również takie rozwiązania, jak niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – prywatne spółki świadczące bezpłatnie usługi zdrowotne w oparciu o kontrakty podpisane z Narodowym Funduszem Zdrowia,

np. Centrum Medyczne Vadimed ([http://www.vadimed.com.pl/onas.php?vadime-d=onass&id\\_podstrony=1](http://www.vadimed.com.pl/onas.php?vadime-d=onass&id_podstrony=1)) (12.09.2011)).

Zmiany restrukturyzacyjne zatrudnienia i strukturalne w placówkach służby zdrowia, szczególnie w szpitalach, przebiegały z zastosowaniem procesów outsourcingu w zakresie wydzielenia np. funkcji związanej z żywieniem pacjentów czy sprzątaniem i nawiązaniem współpracy z firmami świadczącymi usługi cateringowe czy sprzątające. Pracownicy realizujący te funkcje z reguły tracili pracę, np. w szpitalu, ale mogli również zasilić załogę w firmach przejmujących te zadania jako pracownicy już wykwalifikowani i znający obiekty.

W placówkach służby zdrowia o restrukturyzacji zatrudnienia można mówić z reguły w sytuacjach całkowitej likwidacji placówki bądź danej komórki organizacyjnej (tutaj pracownicy dostają wypowiedzenia z pracy), przy reorganizacji strukturalnej raczej pracownicy są przemieszczeni na inne stanowiska z racji trudności pozyskania takich osób na rynku pracy. Z reguły poszukiwani są specjaliści czy pielęgniarki do pracy (to można zaobserwować na ciągle wywieszonych ogłoszeniach, np. na stronach internetowych tych placówek albo posługując się firmami doradztwa personalnego z zakresu *head-huntingu*).

Rozpatrując możliwości rozwoju zawodowego pracowników, nie zawsze jest on odpowiednio akceptowany bądź realizowany.

Uczestniczenie w szkoleniach organizowanych głównie przez Izbę Pielęgniarską lub też przez urząd pracy organizowane w czasie wolnym od pracy dla pielęgniarek to przede wszystkim dla nich zdobycie wiedzy oraz zdobycie certyfikatu, który być może uchroni je przed zwolnieniem z pracy. „Dyrekcja szpitala nie zachęca bezpośrednio do udziału w szkoleniach, ale patrzy na posiadane umiejętności w przypadku zwolnień” (na podstawie wywiadu przeprowadzonego przez studentkę Zdrowia Publicznego z przedstawicielką oddziału rehabilitacji w powiatowym szpitalu – materiał niepublikowany). Osoba ta wskazuje na jeszcze jeden element – komunikację, np. przez organizowanie spotkań np. szkoleniowych, gdzie pracownik dzieli się wiedzą z pozostałymi uczestnikami po zakończonym szkoleniu. Przepływ informacji to jeden z kluczowych czynników w procesie restrukturyzacji czy racjonalizacji zatrudnienia. Podniesienie jakości wykonywanych usług to również zasób wiedzy personelu (tutaj jako przykład oddział rehabilitacji, czy nowinki, nowe techniki rehabilitacji są bardzo ważne).

Często patrzymy na rozwój zawodowy jako uczestniczenie w szkoleniach, poniesienie kosztu przez pracodawcę (przynajmniej tak wynika z przeprowadzonych rozmów z osobami pracującymi w placówkach służby zdrowia), a nie jako inwestycję w pracownika, który będzie wykonywał swoje zadania w sposób bardziej profesjonalny, a przy odpowiedniej organizacji pracy będzie przekazywał nowo nabytą wiedzę pozostałym pracownikom.

Rozwój pracowników to działania mające na celu przygotowanie ich – w okresie zatrudnienia w organizacji – do wykonywania pracy i zajmowania stanowisk o większej odpowiedzialności. Dynamika i kierunek rozwoju są determinowane z jednej strony celami firmy, z drugiej zaś potrzebami i aspiracjami pracowników

(Suchodolski, 2010, s. 211). Rozwój zawodowy pracownika może być planowany dwustronnie. Z jednej strony pracodawca w ramach budowy ścieżek karier, przygotowania do awansu itd. będzie wyznaczał poszczególne etapy rozwoju kierując pracownika czy to na studia czy szkolenia i inne. Z drugiej – to sam pracownik jest odpowiedzialny za własny rozwój zawodowy i bardzo często chcąc awansować, podnosi swoje kwalifikacje i doskonali kompetencje we własnym zakresie.

## Formy i metody rozwoju pracowników

Rozwój pracownika może być realizowany za pomocą różnych form i metod skierowanych indywidualnie do pracownika lub też dla wybranej grupy zawodowej.

Formy i metody indywidualnego doskonalenia kadr mogą być realizowane w trybie:

- *on-the-job* (związane z miejscem pracy),
- *off-the-job* (w oderwaniu od miejsca pracy).

Zbiór metod doskonalenia *on-the-job* ilustruje tabela 3.

**Tabela 3.** Metody doskonalenia pracowników związane z miejscem pracy

| Metody doskonalenia     | Zastosowanie  | Zalety  | Wady  |
|-------------------------|---|---|---|
| Przyuczenie             | zdefiniowana (prosta) działalność                     | powiązanie z praktyką                                 | ściśle powiązanie ze stanowiskiem pracy                             |
| Instrukcje              | skomplikowane wielostopniowe prace                    | powiązane z praktyką, daleko idące, samodzielne prace | kosztowne: konieczne uważne, krytyczne studiowanie                  |
| Asystentura             | przygotowanie do objęcia stanowiska kierowniczego     | stopniowe wprowadzenie                                | przenoszenie także zadań peryferyjnych                              |
| Zastępstwo              | zadania nadające się do delegowania                   | całkowite (próbne) przejęcie zadań                    | niebezpieczeństwo przeniesienia nie w pełni reprezentatywnych zadań |
| Następstwa              | przygotowanie do objęcia stanowiska kierowniczego     | stopniowe wprowadzenie                                | „książęca korona”   |
| Wielostronne kierowanie | przygotowanie do praktyki kierowania                  | praktycyzm, brak rutyny                               | treść zależna od przypadku, wąski krąg osób                         |
| Koła jakości            | polepszenie właściwego przebiegu pracy, procesy pracy | innowacyjność, zaangażowanie                          | potrzeba motywacji, ścisły związek z pracą                          |



| Metody doskonalenia | Zastosowanie  | Zalety   | Wady  |
|---------------------|---|--|---|
| Ośrodek uczenia się | definiowanie problemów i ich rozwiązywanie                                | obejmuje miejsce pracy   | wymaga silnej pielęgnacji   |
| Coaching            | podwyższanie efektywności wykonywanej pracy                               | zindywidualizowany, uwzględniający kwalifikacje doskonałego pracownika   | duże obciążenie czasowe osoby będącej coachem, wymaga gruntownego przygotowania |
| Mentoring           | wprowadzenie do pracy oraz kształtowanie dojrzałości zawodowej pracownika | szybsze osiągnięcie przez nowozatrudnionego pełnej efektywności pracy oraz sprawniejsze wdrażanie standardów wykonywania pracy | niebezpieczeństwo tworzenia klik i powielania stereotypowych rozwiązań          |

Źródło: A. Suchodolski, *Rozwój i zarządzanie karierą pracowników*, W: *Zarządzanie kadrami* pod red. T. Listwana, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 222.

Natomiast zbiór metod doskonalenia *off-the-job* ilustruje tabela 4.

**Tabela 4.** Metody doskonalenia pracowników poza miejscem pracy

| Metody doskonalenia  | Zastosowanie   | Zalety  | Wady   |
|----------------------|--|---|--|
| Wykład               | przekazywanie informacji, demonstracja                       | skoncentrowane, systematyczne przekazywanie wiedzy                                    | pewność, ewentualne trudności z zapamiętywaniem                          |
| Rozmowa nauczająca   | opracowanie materiału w postaci dialogu                      | aktywizacja dostosowana do szkolenia  | kosztowność (przygotowanie), brak przejrzystości                         |
| Gry planistyczne     | dyspozycyjne sytuacje problemowe z sekwencyjnym rozwiązaniem | związek z praktyką, aktywizujące, natychmiastowe sprzężenia zwrotne w kwestii wyników | kosztowność (przygotowanie), sytuacje, gry według skonstruowanych modeli |
| Odgrywanie ról       | obszar ról społecznych, umiejętności społecznych             | aktywizujące powiązanie z zachowaniem i postawami                                     | wysokie wymagania względem trenerów, czasochłonność                      |
| Nauczanie programowe | zabezpieczenie wiedzy faktograficznej                        | szybkie uczenie się, łatwość zapamiętywania, łatwość powtarzania, aktywność           | brak dialogu, kosztowne wyprodukowanie materiałów (starzenie się)        |

| Metody doskonalenia    | Zastosowanie                                     | Zalety   | Wady  |
|------------------------|--|--|---|
| Trening dynamiki grupy | obszar ról społecznych, umiejętności społecznych | możliwy rozwój osobowości  | niebezpieczeństwo wyrządzenia szkód w osobowości, wysokie wymagania względem trenerów |
| <i>Action learning</i> | rozwiązywanie problemów źle ustrukturalizowanych | rozwiązywanie nowych sytuacji praktycznych, także przez doświadczonych kierowników | duże przedsięwzięcia, powracające problemy  |

Źródło: A. Suchodolski, *Rozwój i zarządzanie karierą pracowników*, W: *Zarządzanie kadrami* pod red. T. Listwana, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 223.

Spośród wyżej wymienionych form i metod doskonalenia pracowników w ostatnich latach bardzo szybko rozwinęły się dwie:

- **coaching** – polega na partnerskim sposobie dzielenia się przez kierownika wiedzą z podległymi mu pracownikami, może mieć postać nieformalną lub sformalizowaną – świadomie inspirowaną i organizowaną przez zarząd firmy (Suchodolski, 2010, s. 224);
- **mentoring** – występuje wówczas, gdy bardziej doświadczony współpracownik lub osoba z zewnątrz bierze na siebie odpowiedzialność za wspieranie rozwoju mniej doświadczonego pracownika. Wyrazem tej opieki jest zachęcanie do działań, udzielanie rad i informacji zwrotnych, pomoc w wykonywanej pracy i monitorowanie osiągnięć. Podobnie jak coaching, może mieć postać formalną i niesformalizowaną (na ten temat pojawiło się również dużo publikacji w ostatnich dwóch latach, co może świadczyć o zapotrzebowaniu rynku na ten produkt) (Rybak, 2000, s. 260).

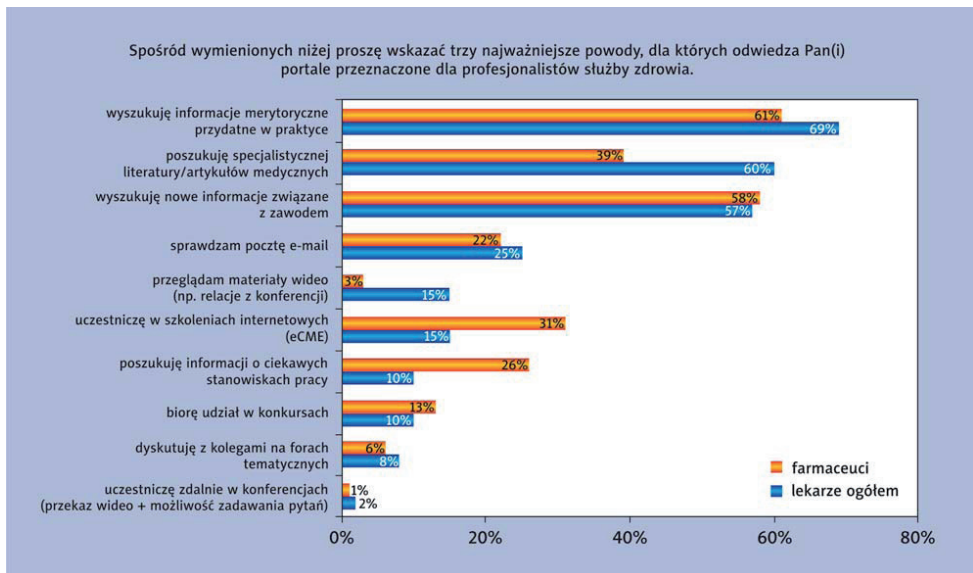
Powyżej wskazane metody, takie jak: rotacja na stanowiskach, mentoring czy coaching są metodami wymagającymi w większej mierze dobrej organizacji pracy niż nakładów finansowych i z powodzeniem z pewnością mogą znaleźć zastosowanie w placówkach służby zdrowia. Pojawia się kwestia chęci, świadomości i możliwości zastosowania tych metod. Inną metodą potrzebną obecnie w zarządzaniu zasobami ludzkimi w placówkach służby zdrowia, a szczególnie w procesach racjonalizacji zatrudnienia, jest praca zespołowa.

## Samodoskonalenie

Inną formą doskonalenia zawodowego jest samodoskonalenie pracowników. W prezentowanych badaniach około 50% firm preferuje taką formę zwiększania kompetencji. Natomiast zostały przeprowadzone badania dotyczące wykorzystania portali internetowych przez lekarzy i farmaceutów, i ta forma samodoskonalenia za-

wodowego, czy to wiedza teoretyczna czy praktyczna, zajmują kluczowe miejsce według wskazań („Jak dowodzą wyniki badań przeprowadzonych ostatnio przez GFK Polonia, lekarze i farmaceuci to grupy zawodowe najczęściej posługujące się Internetem i jedne z najlepiej przygotowanych do wykorzystywania nowoczesnych narzędzi informatycznych”). Według przewidywań, w roku 2015 po globalnej sieci surfować będzie 98% specjalistów i 83% lekarzy POZ. Dziś jest to odpowiednio 94% i 76%. W miejscu pracy Internetem posługuje się 89% lekarzy specjalistów i farmaceutów. Wśród urządzeń służących do komunikacji największą popularnością wśród lekarzy cieszą się komputer stacjonarny (93%), komputer przenośny (88%) i telefon komórkowy (46%), 7% lekarzy korzysta z urządzeń typu iPhone. Kryterium, które najprawdopodobniej przesądzi o sukcesie informatyzacji ochrony zdrowia, będzie wykorzystanie mobilnych urządzeń do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wystawiania elektronicznych recept i skierowań, dlatego poziom ich wykorzystywania przez środowisko medyczne może napawać optymizmem” (Nyczaj, 2011, nr 2, s. 40). Szczegółowe informacje zawiera rycina 1.

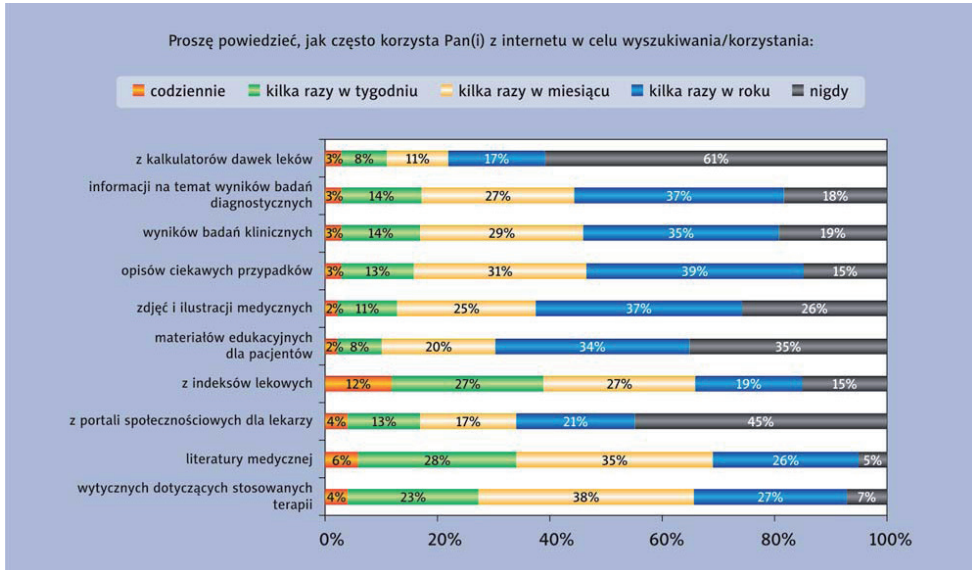
**Rycina 1.** Powody wykorzystywania portali internetowych przez profesjonalistów w służbie zdrowia



Źródło: GK Polonia 2010. N = 982 (lekarze specjaliści N = 476; lekarze POZ = 297; farmaceuci N = 209). W: K. Nyczaj, Najnowsze wyniki badań WWW.doktor.pl, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 2, s. 40.

Najczęściej odwiedzanymi portalami (kilka razy w tygodniu) są te, na których można znaleźć fachową literaturę medyczną czy wytyczne dotyczące stosowania poszczególnych terapii. Następnym ważnym aspektem powodzenia wdrażania zmian w organizacji jest włączenie pracowników do prac zespołowych, pozwolenie im na współdziałanie w opracowywaniu poszczególnych procesów czy procedur reorganizacyjnych.

**Rycina 2.** Częstość korzystania z profesjonalnych portali dla służby zdrowia przez lekarzy i farmaceutów



Źródło: GK Polonia 2010. N = 982 (lekarze specjaliści N = 476; lekarze POZ = 297; farmaceuci N = 209). W: K. Nyczaj, Najnowsze wyniki badań WWW.doktor.pl, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 2, s. 42.

## Praca zespołowa

Przykładem wdrażania pracy zespołowej w ramach prowadzonej restrukturyzacji jest projekt opracowany w 2007 r. przez zarząd Wandsworth Teaching Primary Care Trust pt. „PCT Teams Competency Framework” dotyczący pracy zespołowej różnych klinik zdrowia, w tym także Balham Heath Centre (Treppe-Hrabi, 2010, s. 247). Projekt ten został stworzony na podstawie podziału pracy w następujących obszarach:

- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- analiza i wykorzystanie informacji,
- zarządzanie finansami,
- komunikacja i marketing,
- zarządzanie projektami,
- zarządzanie strategiczne i przywództwo.

Jak przedstawia J. Treppner-Hrabi, dokument zawierał następujące wytyczne:

- „zespół winien mieć jasno sprecyzowane cele;
- z uwagi na hierarchię ważności ich osiągnięcia, należy wyeliminować sytuację, w której bieżące spiętrzenia obowiązków w pracy zespołu zakłócają lub wręcz uniemożliwiają osiągnięcie celów drugoplanowych i priorytetowych;
- należy w związku z tym klarownie określić priorytety;

- powyższy wymóg nakazuje uruchomienie nowych metod planowania, co powinno wpłynąć na minimalizację bieżącego i mogącego nastąpić w przyszłości stresu, unikania wykonywania czynności zbędnych, a także realizacji zadań;
- należy cenić różnorodność członków zespołów, przejawiającej się np. w kolorze skóry, religii, sprawności fizycznej. Każdy pracownik ma prawo do poszanowania wyznawanych wartości;
- zadaniem liderów jest zachęcanie do tego, aby każdy członek zespołu walczył z wszelakimi objawami dyskryminacji. Należy zaszczerpić w ludziach, że różnorodność jest cenna, a inność może tylko wzbogacić paletę rozwiązań i poprawić jakość pracy;
- Londyn, jako kraj multinarodowy, jest zamieszkały przez wielu imigrantów. W dużej liczbie przypadków angielski jest ich drugim językiem i nie władają nim biegle. Dlatego projekt zakłada, iż osoby nie posługujące się angielskim w stopniu odpowiednim, będą miały prawo do skorzystania z bezpłatnych kursów tego języka”.

Wydawałoby się, że powyższe wskazówki dotyczą tylko takich dużych metropolii. Ale przecież jesteśmy jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej, otwieramy rynek pracy dla coraz to większej liczby państw, również wschodnich, do Polski przyjeżdża coraz więcej cudzoziemców w ramach kontraktów pracowniczych, np. różnego rodzaju centra outsourcingowe, przedstawicielstwa firm, a pracownicy i ich rodziny korzystają z usług służby zdrowia i znajomość języka angielskiego czy znajomość kultury i obyczajów obcokrajowców również jest pożądana.

Powyższe zalecenia są możliwe do szybkiej adaptacji w polskich warunkach, ale pod jednym warunkiem: odpowiedniego przygotowania kadry zarządzającej na każdym szczeblu do prowadzenia procesów zarządzania zasobami ludzkimi, począwszy od małych komórek organizacyjnych, po oddziały czy szpitale. Jest to problem nie tylko występujący w jednostkach służby zdrowia, ale w większości firm. Z osobistych doświadczeń, prowadząc proces restrukturyzacji zatrudnienia w jednej z największych firm w Polsce, ten problem był kluczowym, pomimo opracowanych wszystkich procesów z tym związanych. To kierownik ma być osobą, która jest najbardziej zorientowana, co takiego dzieje się w organizacji, to on jest pierwszą i najbardziej zaufaną osobą, którą wskazują pracownicy jako osobę wiarygodną, mówiącą zawsze prawdę i służącą pomocą swoim pracownikom w tak trudnym okresie. Niestety taki ideał rzadko istnieje, z reguły kierownicy, zwłaszcza średniego szczebla, nie chcą brać odpowiedzialności za procesy zmian zachodzących w firmie, nie identyfikują się z nią, odsyłają pracowników do działu kadr po wyjaśnienia, zrzucają z siebie ciężar niewygodnych i jednych z najtrudniejszych rozmów dotyczących zwolnień pracowników. Średni szczebel zarządzania to przede wszystkim osoby z bardzo dużą wiedzą specjalistyczną, eksperci w swojej dziedzinie – to jest szczególnie widoczne właśnie w służbie zdrowia, szpitalach.

Na szczególne umiejętności i kompetencje menedżerów zwraca uwagę również R. Mytych (Autor prowadzi firmę konsultingową SGM CONSULTING. Był konsultantem wiodącym podczas wdrożenia controllingu w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie), pisząc „pierwszym i podstawowym zadaniem zarządzającego szpitalem jest dbanie o wynik ekonomiczny. Placówka może się szcycić wybitnymi osiągnięciami pozaekonomicznymi – medycznymi, ale to właśnie ekonomia decyduje, czy w przyszłości uda się utrzymać ów wysoki poziom usług. Bez dodatkiego wyniku nie będzie pieniędzy na zakup nowego sprzętu, podnoszenia kwalifikacji personelu i rozwoju oddziałów. Umiejętności, kompetencje i doświadczenie zarządzającego decydują o tym, czy szpital będzie z roku na rok walczył o przetrwanie, czy też będzie się rozwijał” (Mytych, 2011, s. 51).

Miernikiem najlepszego wzorca pracy w placówkach służby zdrowia jest organizowany konkurs Liderów Systemu Ochrony Zdrowia. „Najwyższy laur w 2011 r.<sup>1</sup> – tytuł Brylantowego Lidera – trafił do rąk dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie, Stanisława Stępniewskiego. – *To nie tylko wyjątkowy menedżer, ale również człowiek, który swoją osobowością i zaangażowaniem motywuje do działania współpracowników oraz wyznacza najlepsze wzorce pracy w ochronie zdrowia* – podkreśliła Beata Małecka-Libera, wręczając nagrodę”.

Przy procesach restrukturyzacji zatrudnienia występują zwolnienia pracowników. Dotyczy to przede wszystkim całkowitej likwidacji placówki. Tutaj zastosowanie mogą mieć procesy outplacementu przy współpracy w urzędami pracy. Przykładem działań związanych z restrukturyzacją zatrudnienia w służbie zdrowia jest przykład 2.

Przykład 2.

### **Pomoc dla zwalnianych pracowników służby zdrowia na Dolnym Śląsku**

Na Dolnym Śląsku w 2003 r. ruszył pierwszy w skali kraju program wspierania pracowników służby zdrowia, którzy utracili lub utracą pracę w wyniku restrukturyzacji ich placówek. W ciągu półtora roku na ten cel zostanie wydane ponad 8 mln złotych.

Według prognoz, w wyniku restrukturyzacji placówek służby zdrowia na Dolnym Śląsku pracę może stracić nawet 1800 osób: lekarzy oraz pracowników

<sup>1</sup> 12 maja 2011 r. podczas uroczystej gali w Hotelu Marriott w Warszawie ogłoszono wyniki prestiżowego Konkursu Liderów Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia. Laureatami są placówki, organizacje oraz osoby, które stanowią najlepszy wzór pracy w sektorze służby zdrowia. Konkurs, uważany za jeden z najbardziej obiektywnych plebiscytów w medycynie, corocznie organizuje czasopismo „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia”. Zwycięzców wyłania 10-osobowa Kapituła złożona z przedstawicieli rynku ochrony zdrowia. W jej skład wchodzi m.in. dr Beata Małecka-Libera (wiceprzewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia), dr n. med. Krzysztof Kordel (rzecznik praw lekarzy).

średniego i niższego personelu medycznego. „Nie pozostawimy ich samym sobie. Chcemy im pomóc w znalezieniu nowego zatrudnienia, niekoniecznie w tym samym miejscu i zawodzie, co dotychczas. Został stworzony specjalny program, który ma zapobiec bezrobociu i jednocześnie złagodzić skutki zwolnień pracowników służby zdrowia, przede wszystkim naszych szpitali” – mówi dr Jacek Kłakocar, szef Departamentu Polityki Zdrowotnej Dolnośląskiego Urzędu Marszałkowskiego. Program IM-PULS ma ruszyć jeszcze w październiku.

Trudny rynek pracy „Dolny Śląsk jest pierwszy i nic w tym dziwnego. Na naszym terenie problem bezrobocia oraz zwolnień w sektorze usług medycznych jest szczególnie głęboki. Obawiamy się, że bez zewnętrznej pomocy osoby zwalniane ze szpitali na bardzo długo zasilą grupę bezrobotnych. Decydują o tym ich kwalifikacje oraz to, że zwolnienia mają dotyczyć obszarów, gdzie rynek pracy jest bardzo trudny” – mówi Anna Książkiewicz z Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Wałbrzychu, który koordynuje program.

IM-PULS adresowany jest do osób zwolnionych z pracy w związku z restrukturyzacją dolnośląskiej służby zdrowia. Obejmuje pracowników będących w okresie wypowiedzenia oraz zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie ostatnich 12 miesięcy, osób, które nie posiadają uprawnień lub nie spełniają warunków do uzyskania prawa do emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego.

„Ale nie tylko. Z naszego programu mogą skorzystać również małżonkowie zwolnionych pracowników, którzy są zarejestrowani w powiatowych urzędach pracy jako osoby bezrobotne” – mówi Anna Książkiewicz.

W ramach programu urzędy pracy będą udzielać dokładnej informacji zawodowej dotyczącej m.in. praw i obowiązków bezrobotnego, sytuacji na lokalnych rynkach pracy, możliwości podjęcia pracy gdzie indziej, również za granicą. Przewidziano też poradnictwo zawodowe. Będzie ono realizowane przez badanie predyspozycji, umiejętności i kwalifikacji zawodowych byłego pracownika służby zdrowia, pomoc w napisaniu dokumentów aplikacyjnych i w przygotowaniach do rozmowy kwalifikacyjnej. Planowane jest również zintensyfikowanie pośrednictwa pracy poprzez organizowanie giełd i targów pracy czy wręcz promocję zwalnianych pracowników u pracodawców.

### **Różnorodna pomoc finansowa**

Najważniejszymi jednak elementami IM-PULS-u są działania wiążące się bezpośrednio z dofinansowaniem bezrobotnych.

„Będziemy organizować kursy dla zmiany lub podniesienia kwalifikacji zawodowych. Nie wiemy jeszcze, jakie to będą szkolenia, wszystko zależy bowiem od motywacji i zaangażowania uczestników programu. Najwięcej osób pytało do tej pory o kursy językowe. Będziemy je więc organizować” – mówi Anna Książkiewicz.

Urzędy pracy będą również wspierać samozatrudnienie osób zwolnionych z placówek służby zdrowia przez m.in. pożyczki lub jednorazowe dotacje, dofinansowanie spłaty oprocentowania kredytu lub kosztów najmu lokalu oraz usługi doradczej w pierwszym okresie prowadzenia działalności gospodarczej. Wspierana także będzie mobilność uczestników programu IM-PULS przez indywidualne dofinansowanie dojazdów do nowego miejsca pracy lub zakwaterowania w innym mieście. Znajdą się też pieniądze na wspieranie pracodawców, którzy zechcą zatrudnić zwolnionych pracowników służby zdrowia. Otóż mogą oni liczyć na pożyczki na tworzenie nowych miejsc pracy, refundację kosztów ich wyposażenia, a nawet częściową refundację wynagrodzenia uczestników programu lub dofinansowanie ich okresowego zatrudnienia, w trakcie którego zdobędą nowe umiejętności zawodowe. Z propozycją takiej współpracy Wojewódzki Urząd Pracy w Wałbrzychu zwrócił się do ok. 1500 małych i średnich firm.

Źródło: <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/3710,pomoc,zwalnianych,pracownik%C3%B3w.html> (2.06.2011), data publikacji 27.10.2003 r.

Obecnie sytuacja na rynku polskim przedstawia się następująco:

Najbliższe kilkanaście miesięcy to prawdopodobnie czas przyspieszonych przekształceń szpitali w spółki. Szykują się do nich zarówno te placówki, które problemów nie mają, jak i te, które obawiają się komercjalizacji w przyspieszonym, przymusowym trybie. *W naszym regionie nad przekształceniem zastanawiają się chyba wszyscy dyrektorzy mniejszych placówek* – mówi Roman Szelemej, dyrektor szpitala w Wałbrzychu. I choć on sam kieruje placówką dużą, także szykuje się do komercjalizacji. – *Nawet po zrealizowaniu całego kontraktu z NFZ możliwości niektórych naszych oddziałów są wykorzystane w 60–70%. Tak jest na urologii, okulistyce, ortopedii, rehabilitacji* – opowiada dyrektor Szelemej. – *Liczymy, że jesteśmy w stanie zwiększyć budżet szpitala o 10%, przyjmując odpłatnie tych pacjentów, którzy nie chcą czekać w kolejce na zabieg finansowany przez NFZ. Te 10% w naszym wypadku sprawiłoby, że bylibyśmy szpitalem naprawdę wysoce rentownym.*

Mniej zadowoleni z perspektywy przekształceń są dyrektorzy szpitali w tych regionach, które od dłuższego czasu narzekają na nierówny podział środków z NFZ. *Ustawa przyjęta przez Sejm jest drakońska. Szpitale będą przekształcać się w spółki w przyspieszonym trybie. Te spółki będą słabe, bo nawet nie zdążymy przeprowadzić restrukturyzacji. Upadki pierwszych szpitalnych spółek to tylko kwestia czasu* – opowiada jeden z dyrektorów z północnej części Polski. Niechętnie, ale i on przyznaje, że do komercjalizacji się przygotowuje. – *I ja, i moi koledzy robimy różnego rodzaju kursy, dodatkowe studia, uczestniczymy w szkoleniach. Kiedy rozwiązania ustawy rzeczywiście wejdą w życie, chcemy być nawet na wymuszoną komercjalizację dobrze przygotowani* – mówi (Szapkowska, 2011, s. 50).

Jednak prowadząc proces restrukturyzacji i racjonalizacji zatrudnienia, należy zadbać o określenie dokładnych procesów i procedur postępowania od momentu



przyjazdu pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej przez jego całościowy monitoring podczas pobytu. Przykładem opracowania takich rozwiązań może być klinika w Holandii, gdzie do określenia zagrożeń mogących stanowić np. problem w poruszaniu się pacjentów zatrudniono osobę z kontroli lotów z lotniska do pomocy jako doradcę w ustaleniu prawidłowej drogi przejścia pacjenta czy odpowiednie ułożenie narzędzi w gabinetach. Następnym elementem są oczywiście szkolenia personelu w tym zakresie lub opracowanie wspólne w zespołach projektowych najlepszych rozwiązań dla danej placówki (Ozorowska, 2011, s. 52).

W celu sprawnego przeprowadzania zamian w placówkach służby zdrowia została opracowana lista kontrolna, w której głównymi elementami są:

- ciągłość podstawowych usług,
- dobrze skoordynowana realizacja operacji w szpitalu na każdym poziomie,
- jasna i dokładna komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna,
- szybkie dostosowanie się do rosnących wymagań,
- efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów oraz bezpieczne środowisko dla pracowników służby zdrowia (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/news2/news/2011/08/new-tool-to-help-hospitals-prepare-for-emergencies> (1.09.2011)).

Lista kontrolna powinna uzupełniać istniejące wielosektorowe plany gospodarki szpitala i uszczegóławiać standardowe procedury operacyjne. Powinna stanowić bazę planowania szkoleń i tworzyć nowe możliwości rozwoju pracowników.

„Reasumując, można jednoznacznie stwierdzić, iż żadna organizacja nie może prawidłowo funkcjonować bez odpowiednio dobranego personelu, którego umiejętności potrafią być odpowiednio wykorzystane, a przy tym pracownicy mają szansę własnego rozwoju. Każdy pracodawca bądź kadra kierownicza powinna zdawać sobie sprawę z tego przy doborze przyszłych pracowników. Od niej to bowiem zależy również, czy zasób wiedzy i kompetencji danego pracownika ma właściwe zastosowanie na jego stanowisku pracy, czy też nie” (Rudzińska, 2009, s. 65).

## Bibliografia

1. Krajewski-Siuda K., Romaniuk P., *Zdrowie publiczne. Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Instytut Sobieskiego, Warszawa 2011, e\_book\_zdrowie\_publiczne.pdf.
2. Mytych R., Zadania nowoczesnego menedżera w jednostce szpitalnej. Wojna na dziesięciu frontach, *Menedżer Zdrowia*, 2011; nr 4.
3. Nyczaj K., Najnowsze wyniki badań WWW.doktor.pl, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 2.
4. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji. Kanony, realia, kontrowersje*. Oficyna Wolter Kluwer Business, Kraków 2008.
5. Ozorowska M., Holenderska lekcja dla Polski. Patrz szeroko, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 2.

6. *Restrukturyzacja organizacji i zasobów kadrowych przedsiębiorstwa*, pod red. S. Lachiewiczza, A. Zakrzewskiej-Bielawskiej, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
7. Rybak M., *Rozwój potencjału pracy*, W: *Zasoby ludzkie w firmie. Organizacja, kierowanie, ekonomika*, pod red. A. Sajkiewicza, Poltext, Warszawa 2000.
8. Sekuła Z. *Planowanie zatrudnienia*, Oficyna Wydawnicza, Kraków 2001.
9. Rudzińska M., *Tendencje zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach służby zdrowia*, W: *Aktualne problemy zarządzania zasobami ludzkimi*, pod red. J.P. Lenziona, A. Wałęckiej, M. Szczepanika, Politechnika Łódzka, Łódź 2009, s. 65.
10. Suchodolski A., *Rozwój i zarządzanie karierą pracowników*, W: *Zarządzanie kadrami*, pod red. T. Listwana, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
11. Szpakowska S., *Czeka nas fala komercjalizacji szpitali publicznych*, *Menedżer Zdrowia* 2011; nr 3.
12. Treppner-Hrabi J., *Wybrane aspekty międzynarodowej pracy zespołowej na przykładzie Balham Heath Centre w Wandsworth Teaching Primary Care Trust w Londynie*, W: *Zarządzanie zasobami ludzkimi w nowoczesnych organizacjach*, pod red. E. Jędrych, J.P. Lenziona, Politechnika Łódzka, Łódź 2010.

## Netografia

1. [Http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/grupa-lux-med-w-liczbach](http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/grupa-lux-med-w-liczbach) (12.09.2011).
2. [Http://www.scanmed.pl/scanmed/o-nas](http://www.scanmed.pl/scanmed/o-nas) (12.09.2011).
3. [Http://www.cmlim.pl/dla\\_firm/oferta/przychodnie\\_przyzakladowe](http://www.cmlim.pl/dla_firm/oferta/przychodnie_przyzakladowe) (12.09.2011).
4. [Http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/3710,pomoc,zwalnianych,pracownik%C3%B3w.html](http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/3710,pomoc,zwalnianych,pracownik%C3%B3w.html) (2.06.2011), data publikacji 27.10.2003.
5. [Http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/news2/news/2011/08/new-tool-to-help-hospitals-prepare-for-emergencies](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/news2/news/2011/08/new-tool-to-help-hospitals-prepare-for-emergencies) (1.09.2011).
6. [Http://www.vadimed.com.pl/onas.php?vadimed=onass&id\\_podstrony=1](http://www.vadimed.com.pl/onas.php?vadimed=onass&id_podstrony=1) (12.09.2011).

# Zakończenie

Realizacja poszczególnych obszarów funkcji personalnej w służbie zdrowia prowadzona jest obecnie w oparciu o podstawowe jej elementy. Należą do nich opisane procesy rekrutacji, adaptacji, motywowania, wynagradzania czy racjonalizacji bądź restrukturyzacji zatrudnienia. Do przedstawienia rzeczywistego obrazu sytuacji mogą posłużyć wyznaczniki adekwatne dla poszczególnych modeli zarządzania ludźmi w organizacji. Kolorem szarym zostały zaznaczone zachowania zaobserwowane przez autorów w zakresie opisywanych procesów (tab. 1). Zaznaczyć tutaj należy historyczne tło obowiązywania poszczególnych modeli (Król, Ludwiczynski, 2006, s. 36) i tak:

- model tradycyjny – koniec XIX i początek XX wieku,
- model stosunków międzyludzkich – lata 1930–1940,
- model zasobów ludzkich – lata 1960–1980.

Mimo tak odległego czasu stosowania powyższych modeli pewne zachowania są nadal utrwalane i realizowane obecnie.

**Tabela 1.** Modele zarządzania ludźmi w organizacji

| Elementy charakterystyki | Model tradycyjny   | Model stosunków międzyludzkich   | Model zasobów ludzkich  |
|--------------------------|--|--|---|
| Zastosowanie             | gdy posiada się duże zasoby taniej siły roboczej przy stabilnym otoczeniu i technologii oraz przy małej presji związków zawodowych | w warunkach „punktowego” niedostatku siły roboczej (bezwzględny lub względny), umiarkowanie zmieniającego się otoczenia i technologii                            | w warunkach stałego niedostatku (bezwzględnego lub względnego) siły roboczej; siła robocza względnie droga; wysokie konkurencyjne, szybko zmieniające się otoczenie i technologie |
| Cele                     | stały, umiarkowany wzrost wydajności   | stały, umiarkowany wzrost wydajności oraz zadowolenie pracowników  | przystosowanie się do otoczenia przez rozwój kadr i uzyskanie ich akceptacji dla celów organizacji  |
| Styl zarządzania         | eksponowanie formalnej struktury i hierarchii, niskie lub umiarkowane wynagrodzenie, słabe wykorzystanie mechanizmów rozwoju kadr  | intensywne wynagrodzenie, od średniego do wysokiego, podkreślenie znaczenia formalnej struktury, niski lub średni stopień wykorzystania mechanizmów rozwoju kadr | nacisk na wykorzystanie wiedzy i rozwój kadr, umiarkowane wynagrodzenie, mniejsze lub większe znaczenie formalnej struktury i hierarchii  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Projektowanie pracy                                 | wyspecjalizowana, zmechanizowana   | dążenie do łączenia czynności i ich zmechanizowania   | wzbogacanie pracy, personalizacja zarządzania  |
| Planowanie zatrudnienia                             | brak planowania w zakresie nisko wykwalifikowanej siły roboczej; w ograniczonym zakresie planowanie wykwalifikowanej siły roboczej i kierowników   | brak lub w umiarkowanym zakresie  | często wykonywane  |
| Rekrutacja  | niewykwalifikowana siła robocza – brak lub deklaratywnie istniejący system rekrutacji; wykwalifikowana siła robocza i kierownicy – „łowienie głów” (wyszukiwanie i zatrudnianie w zależności od potrzeb) | deklaratywny system eksponujący możliwość awansu i warunki pracy                                | oparta na potencjalnej karierze, zakładająca wzrastającą liczbę potencjalnych kandydatów i uzdolnień |
| Selekcja  | praca nisko wykwalifikowana – minimalna, podwyższone granice kwalifikacji; praca kwalifikowana i kierownicy – testowanie kwalifikacji  | wywiady, referencje, testowanie kwalifikacji, zdolności, postaw, osobowości                     | ośrodki selekcji, zajmujące się przede wszystkim testowaniem zdolności i kwalifikacji                |
| Rozmieszczenie                                      | praca niewykwalifikowana – w zależności od potrzeb; praca kwalifikowana i kierownicy – zgodnie z kwalifikacjami  | dokonywana przez grupę roboczą  | po wstępnym doskonaleniu na czas określony, zgodnie z zasadami rotacji pracy                         |
| Wprowadzenie do pracy                               | praca niewykwalifikowana – minimalne zaznajomienie z zasadami bezpieczeństwa; praca kwalifikowana i kierownicy – zasady polityki i procedury   | zasady polityki i procedury; normy grupowe  | zasady rotacji pracy lub normy ustalane przez grupę  |
| Planowanie karier i kierowanie rozwojem pracowników | niewielki zakres lub brak, z wyjątkiem indywidualnych przypadków   | pewny zakres planowania – kierowanie rozwojem, dostosowanie do potrzeb organizacji              | szeroki zakres planowania dokonywanego przy udziale zainteresowanych pracowników                     |
| Ocena   | przez przełożonych – głównie w celach kontrolnych oraz określenia wynagrodzeń  | przez przełożonych i kolegów dla celów kontrolnych, wynagradzania, awansowania                  | samoocena i ocena przez przełożonego – dla rozwoju pracowników oraz ustalania celów                  |
| Powiadomienie o ocenie                              | zakomunikowanie i nakaz działania; wyraża negatywny stosunek oceniającego  | zakomunikowanie i słuchanie; wyraża najpierw pozytywny, później negatywny stosunek oceniających | wzajemne; wyraża chęć rozwiązania problemu   |

| Elementy charakterystyki     | Model tradycyjny   | Model stosunków międzyludzkich   | Model zasobów ludzkich  |
|------------------------------|--|--|---|
| Przygotowanie i doskonalenie | specjalne programy podnoszenia kwalifikacji, wykłady – pokazy, podręczniki, korepetycje  | specjalne programy podnoszenia kwalifikacji; interpersonalne komunikowanie (kierownicy), odgrywanie ról, trening w grupach zadaniowych | ogólne kwalifikacje i wiedza; omówienie przypadków, konferencje, rotacja pracy, analiza transakcji  |
| Awans                        | powolny, oparty na starszeństwie (ogół pracowników) lub wynikach (kierownicy)  | umiarkowany, oparty na starszeństwie lub wynikach  | szybki – oparty na możliwościach poszczególnych pracowników   |
| Wynagrodzenia                | zasada intensywności pracy; wzmacnianie norm pracy (ogół pracowników) lub lojalności i wyników osiągniętych przez zwierzchników (kierownicy); wyraża się w wynagradzaniu pieniężnym za pracę | zasady równości i intensywności pracy; wzmacnianie lojalności i morale   | zasada równości; nagrody za wyniki w pracy zwierzchników oraz współuczestnictwo, wyrażane w pieniądzu, udziale w zysku, bardziej dowolnie ustalonej lub interesującej pracy |
| Dyscyplina                   | dokładne zastosowanie się do zasad; nacisk na zapewnienie regularnego i skrupulatnego przestrzegania zasad zawartych w przepisach  | przełożony ma zastrzeżoną pewną dowolność dotyczącą zachowań <i>fair play</i> oraz postrzeganych w grupie zasad sprawiedliwości        | prawa i ich zastosowanie są wynikiem negocjacji; nacisk na zapobieganie niesprawiedliwym rozstrzygnięciom   |
| Polityka stosunków pracy     | dążenie do wyłączenia związków zawodowych, ochrona uprawnień kierowniczych   | wyłączenie związków zawodowych lub ustalenie płaszczyzny współdziałania  | wyłączenie związków zawodowych lub dokoptowanie ich do systemu  |
| Przetargowe cele             | koncentracja wokół niedoskonałości systemu płac, ale z jednoczesną ochroną uprawnień kierowniczych   | dążenie do zadowolenia pracowników, lecz przy zachowaniu zasady elastyczności zarządzania  | nastawienie na wspólne rozwiązywanie problemów, dążenie do utrzymania elastyczności   |
| Szacowanie zasobów ludzkich  | nie prowadzi się   | koncentracja na morale i zadowoleniu z pracy   | koncentracja na kwalifikacjach niezbędnych w systemie lub w wartościowaniu zasobów  |

Źródło: *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, pod red. H. Króla, A. Ludwiczynskiego, PWN, Warszawa 2007, s. 32–35.

Modelem do którego powinny dążyć organizacje, w tym również poszczególne jednostki służby zdrowia, jest model kapitału ludzkiego, który nastąpił po modelu zasobów ludzkich. Jego charakterystyczne elementy to (Fitz-enz, 2001, s. 9; Król, Ludwiczynski, 2006, s. 44):

- cechy wnoszone przez człowieka – inteligencja, energia, ogólnie pozytywna postawa, wiarygodność, zaangażowanie,
- zdolność pracownika do uczenia się – chłonność umysłu, wyobraźnia, zdolności twórcze, a także zdrowy rozsądek,

- motywacja pracownika do dzielenia się informacjami i wiedzą: duch zespołowy i orientacja na cel.

Wdrażanie takiego modelu wymaga przedefiniowania roli organizacyjnej podmiotów zarządzania zasobami ludzkimi, do których najczęściej zalicza się główne kierownictwo, kierowników średniego szczebla, pion personalny oraz pracowników na stanowiskach niekierowniczych. Z opisanych obszarów funkcji personalnej można wnioskować, że pion personalny realizuje z reguły zadania związane z administracją kadrową bez tworzenia specjalnych programów zarządzania wiedzą (poza gwarantowanymi ustawowo czy innymi przepisami). A więc istnieje niska pozycja komórek personalnych, która nie pozwala na realizację takich programów. Brak jest też odpowiednich pracowników o kompetencjach, które są niezbędne dla pełnienia funkcji partnera biznesowego w stosunku do pozostałych podmiotów ZZL.

Drugim zauważanym brakiem, choć dostrzeżanym przez kadre średniego szczebla zarządzania, jest niewystarczający poziom kompetencji zarządczych niezbędnych do realizowania zadań menedżerskich. Te osoby są świetnymi specjalistami w swojej dziedzinie, ale często nie realizują zadań w obszarze „uczenia się”, związanych ze stosowaniem takich narzędzi jak mentoring, coaching czy inne.

Pracownicy na stanowiskach niekierowniczych bardzo często są traktowani nie w sposób podmiotowy, ale przedmiotowy, jeżeli chodzi o procesy restrukturyzacji zatrudnienia. Tutaj również bardzo istotną rolę odgrywa system wynagrodzeń, który jest ustalony ustawowo i jest na poziomie zdecydowanie zbyt niskim do wkładu realizowanych zadań. Proces szkoleń pracowników ogranicza się do zakresu niezbędnego do realizacji zadań na stanowisku.

## Bibliografia

1. Fitz-enz J., *Rentowność inwestycji w kapitał ludzki*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001.
2. *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, pod red. H. Króla, A. Ludwicyńskiego, PWN, Warszawa 2007.
3. *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji – materiały do ćwiczeń*, pod red. H. Króla, A. Ludwicyńskiego, PWN, Warszawa 2007.

# Załącznik

## Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

### I. Pracownicy działalności podstawowej

| Lp. | Stanowisko  | Wymagane kwalifikacje   | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|---|---|---|
| 1.  | Zastępca kierownika do spraw lecznictwa podmiotu leczniczego, jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego  | tytuł zawodowy lekarza, lekarza dentystry i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie medycyny  | 8   |
| 2.  | Zastępca kierownika do spraw pielęgniarstwa (położnictwa) podmiotu leczniczego, jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, naczelną pielęgniarką, naczelną położną | tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe, lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia  | 5   |
|     |   | tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe, lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia | 7   |
| 3.  | Kierownik komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zastępca kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego                                | – wyższe wykształcenie medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny,  | 5   |
|     |   | – wyższe wykształcenie medyczne i specjalizacja I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny,   | 7   |
|     |   | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe, lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,   | 5   |

| Lp. | Stanowisko   | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|--|--|---|
|     |  | – inny tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna i studia podyplomowe, lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, | 7   |
|     |  | – tytuł magistra na innym kierunku medycznym   | 7   |
| 4.  | Kierownik zespołu techników elektroradiologii  | – tytuł magistra na kierunku elektroradiologia,  | 5 lat, w tym 3 lata w szpitalu                              |
|     |  | – ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia, obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera,   | 5 lat, w tym 3 lata w szpitalu                              |
|     |  | – ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika elektroradiolog lub technika elektroradiologii   | 7 lat, w tym 5 lat w szpitalu                               |
| 5.  | Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) i jego zastępca   | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentystry i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej   | 8   |
| 6.  | Kierownik apteki szpitalnej lub zakładowej działającej w ramach podmiotu leczniczego           | kwalifikacje określone według odrębnych przepisów  | 5   |
| 7.  | Zastępca kierownika apteki szpitalnej lub zakładowej działającej w ramach podmiotu leczniczego | kwalifikacje określone według odrębnych przepisów  | 5   |
| 8.  | Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępca przełożonej pielęgniarek, położnych               | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,  | 3   |
|     |  | – tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna i studia podyplomowe, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,     | 3   |



| Lp. | Stanowisko   | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|--|--|---|
|     |  | – licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,   | 5   |
|     |  | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania  | 6   |
| 9.  | Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii, lub kurs kwalifikacyjny,<br>– tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii, lub kurs kwalifikacyjny,<br>– licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii, lub kurs kwalifikacyjny,<br>– średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii, lub kurs kwalifikacyjny | 3 lata w szpitalu   |
| 10. | Kierownik centralnej sterylizatorni                            | – wyższe wykształcenie i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia,<br>– wykształcenie średnie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia  | 3   |
|     |  |  | 6   |
| 11. | Inspektor do spraw gospodarki lekiami                          | tytuł zawodowy magistra farmacji i tytuł specjalisty z farmacji szpitalnej lub klinicznej bądź II lub I stopień z farmacji aptecznej   | 3   |
| 12. | Inspektor ochrony radiologicznej                               | według odrębnych przepisów   | –   |

| Lp. | Stanowisko   | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|--|--|---|
| 13. | Starszy asystent lekarz lub lekarz dentysta                    | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia  | 7 lat pracy w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty         |
| 14. | Lekarz lub lekarz dentysta (asystent, specjalista)             | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja I stopnia   | 5 lat pracy w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty         |
| 15. | Starszy lekarz, specjalista (lekarz dentysta)                  | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia  | 7 lat w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty               |
| 16. | Lekarz lub lekarz dentysta (młodszy asystent)                  | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty  | –   |
| 17. | Stażysta lekarz lub lekarz dentysta                            | tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty  | –   |
| 18. | Starszy koordynator pobierania i pobierania komórek i narządów | według przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169 poz. 1411, z późn. zm.)   | 5   |
| 19. | Koordynator pobierania i pobierania komórek, tkanek i narządów | według przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów   | –   |
| 20. | Starszy inżynier medyczny                                      | tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej   | 5   |
| 21. | Inżynier medyczny  | tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej   | –   |
| 22. | Starszy asystent fizyki medycznej                              | tytuł magistra na kierunku lub specjalności: fizyka, fizyka techniczna, fizyka medyczna, biofizyka i tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej   | 7 lat pracy w zawodzie fizyka medycznego                    |
| 23. | Fizyk medyczny   | – tytuł magistra na kierunku lub specjalności: fizyka, fizyka techniczna, fizyka medyczna, biofizyka i tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub   | –   |
|     |  | – tytuł zawodowy inżyniera oraz tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub co najmniej stopień doktora w zakresie fizyki medycznej  | –   |
| 24. | Pielęgniarka oddziałowa, zastępca pielęgniarki oddziałowej     | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo,   | 1 rok w szpitalu  |
|     |  | – tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka, | 1 rok w szpitalu  |
|     |  | – licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,   | 3 lata w szpitalu   |
|     |  | – licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny,  | 4 lata w szpitalu   |
|     |  | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,   | 5 lat w szpitalu  |
|     |  | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny   | 7 lat w szpitalu  |

| Lp. | Stanowisko  | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|---|--|---|
| 25. | Położna oddziałowa, zastępca położnej oddziałowej                 | – tytuł magistra na kierunku położnictwo,  | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna,         | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,  | 3 lata w szpitalu   |
|     |   | – licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny,   | 4 lata w szpitalu   |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,  | 5 lat w szpitalu  |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs kwalifikacyjny  | 7 lat w szpitalu  |
| 26. | Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca prace innych pielęgniarek | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo,   | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka, | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,   | 3 lata w szpitalu   |
|     |   | – licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny,  | 4 lata w szpitalu   |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,                                       | 5 lat w szpitalu  |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny   | 7 lat w szpitalu  |
| 27. | Położna koordynująca i nadzorująca pracę innych położnych         | – tytuł magistra na kierunku położnictwo,  | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna,         | 1 rok w szpitalu  |
|     |   | – licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,  | 3 lata w szpitalu   |
|     |   | – licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny,   | 4 lata w szpitalu   |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,  | 5 lat w szpitalu  |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs kwalifikacyjny  | 7 lat w szpitalu  |

| Lp. | Stanowisko  | Wymagane kwalifikacje   | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|---|---|---|
| 28. | Technik koordynujący i nadzorujący pracę innych techników elektroradiologii | – tytuł magistra na kierunku elektroradiologia,   | 5 lat, w tym 1 rok w szpitalu                               |
|     |   | – ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera,   | 5 lat, w tym 1 rok w szpitalu                               |
|     |   | – ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii  | 7 lat, w tym 3 lata w szpitalu                              |
| 29. | Starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa                | tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia   | 5   |
| 30. | Asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa                        | tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia   | 3   |
| 31. | Młodszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa                | tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia   | 1   |
| 32. | Specjalista pielęgniarka  | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,   | 2   |
|     |   | – tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, | 2   |
|     |   | – licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,  | 2   |
|     |   | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania   | 2   |

| Lp. | Stanowisko           | Wymagane kwalifikacje   | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|----------------------|---|---|
| 33. | Specjalista położna  | – tytuł magistra na kierunku położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,  | 2   |
|     |                      | – tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, | 2   |
|     |                      | – licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania,   | 3   |
|     |                      | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania  | 2   |
| 34. | Starsza pielęgniarka | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo,  | 1   |
|     |                      | – tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka,   | 1   |
|     |                      | – licencjat pielęgniarstwa,   | 3   |
|     |                      | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka  | 5   |
| 35. | Starsza położna      | – tytuł magistra na kierunku położnictwo,   | 1   |
|     |                      | – tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna,   | 1   |
|     |                      | – licencjat położnictwa,  | 3   |
|     |                      | – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna   | 5   |
| 36. | Pielęgniarka         | – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo,<br>– licencjat pielęgniarstwa,<br>– średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka   | –   |
| 37. | Położna              | – tytuł magistra na kierunku położnictwo,<br>– licencjat położnictwa,<br>– średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna  | –   |

| Lp. | Stanowisko  | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|---|--|---|
| 38. | Stażystka pielęgniarka                              | średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka   | –   |
| 39. | Stażystka położna                                   | średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna  | –   |
| 40. | Starszy asystent farmacji szpitalnej lub klinicznej | tytuł zawodowy magistra farmacji oraz tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej lub klinicznej  | 7 lat pracy w zawodzie farmaceuty                           |
| 41. | Asystent farmacji                                   | tytuł zawodowy magistra farmacji oraz tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej lub klinicznej  | 5 lat pracy w zawodzie farmaceuty                           |
| 42. | Młodszy asystent farmacji                           | tytuł zawodowy magistra farmacji   | 3 lata pracy w zawodzie farmaceuty                          |
| 43. | Farmaceuta  | tytuł zawodowy magistra farmacji   | –   |
| 44. | Starszy technik farmaceutyczny                      | ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik farmaceutyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny   | 5 lat pracy w zawodzie technik farmaceutyczny               |
| 45. | Technik farmaceutyczny                              | ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik farmaceutyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny   | –   |
| 46. | Starszy asystent fizjoterapii                       | – tytuł zawodowy magistra na kierunku fizjoterapia lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej, oraz tytuł specjalisty | 7 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty                       |

| Lp. | Stanowisko                    | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje                              |
|-----|-------------------------------|--|--|
| 47. | Asystent fizjoterapii         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej</li> </ul> | specjalizacja I stopnia lub tytuł specjalisty, lub 5 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty |
| 48. | Młodszy asystent fizjoterapii | <ul style="list-style-type: none"> <li>– tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej</li> </ul> | 3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty   |

| Lp. | Stanowisko             | Wymagane kwalifikacje   | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje |
|-----|------------------------|---|---|
| 49. | Starszy fizjoterapeuta | <p>– ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej</p> | 3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty                      |
| 50. | Fizjoterapeuta         | <p>– ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej</p> | –   |



| Lp. | Stanowisko                 | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje                                  |
|-----|----------------------------|--|--|
| 51. | Starszy asystent dietetyki | – tytuł zawodowy magistra na kierunku dietetyka, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku   | 7 lat pracy w zawodzie dietetyka lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki |
| 52. | Asystent dietetyki         | – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku  | 5 lat pracy w zawodzie dietetyka   |
| 53. | Młodszy asystent dietetyki | – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku  | 3 lata pracy w zawodzie dietetyka  |
| 54. | Starszy dietetyk           | – ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka, lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub<br>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku | 3 lata pracy w zawodzie dietetyka  |

| Lp. | Stanowisko                                  | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje  |
|-----|---|--|--|
| 55. | Dietetyk                                    | <p>– ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka, lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub</p> <p>– rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku</p> | –  |
| 56. | Starszy asystent diagnostyki laboratoryjnej | tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie właściwej dla diagnostów laboratoryjnych   | 7 lat pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego   |
| 57. | Asystent diagnostyki laboratoryjnej         | tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego oraz co najmniej specjalizacja I stopnia w dziedzinie właściwej dla diagnostów laboratoryjnych  | 5 lat pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego   |
| 58. | Młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej | tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego   | 3 lata pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego  |
| 59. | Diagnosta laboratoryjny                     | tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego   | –  |
| 60. | Starszy technik analityki medycznej         | ukończenie liceum medycznego, technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki medycznej, lub ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki lub technika medycznego analityki   | 3 lata pracy w zawodzie technika analityki medycznej   |
| 61. | Technik analityki medycznej                 | ukończenie liceum medycznego, technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki medycznej, lub ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki lub technika medycznego analityki   | –  |
| 62. | Starszy laborant diagnostyki laboratoryjnej | co najmniej wykształcenie średnie  | co najmniej 5-letnie zatrudnienie na stanowisku laboranta przed dniem wejścia w życie rozporządzenia |

| Lp. | Stanowisko                          | Wymagane kwalifikacje  | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje                     |
|-----|-------------------------------------|--|---|
| 63. | Laborant diagnostyki laboratoryjnej | co najmniej wykształcenie średnie  | zatrudnienie na stanowisku laboranta przed dniem wejścia w życie rozporządzenia |
| 64. | Starszy asystent logopedii          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy, lub</li> <li>– ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii, lub tytuł specjalisty z neurologopedii lub surdologopedii, lub studia podyplomowe z neurologopedii lub surdologopedii</li> </ul> | 7 lat pracy w zawodzie logopedy   |
| 65. | Asystent logopedii                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy, lub</li> <li>– ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii lub tytuł specjalisty z neurologopedii lub surdologopedii, lub studia podyplomowe z neurologopedii lub surdologopedii</li> </ul>  | 5 lat pracy w zawodzie logopedy   |
| 66. | Młodszy asystent logopedii          | <ul style="list-style-type: none"> <li>uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy, lub</li> <li>– ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,</li> <li>– rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii</li> </ul>  | 3 lata pracy w zawodzie logopedy  |

| Lp. | Stanowisko                              | Wymagane kwalifikacje   | Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje  |
|-----|---|---|--|
| 67. | Logopeda                                | – uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy, lub<br>– ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,<br>– ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,<br>– rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii | –  |
| 68. | Starszy asystent psychologii klinicznej | tytuł zawodowy psychologa oraz tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna   | 7 lat pracy na stanowisku psychologa klinicznego   |
| 69. | Asystent psychologii klinicznej         | tytuł zawodowy psychologa oraz specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie psychologia kliniczna, lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna  | 5 lat pracy na stanowisku psychologa klinicznego   |
| 70. | Psycholog kliniczny                     | tytuł zawodowy psychologa oraz specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie psychologia kliniczna, lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna  | –  |
| 71. | Starszy psycholog                       | kwalifikacje określone według odrębnych przepisów   | 7 lat pracy w zawodzie psychologa  |
| 72. | Psycholog                               | kwalifikacje określone według odrębnych przepisów   | –  |
| 73. | Starszy asystent ratownik medyczny      | tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub tytuł licencjata uzyskany po ukończeniu studiów wyższych pierwszego stopnia, które rozpoczęły się przed dniem 1 października 2008 r., na innym kierunku niż ratownictwo medyczne w specjalności ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa  | stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu oraz 5 lat pracy w zawodzie ratownik medyczny       |
| 74. | Asystent ratownik medyczny              | tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub tytuł licencjata uzyskany po ukończeniu studiów wyższych pierwszego stopnia, które rozpoczęły się przed dniem 1 października 2008 r., na innym kierunku niż ratownictwo medyczne w specjalności ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa  | 5 lat pracy w zawodzie ratownik medyczny lub 3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny oraz tytuł magistra na kierunku zdrowie publiczne |
| 75. | Młodszy asystent – ratownik medyczny    | tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub tytuł licencjata uzyskany po ukończeniu studiów wyższych pierwszego stopnia, które rozpoczęły się przed dniem 1 października 2008 r., na innym kierunku niż ratownictwo medyczne w specjalności ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa  | 3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny  |

| <b>Lp.</b> | <b>Stanowisko</b>         | <b>Wymagane kwalifikacje</b>   | <b>Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje</b> |
|------------|---------------------------|--|--|
| 76.        | Starszy ratownik medyczny | kwalifikacje określone w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191 poz. 1410, z późn. zm.) | 3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny                          |
| 77.        | Ratownik medyczny         | kwalifikacje określone w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym                                       | –  |

Źródło: Taryfikator stanowiskowy określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 151 poz. 896).



ISBN 978-83-62182-33-6