

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Beata Buchelt

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

WPLYW ZMIAN LEGISLACYJNYCH NA SPRAWOWANIE FUNKCJI PERSONALNEJ W JEDNOSTKACH ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI MEDYCZNE

Streszczenie: Zmiany w sektorze ochrony zdrowia następowały z mniejszą lub większą dynamiką od początku lat 90., wpływając na egzekucję działań zarządczych w podmiotach świadczących usługi medyczne w Polsce. Szczególnie znaczenie miały tutaj przepisy ułatwiające komercjalizację, ale i prywatyzację działalności jednostek sektora publicznego. Mając świadomość wpływu przepisów prawnych na zarządzanie podmiotami świadczącymi usługi medyczne w Polsce, w niniejszym artykule zdiagnozowano skutki zmian legislacyjnych w sektorze ochrony zdrowia pod kątem wyzwań, jakie stworzyły one wobec organizacji działających w tym sektorze, a w zasadzie wobec sprawowanej przez nie funkcji personalnej. Skutkiem diagnozy stało się również wskazanie kierunku doskonalenia realizacji funkcji personalnej, jakim jest adaptacja modelu kapitału ludzkiego przystającego do specyfiki sektora, organizacji w nim działających oraz personelu medycznego.

Słowa kluczowe: sektor ochrony zdrowia, zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZL), zarządzanie kapitałem ludzkim (ZKL).

1. Wstęp

Od początku lat 90. zmiany, jakie następowały w sektorze ochrony zdrowia, wymuszały na jednostkach działających w tym sektorze działania dostosowawcze, polegające na implementowaniu coraz to nowych rozwiązań w zakresie zarządzania tymi podmiotami. Faktem jest jednak, że z uwagi na uwarunkowania ekonomiczne analizowanego sektora większość podmiotów świadczących usługi medyczne skupiła się na aspektach materialnych swojego funkcjonowania, pozostawiając problem zarządzania wartościami niematerialnymi albo w minimalnym zakresie, albo zupełnie nierozwiązany. Efektem tego, jak wynika z wieloletnich badań autorki, są opóźnienia w rozwoju funkcji personalnej odpowiedzialnej za kształtowanie kapitału ludzkiego w tych organizacjach [zob. m.in. Buchelt 2011].

Mając na uwadze *status quo* realizacji funkcji personalnej w organizacjach świadczących usługi medyczne w Polsce, zwłaszcza publicznych, zasadniczym ce-

lem niniejszego opracowania uczyniono diagnozę wpływu zmian legislacyjnych w sektorze ochrony zdrowia, w tym nowo wprowadzonej ustawy regulującej działalność dostawców usług medycznych, na aktywność organizacji świadczących usługi medyczne w obszarze zarządzania zatrudnionymi pracownikami, czyli w zasadzie wskazanie wyzwań wobec sprawowania funkcji personalnej w zakładach opieki zdrowotnej, zwłaszcza należących do sektora publicznego. Dodatkowo w opracowaniu autorka podejmuje próbę wskazania najlepszej, najbardziej dopasowanej do specyfiki tych jednostek oraz zatrudnionego personelu, w tym zwłaszcza personelu medycznego, alternatywy sprawowania funkcji personalnej. Chodzi tu o dwa współczesne podejścia do sprawowania tej funkcji, a mianowicie: koncepcję zarządzania zasobami ludzkimi oraz koncepcję zarządzania kapitałem ludzkim.

By zrealizować wskazane cele, artykuł podzielono na trzy wzajemnie uzupełniające się części. W pierwszej przeanalizowano zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r. W drugiej części skupiono się na omówieniu koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi i kapitałem ludzkim, by w konsekwencji rekomendować wybór jednej z nich przy uwzględnieniu specyfiki sektora ochrony zdrowia, jednostek świadczących usługi medyczne oraz pracowników sfery medycznej. Ostatnia część artykułu stanowi konkluzję prowadzonych analiz wraz z rekomendacją działań zwiększających efektywność sprawowania funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych oraz wskazaniem potencjalnych obszarów badawczych.

2. Wyzwania wobec realizacji funkcji personalnej jednostek świadczących usługi medyczne

Transformacja ekonomiczno-polityczna następująca w Polsce od początku lat 90. minionego stulecia nie ominęła sektora ochrony zdrowia. W zasadzie już od początku lat 90. sektor usług medycznych był reformowany, co wynikało z następujących powodów [Aksman 2000, s. 138-139]:

- niewydolność finansowa sektora usług medycznych;
- w sektorze publicznym pacjenci odbierali świadczenia o niskiej jakości, co w konsekwencji mogło prowadzić do niezadowolającego stanu zdrowia Polaków;
- w sektorze publicznym istniała niska efektywność wykorzystania ograniczonych zasobów, jakimi mógł on dysponować, a działało się tak, ponieważ w jego organizm ekonomiczny nie zostały wprowadzone prawie żadne bodźce skłaniające do organizowania świadczeń w sposób efektywny;
- sektor publiczny z niewielką elastycznością reagował na zmieniające się potrzeby i preferencje odbiorców usług medycznych, co więcej – brakowi satysfakcji pacjentów z korzystania ze świadczonych usług towarzyszył deficyt silnych instytucji reprezentujących ich interesy jako konsumentów;

- w sektorze publicznym nie zwiększał się ani zakres promowanych świadczeń, ani liczba ich wytwórców, co było następstwem braku mechanizmów sprzyjających takiemu rozwojowi, a tym samym nie wzrastała satysfakcja pacjentów z możliwości dokonywania wyboru.

Celem działań reformatorskich w sektorze ochrony zdrowia była komercjalizacja sektora publicznego i jego urynkowanie. Działania reformatorskie realizowane były paralelnie: po pierwsze, przez delegację uprawnień i odpowiedzialności związanych z opieką zdrowotną do podstawowych jednostek administracji publicznej; po drugie, przez wprowadzanie przepisów prawnych ułatwiających powstawanie i rozwój prywatnej służby zdrowia.

Biorąc pod uwagę pierwszą z powyższych płaszczyzn, czyli delegację uprawnień i odpowiedzialności, można wskazać następujący zestaw działań, jakie miały znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia [Ostrowski, Wdowiak 2001, s. 86-92; Ustawa z dnia 8 marca 1990 r.; Ustawa z dnia 17 maja 1990 r.]:

- wprowadzenie w 1990 r. ustaw o samorządzie gminnym oraz o podziale kompetencji pomiędzy organy administracji rządowej i samorządowej – odzyskanie samorządności przez podstawowe jednostki terytorialne, gminy; równocześnie gminy uzyskały niektóre uprawnienia, ale i zadania w dziedzinie zdrowia i zdrowia publicznego, które do tej pory znajdowały się w gestii administracji centralnej;
- lata 1993 i 1995: wydanie przepisów wykonawczych, na mocy których gminy przejęły jednostki lecznictwa podstawowego, czyli przychodnie rejonowe, ośrodki zdrowia oraz zespoły opieki zdrowotnej, z wyłączeniem specjalistycznych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 1998: pakiet ustaw dotyczących reformy administracji państwa i nowego podziału terytorialnego; z dniem 1 stycznia 1999 r., w myśl ustawy z dnia 13 października 1998 r., właścicielem większości zakładów opieki zdrowotnej zostały jednostki samorządu terytorialnego.

Biorąc pod uwagę drugą płaszczyznę zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, a mianowicie urynkowanie sektora usług medycznych, należy zauważyć, iż fundamentem tych działań stała się ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, wielokrotnie później nowelizowana [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1990 r.]. Zniosła ona monopol państwowy na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. W myśl tej ustawy zakłady opieki zdrowotnej mogły być zakładane nie tylko przez administrację rządową i samorządową, ale również przez krajowe i zagraniczne osoby fizyczne i prawne, np. fundacje, kościoły, stowarzyszenia czy spółki. Ustawa o ZOZ wprowadziła również możliwość powstawania, obok jednostki budżetowej i zakładu budżetowego, ośrodka publicznego jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Ośrodek taki, po spełnieniu wymogów ustawowych i zawartych w rozporządzeniach oraz rejestracji sądowej, mógł uzyskać osobowość prawną, a tym samym samodzielność organizacyjną, prawną i finansową. Mógł swobodnie zawierać umowy, a więc podejmować decyzje o polityce wewnętrznej i zewnętrznej. Podkreślić jednak należy, że do końca 1996 r. proces usamodzielniania się został zre-

alizowany przez kilka publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W roku 1997 proces ten nabrał tempa głównie za sprawą następujących ustaw: przepisów normatywnych z 1997 r. nowelizujących ustawę z roku 1991 oraz przepisów zawartych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r., wymuszających na ośrodkach dokonywanie takich przekształceń [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r.].

Nie bez znaczenia dla urynkowania sektora usług medycznych był fakt wprowadzenia w roku 1993 w życie regulacji prawnych, które dopuszczały możliwość kontraktowania przez organ administracji rządowej lub samorządowej usług medycznych u podmiotów należących do sektora prywatnego. W takim przypadku prywatny zespół opieki zdrowotnej mógł korzystać z publicznych środków finansowych [Paździuch 2001].

Istotne znaczenie w procesie urynkowania i komercjalizacji rynku usług medycznych miała wspomniana już ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przyjęta 6 lutego 1997 r., a wprowadzona w życie 1 stycznia 1999 r. Nie tylko przyspieszyła proces usamodzielniania się zakładów opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim dogłębnie zmieniła system finansowania opieki zdrowotnej, do końca 1999 r. finansowany przez budżet państwa [Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r.]. W świetle tej ustawy opieka zdrowotna ubezpieczonych od stycznia 1999 r. finansowana jest z różnych źródeł, w tym ze składek na ubezpieczenie zdrowotne składających się na fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, którego dysponentem do 1 kwietnia 2003 r. były Kasy Chorych, zastąpione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z 16 oddziałami wojewódzkimi. Projekt ustawy o NFZ wpłynął do Sejmu latem 2002 r. i, mimo sprzeciwu wielu środowisk, został 23 stycznia 2003 r. uchwalony [Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r.].

Stan prawny regulujący działania w sektorze ochrony zdrowia od roku 2003 nie uległ zasadniczym zmianom, a zaplanowana jego komercjalizacja i urynkowanie zostały częściowo zrealizowane. Warto tu bowiem podkreślić, że w praktyce nie funkcjonuje główne założenie wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia: „pieniądz podąża za pacjentem”. Nie ma eliminacji szpitali ‘złych’ i wyróżniania szpitali ‘dobrych’. Kryteriami podpisywania kontraktów są zwykle poziom referencyjny oraz konotacje polityczne, a poziom kontraktu to ekstrapolacja przeszłych trendów.

Z analizy wyników badań prowadzonych w sektorze ochrony zdrowia wynika jednak kilka pozytywnych wniosków dotyczących zmian adaptacyjnych jednostek świadczących usługi medyczne. Podmioty publiczne bowiem, przystosowując się do zmian w otoczeniu, przekształciły się w następujący sposób [Jończyk 2008, s. 115-116]¹:

- zmiany wymusiły większą dbałość jednostek publicznych o pacjenta i jakość oferowanych usług, przy czym działania usprawniające podejmowane są częściej przez szpitale o niższym stopniu referencyjnym;

¹ Wyniki badań aspektów zarządzania w sektorze ochrony zdrowia w Polsce publikowane były również w: [Oblój, Ciszewska, Kuśmierz 2004; Kautsch, Klich, Styło 2001; Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Sitek, Sowa, Sowada, Włodarczyk 2002].

- w publicznych jednostkach świadczących usługi medyczne nastąpiła większa profesjonalizacja zarządzania, tj. wykorzystuje się nowoczesne metody i narzędzia zarządzania, np. strategię czy analizę kosztów systemu zbierania informacji, a na stanowiskach kierowniczych coraz częściej zatrudniane są osoby o odpowiednich kwalifikacjach;
- szpitale zachowują się coraz bardziej racjonalnie, nauczyły się reagować na sygnały otoczenia, ale niestety robią to nadal w sposób nieprzewidywalny dla reformatorów.

Odnosząc się do wyników badań dotyczących różnorodnych kwestii zarządzania jednostkami sektora usług medycznych, zwłaszcza publicznymi, można dojść do wniosku, że obszarem najbardziej zaniedbanym jest funkcja personalna. Świadcą o tym wyniki dwóch niezależnie od siebie prowadzonych badań. Pierwsze przeprowadził J. Jończyk na grupie 13 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających w województwie podlaskim, reprezentujących wszystkie jego powiaty. Celem badań była diagnoza stanu rozwoju systemu zarządzania zasobami ludzkimi, a przeprowadzono je w dwóch wzajemnie uzupełniających się etapach, w odstępie dwóch lat. Pierwszy etap dotyczył takich kwestii, jak: dobór personelu (rekrutacja i selekcja), ocena pracownicza, szkolenia i doskonalenie pracowników oraz awans; w drugim skupiono się na diagnozie przyczyn i skutków oraz barier restrukturyzacji zatrudnienia, polegających na zmniejszeniu zatrudnienia w szpitalach, które brały udział również w pierwszym etapie. Działania diagnostyczne w ramach badań prowadzone były w latach 2004 i 2006, a analizując uzyskane dane, wyciągnięto następujące wnioski [Jończyk 2008, s. 117-166]:

- zarządzanie zasobami ludzkimi w badanych jednostkach nie stanowiło systemu; wniosek ten poparty został fragmentarycznym występowaniem (lub nawet brakiem występowania) takich elementów, jak: ustalanie celów funkcji personalnej, strategii ZZL, planowanie ścieżek rozwoju pracowników czy controllingu personalnego; dodatkowo słabo rozwinięte zostały takie obszary ZZL, jak ocena pracownicza, która traktowana była przez respondentów jako autonomiczny, a nie integralny element systemu ZZS;
- procesy ZZL cechuje przypadkowość i brak systematyczności, a dodatkowo są one realizowane w efekcie niezaplanowanych działań, a nie celowo ukierunkowanych aktywności mających na celu kształtowanie kapitału ludzkiego;
- funkcja personalna ma charakter zamknięty, co znalazło wyraz w kryteriach i sposobach rekrutacji i selekcji, oceny i awansu, przez co obsada stanowisk pracy, zwłaszcza menadżerskich, została ograniczona do lojalnej politycznie populacji osób (tzw. nomenklatura);
- zarządzanie personelem charakteryzuje się wysokim stopniem scentralizowania, co przejawia się znacznym poziomem podmiotów zewnętrznych w stosunku do naczelnej kadry kierowniczej; chodzi tu np. o podmiot nadzorujący działalność szpitali, który może na nich wymusić realizację takich działań, jak przeglądy kadry, atestacja czy tworzenie rezerwy kadrowej;

- zadania komórek ds. zarządzania personelem sprowadzają się do obsługi technicznej kwestii związanych z zatrudnionym personelem, a nie zarządzania nim.

Komplementarne do przedstawionych powyżej wyniki badań uzyskała autorka w trakcie badań przeprowadzonych dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego w roku 2006 na próbie 10 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tj. szpitali. Podczas analizy danych ustalono, że w badanych podmiotach kwestiami personalnymi się administruje, a nie zarządza. Szczegółowy zestaw kryteriów oceny sprawowania funkcji personalnej w badanych jednostkach znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1. Syntetyczna ocena podejścia do realizacji funkcji personalnej w SP ZOZ-ach

Kryterium oceny	Ocena końcowa spełniania kryterium
Traktowanie ludzi jako źródła przewagi konkurencyjnej	Niespełnione kryterium – deklaracje kadry menedżerskiej nie przełożone na działania
Strategiczna integracja	Kryterium spełnione częściowo – strategiczne cele organizacji zintegrowane ze strategicznymi celami zarządzania personelem; strategiczne cele zarządzania personelem nie przełożone na cele cząstkowe; brak integracji poziomej pomiędzy systemami ZZL
Postrzeganie kapitału ludzkiego jako cennego składnika aktywów, w który warto i należy inwestować	Niespełnione kryterium – postrzeganie pracowników przez pryzmat kosztów zatrudnienia, absencji; rozwój zasobów ludzkich oparty na zaspokajaniu bieżących potrzeb; rozwój kompetencji personelu medycznego niezależny od potrzeb organizacji wynikających ze strategii organizacji
Aktywne uczestnictwo kierowników liniowych w procesie zarządzania personelem	Kryterium spełnione częściowo – kierownicy liniowi realizują tylko niektóre role przypisywane im w literaturze przedmiotu; ostateczne decyzje związane ze sferą personalną są scentralizowane – podejmują je dyrektorzy szpitali
Zarządzanie kulturą organizacyjną	Niespełnione kryterium – działania korygujące szczególnie negatywne postawy pracowników, a nie kształtujące kulturę organizacyjną, tak by wspierała strategię organizacyjną
Indywidualizacja stosunków pracy	Niespełnione kryterium – zbiorowe stosunki pracy; brak indywidualnych rozwiązań; tylko w szpitalu tarnowskim kontraktuje się pełny wachlarz usług medycznych z lekarzami specjalistami
Orientacja na klientów wewnętrznych i zewnętrznych	Kryterium spełnione częściowo – działy personalne postrzegane jako wsparcie administracyjne; brak strategicznej orientacji w działaniach podejmowanych przez komórki personalne; brak orientacji na klientów zewnętrznych

Źródło: [Buchelt 2010, s. 154].

1 lipca 2011 r. weszła w życie kolejna ustawa zmieniająca uwarunkowania działalności jednostek świadczących usługi medyczne, zwłaszcza publicznych – ustawa o działalności leczniczej. Dotyczy ona następujących aspektów: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania działalności leczniczej podmiotów niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność lecz-

niczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych oraz zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.]. Ustawa ta zastąpiła obowiązującą do tej pory ustawę o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.]. Jak można wnioskować z analizy tej ustawy, jednym z głównych celów jej wprowadzenia jest zachęcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) do przekształcenia się w podmioty prawa handlowego, czyli spółki.

Z przepisów analizowanej ustawy wynika, że nie będą mogły być tworzone nowe SP ZOZ-y, chyba że powstaną w efekcie połączenia dwóch lub więcej podmiotów wcześniej już istniejących. Zachętami do przekształcania SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego są następujące rozwiązania prawne. Po pierwsze, podmioty wykonujące działalność leczniczą będące przedsiębiorcami mogą odpłatnie udzielać świadczeń zdrowotnych każdemu pacjentowi. Równocześnie świadczenia te mogą być finansowane przez NZF, przy czym „Jeżeli środki za udzielone świadczenia pochodzą jednocześnie ze źródeł publicznych i prywatnych, regulamin organizacyjny winien określić organizację procesu udzielania świadczeń, tak aby zapewnić rozdział tych środków oraz poszanowanie przepisów „kolejkowych [Szpitale będą mogły... 2012]”. Po drugie, zgodnie z zapisami ustawy jednostki samorządu terytorialnego, które nie przekształcą SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego, będą musiały pokryć ich ujemny wynik finansowy w ciągu trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przypadku niewywiązania się z tego obowiązku samorządu w ciągu 12 miesięcy będą zobowiązane do zmiany formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ-u, tj. przekształcenia go w spółkę prawa handlowego lub jednostkę budżetową, albo też jego likwidacji. Jednostki samorządu terytorialnego, które podejmą decyzje o ww. przekształceniu, będą mogły skorzystać z umorzenia zobowiązań publicznoprawnych.

Analizując zapisy ustawy, za bezdyskusyjny należy uznać fakt, że zamierzeniem reformatorów sektora usług medycznych jest kontynuacja pierwotnych założeń, a w zasadzie dokończenie jednego z celów reformy sektora ochrony zdrowia, a mianowicie urynkowanie tego sektora poprzez pełną komercjalizację podmiotów publicznych. W praktyce funkcjonowanie nowej ustawy może prowadzić do:

- dynamizacji aktywności podmiotów działających na rynku usług medycznych; intensyfikacja działań konkurencyjnych w zasadzie nie podlega dyskusji, gdyż wynika nie tylko z wprowadzenia analizowanej ustawy, ale również z atrakcyjności sektora ochrony zdrowia [*Prywatny rynek zdrowia...* 2012];
- pojawienia się bardziej „agresywnych” postaw podmiotów niepublicznych działających w analizowanym sektorze wobec podmiotów publicznych – dostęp do ograniczonych środków finansowych dystrybuowanych przez NZF;
- upadku nieefektywnych podmiotów;
- łączenia się lub przejmowania podmiotów.

Sprostanie rosnącej konkurencji jest podstawowym wyzwaniem wobec zakładów opieki zdrowotnej (zwłaszcza publicznych) działających w sektorze ochrony

zdrowia. Przy czym jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że większość z nich adaptowała metody i narzędzia związane z ogólnymi mechanizmami zarządzania, jak strategię, systemy informatyczne, rachunek kosztów oraz zarządzanie jakością, możemy dojść do wniosku, że dziś uwaga zarządzających powinna się skupić na efektywnym sprawowaniu funkcji personalnej, a przez to na wdrażaniu nowoczesnych metod i technik zarządzania zatrudnionymi pracownikami. Celem aktywności powinna być budowa przewagi konkurencyjnej opartej na tak unikalnym kapitale, jakim jest kapitał ludzki.

Reasumując, można stwierdzić, że podstawowym wyzwaniem wobec sprawowania funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w kontekście dotychczasowych zmian legislacyjnych w sektorze ochrony zdrowia jest realizacja takich działań kształtujących kapitał ludzki, aby stał się on źródłem przewagi konkurencyjnej danej organizacji świadczącej usługi medyczne. Dodatkowo, o czym nie można zapominać, efektywne sprawowanie funkcji personalnej powinno wspierać realizację dopuszczonych ustawą działań łączenia się lub przejmowania jednego przez drugi podmiotów świadczących usługi medyczne. Warto tu bowiem zwrócić uwagę na następujący fakt: ustawa zakazuje tworzenia nowych SP ZOZ-ów, równocześnie tworząc możliwość łączenia się lub przejmowania jednego przez drugi podmiotów funkcjonujących w tej formule. Może się zatem okazać, że w celu uniknięcia przekształcenia w spółkę prawa handlowego zarządy samorządów terytorialnych decydować się będą na łączenie nieefektywnych SP ZOZ-ów z efektywnymi. Niezależnie jednak od motywów fuzji i przejęć, jakie w przyszłości mogą wystąpić w sektorze ochrony zdrowia, warto podkreślić, że ich skuteczność, czego dowodzi literatura przedmiotu, determinowana jest odpowiednim sprawowaniem funkcji personalnej [*Zarządzanie zasobami...* 2004].

3. Adaptacja współczesnego podejścia do sprawowania funkcji personalnej jako odpowiedź na wyzwania pojawiające się w otoczeniu jednostek działających w ochronie zdrowia

Omówione w powyższej części niniejszego artykułu wyzwania wobec funkcji personalnej, wynikające z kształtowania się uwarunkowań sektora usług medycznych – w tym przede wszystkim intensyfikacja konkurencji, ale też możliwość występowania mariaży organizacyjnych – wywołują potrzebę implementacji współczesnych metod i narzędzi zarządzania. Jako że prowadzone dotychczas badania w sektorze ochrony zdrowia dowodzą, że większość metod i narzędzi zarządzania jest wdrażana, przy czym obszar funkcji personalnej jest zaniedbywany lub podejmowane tam działania nie przynoszą zamierzonych efektów, w dalszej części niniejszego artykułu autorka skupi się na wskazaniu współczesnych alternatyw sprawowania funkcji personalnej i zaproponuje rozwiązania adekwatne do specyfiki jednostek sektora usług medycznych.

Analizując literaturę przedmiotu, stwierdzić należy, że współcześnie mamy do czynienia z dwoma koncepcjami sprawowania funkcji personalnej: zarządzaniem zasobami ludzkimi oraz zarządzaniem kapitałem ludzkim (zob. tab. 2).

Tabela 2. Cechy modeli zasobów ludzkich i kapitału ludzkiego

Nazwa modelu	Cechy modelu
Model zasobów ludzkich	Kreatywność, rozwój pracownika i organizacji, partycypacja pracownicza w zarządzaniu, wpływ na wyniki, odpowiedzialność, równe i sprawiedliwe traktowanie pracowników, poszerzony zakres autonomii, systemowość organizacji i działań personalnych
Model kapitału ludzkiego	Doskonalenie, rozwój i pomiar kapitału ludzkiego, wpływ na wartość organizacji, zarządzanie talentami, zarządzanie wiedzą, <i>outsourcing</i> , telepraca, wirtualizacja funkcji personalnej, społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa, przywództwo, umiędzynarodowienie, wykorzystanie technologii informatycznych

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Listwan 2010, s. 236].

Termin ‘zarządzanie zasobami ludzkimi’ (Human Resource Management) pojawił się po raz pierwszy w specjalistycznej literaturze amerykańskiej. Głównymi przyczynami poszukiwania nowej formuły w zarządzaniu tym zasobem były zmiany zachodzące zarówno w otoczeniu zewnętrznym, jak i wewnętrznym ówczesnych przedsiębiorstw, uwidaczniające potrzebę zmiany podejścia do miejsca i roli ludzi w organizacji [Pocztowski 2007, s. 22] (zob. tab. 3).

Tabela 3. Czynniki sprzyjające powstaniu koncepcji ZZL

Rodzaj czynnika	Przykład czynnika
Związane z otoczeniem organizacji	Rosnąca dynamika zmian, rosnąca konkurencja, globalizacja, umiędzynarodowienie, zmiany demograficzne, ingerencja państwa w zarządzanie firmą, postęp technologiczny, zmiany w strukturach gospodarek krajów
Związane z organizacją	Otwarcie na otoczenie, wzrost złożoności procesów zarządzania i wielkości, spłaszczanie struktur, decentralizacja zarządzania
Związane z pracownikiem	Presja na większą sprawność i kreatywność, wymaganie większej elastyczności i autonomii, oczekiwanie odpowiedzialności i lojalności wobec organizacji, wzrost wykształcenia i aspiracji, poczucie niepewności w pracy, dylematy etyczne

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Listwan 2010, s. 237].

Nowe podejście do sprawowania funkcji personalnej oparte zostało na dwóch głównych założeniach: behawioralnym i ekonomicznym. Pierwsze z nich podkreślało fakt, że pracownicy danej organizacji stanowią zasób wiedzy, umiejętności i zdolności, oraz to, że mogą się przyczynić do efektywnego realizowania celów firmy. Natomiast drugie postulowało uznanie pracowników nie jako składnika kosztów, ale aktywów, w który warto i należy inwestować [Pocztowski 1996, s. 276-277].

Do głównych cech zarządzania zasobami ludzkimi można zaliczyć [Pocztowski 1999, s. 21; Armstrong 2002, s. 26]:

- traktowanie ludzi jako źródło przewagi konkurencyjnej;
- strategiczną integrację;
- postrzeganie zasobów ludzkich jako cenny składnik aktywów, w który warto i należy inwestować, a nie składnik kosztów;
- aktywne uczestnictwo kierowników liniowych w procesie zarządzania personelem;
- zarządzanie kulturą organizacyjną;
- indywidualizację stosunków pracy;
- orientację na klientów wewnętrznych i zewnętrznych.

Efektywna realizacja celu zarządzania zasobami ludzkimi, jakim jest takie kształtowanie zasobów ludzkich, aby stały się one źródłem przewagi konkurencyjnej organizacji, wymaga: po pierwsze, opracowania strategii personalnej stanowiącej integralną część strategii organizacji; po drugie, ukształtowania procesów ZZL² zintegrowanych z pozostałymi procesami biznesowymi; po trzecie, opracowania i wykorzystania odpowiednich narzędzi służących rozwiązywaniu określonych kwestii ZZL. Trzeba tutaj zaznaczyć, że w centrum wzajemnych powiązań tych trzech elementów znajdują się aktorzy ZZL, którzy wpływają na efektywność pozostałych elementów systemu. Aktorami są: zarząd, specjalista ds. ZZL lub komórka organizacyjna odpowiedzialna za te kwestie, pracownicy i/lub ich reprezentacje, menedżerowie operacyjni (zwani też liniowymi) oraz konsultanci zewnętrzni. Oczywiście, całość zadań związanych z ZZL powinna być rozpatrywana w kontekście strategii, struktury i kultury organizacyjnej oraz praktykowana zarówno na poziomie operacyjnym, jak i taktycznym, a przede wszystkim strategicznym [Pocztowski 2007, s. 37-39].

Od czasu powstania koncepcji ZZL otoczenie organizacji stało się jeszcze bardziej zmienne i nieprzewidywalne. Wielu badaczy i praktyków ZZL twierdzi, że rozwój gospodarki opartej na wiedzy stawia przed tą dziedziną ogromne wyzwania

² W literaturze przedmiotu spotyka się różne klasyfikacje procesów personalnych (zwanymi także funkcjami). Powodem tej różnorodności jest sposób wyodrębniania i klasyfikacji owych procesów. Wyodrębnianie zależy od takich czynników, jak: wielkość przedsiębiorstwa, struktura organizacyjna, lokalizacja, branża oraz filozofia zarządzania. W najprostszym ujęciu wyróżnia się trzy podstawowe procesy kadrowe: wchodzenie pracowników do organizacji, funkcjonowanie (retencja) oraz wychodzenie z organizacji. Bardzo często w literaturze przedmiotu spotyka się również następującą klasyfikację procesów biznesowych: planowanie zasobów ludzkich, rekrutacja, rozwój, ocena, wynagradzanie, motywowanie, kontrola, kształtowanie warunków i stosunków pracy. Bardzo interesująco podział procesów personalnych opracował A. Pocztowski, dzieląc je następująco: planowanie zasobów ludzkich, kształtowanie stanu i struktury personelu, zarządzanie efektywnością pracy, kształtowanie wynagrodzeń, rozwój zasobów ludzkich, kształtowanie warunków i stosunków pracy, administrowanie sprawami personalnymi, doskonalenie organizacji i zarządzanie funkcją personalną. Autor podkreślił, iż dla każdego z wymienionych procesów należy określić cele klientów oraz osoby odpowiedzialne za ich realizację [Pocztowski 2007, s. 29-40]. Więcej na ten temat m.in. w: [Armstrong 2002; *Zarządzanie kadrami...* 2006; McKenna, Beech 2002; Boxall, Purcell 2003].

nie, jakim jest odnalezienie miejsca w świecie pełnym paradoksów³. W tym świecie sprzeczności funkcja personalna, stanowiąca integralny element działalności organizacji, musi sprostać wyzwaniom, jakim na co dzień muszą stawić czoła współczesne przedsiębiorstwa: postępującej globalizacji, osiąganiu rentowności poprzez wzrost, wykorzystywaniu możliwości stwarzanych przez nowe technologie, generowaniu kapitału intelektualnego postrzeganego jako źródło przewagi konkurencyjnej i wartości organizacji, konieczności działania w warunkach ciągłych zmian [Urlich 1998, s. 126-127]. Pojawienie się nowych wyzwań w otoczeniu organizacji oznacza, że nie mogą one tylko wykorzystywać tradycyjnych źródeł konkurencyjności, jak koszty, technologie, dystrybucja, produkcja czy cechy produktów, ponieważ te czynniki mogą zostać skopionane przez konkurencję. Współczesne organizacje, cechujące się szybkością działania, elastycznością, zdolnością szybkiego uczenia się oraz wysokimi kompetencjami pracowników [Pocztowski 2007, s. 42], powinny poszukiwać źródeł przewagi konkurencyjnej w dostępie do zasobów trudnych do skopionowania przez firmy konkurencyjne, a takim właśnie zasobem jest kapitał ludzki. Zmieniające się otoczenie, a z nim organizacje, stawia przed funkcją personalną kolejne wyzwania (zob. tab. 4), co powoduje, że zarządzania zasobami ludzkimi ewoluuje w kierunku zarządzania kapitałem ludzkim.

W literaturze przedmiotu nie ma zgody, czy zarządzanie kapitałem ludzkim jest kolejnym etapem w ewolucji podejścia do sprawowania funkcji personalnej, czy też tendencją pojawiającą się w ramach koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi. W niniejszym artykule przyjmuje się, że koncepcja ta zastępuje koncepcję zarządzania zasobami ludzkimi, o czym świadczą jej cechy charakterystyczne:

- Odchodzenie od funkcjonalizmu w kierunku rozwiązań sieciowych, tj. brak sekwencyjnych procesów zarządzania personelem, składających się z rekrutacji, oceniania, wynagradzania, rozwoju i derekrutacji, na rzecz interaktywnych i nieliniowych konfiguracji elementów wchodzących w skład współczesnego systemu zarządzania personelem, tworzących sieć wartości (obszary: tworzenia KL, wykorzystania KL, przekształcania KL w kapitał strukturalny [Pocztowski 2007, s. 41-42]).
- Ocena efektywności ZKL stanowi fundament realizacji działań w tym zakresie⁴.
- Adaptacja konceptu uczenia się przez całe życie, permanentnego doskonalenia, przy czym odpowiedzialność za podejmowanie działań w tym zakresie ponosi zarówno organizacja, jak i pracownik.

³ Niektórzy badacze zajmujący się nauką o organizacji i zarządzaniu uważają, iż dzisiejszy świat obfituje w sytuacje wzajemnie się wykluczające, czyli paradoksy. Zauważona przez nich złożoność nowej ekonomii przekłada się również na zarządzanie organizacją, w tym na zarządzanie zasobami ludzkimi. Wymieniając paradoksy towarzyszące zarządzaniu zasobami ludzkimi, twierdzą, że zadaniem zarządzania zasobami ludzkimi jest radzenie sobie z paradoksami otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego organizacji. Zwolennicy tego podejścia sugerują, iż zarządzanie zasobami powinno ewoluować w kierunku zarządzania wiedzą. Więcej na ten temat w: [Wawrzyniak 2001, s. 45-55].

⁴ Więcej na temat tej koncepcji w: [Fitz-Enz 2001].

Tabela 4. Współczesne wyzwania wobec funkcji personalnej

Czynniki determinujące konkurencyjność współczesnych organizacji	Oczekiwania wobec funkcji personalnej
Rosnąca orientacja na klienta, przenikająca wszystkie obszary funkcjonowania organizacji	<ul style="list-style-type: none"> – Precyzyjne określenie usługobiorców usług personalnych zarówno na rynku wewnętrznym, jak i zewnętrznym, identyfikacja ich potrzeb oraz profesjonalne ich zaspokojenie – Poziom zaspokojenia tych potrzeb staje się podstawowym kryterium oceny efektywności funkcji personalnej
Podnoszenie wydajności i jakości pracy	<ul style="list-style-type: none"> – Centralnym problemem staje się efektywność pracy, rozumiana jako skuteczność osiągania celów założonych przez organizację – Poszczególne działania składające się na proces ZKL powinny być oceniane z punktu widzenia kryterium efektywności pracy – Warunkiem podnoszenia efektywności pracy jest posiadanie kompetentnych pracowników* na wszystkich stanowiskach pracy – Prawidłowa identyfikacja, a następnie rozwijanie zidentyfikowanych kompetencji
Zmiany technologiczne i organizacyjne (organizacja ucząca się**): restrukturyzacja, <i>reengineering</i> procesów biznesowych, tworzenie aliansów, demontaż struktur hierarchicznych oraz wprowadzanie nowych form pracy	<ul style="list-style-type: none"> – Zmiany stanu i struktury zatrudniania oraz sposobów kierowania ludźmi w organizacji – W strukturze zatrudnienia dominującą grupą pracowników stają się pracownicy wiedzy*** – Opracowanie systemu wspomagającego generowanie wiedzy, a następnie przekształcanie jej w wartość zarówno dla interesariuszy wewnętrznych, jak i zewnętrznych
Zanikanie granic państw w określaniu obszaru działania organizacji, różnorodność	<ul style="list-style-type: none"> – Umiejętne radzenie sobie z problemem różnorodności kulturowej, wiekowej, płciowej, etnicznej oraz problemami natury etycznej

* Zarządzanie personelem przez kompetencje stanowi bardzo interesujący kierunek w rozwoju tej dziedziny. Opracowane przez organizacje modele kompetencyjne mogą służyć jako punkt odniesienia w czasie realizacji procesów doboru pracowników, oceniania, wynagradzania i rozwoju. Więcej na ten temat m.in. w: [Whiddatt, Hollyforde 2003].

** Koncepcja organizacji uczącej się nie jest pojęciem nowym. Powstała w ramach nauki o zarządzaniu i organizacji. Jej teoretycznych początków można dopatrywać się już w latach 60. minionego stulecia, kiedy to R. Wilensky opublikował artykuł omawiający kwestie gromadzenia, przetwarzania, interpretowania i komunikowania informacji potrzebnych w procesie podejmowania decyzji. Rozkwit tej koncepcji przypada jednak na lata 80. i 90. W literaturze przedmiotu organizację uczącą się definiuje się m.in. jako tę, która wspiera uczenie się wszystkich jej członków, a równocześnie sama się przekształca. Organizacja ucząca się tworzy warunki nie tylko do tego, by uczenie się było tolerowane, lecz wręcz wymagane. W modelowym ujęciu organizacja ucząca się zbudowana jest z następujących elementów: myślenia systemowego, budowania wspólnych wizji, odkrywania i otwierania własnych modeli myślowych, stymulowania zespołowego uczenia się oraz rozwijania mistrzostwa zawodowego. W ostatnich latach literatura przedmiotu dostrzega dalszą ewolucję koncepcji organizacji uczącej się w stronę organizacji inteligentnej. Wielu badaczy uważa organizację inteligentną za wyższą formę rozwoju organizacji uczącej się. Więcej na ten temat w: [Senge 1998; Ziębicki 2008; Mięka, Ziębicki 2000; Brzeziński 1999; Penc 1999; Strojny 2000].

*** Pojęcie „pracownicy wiedzy” (*knowledge workers*) określa pracowników o wysokim poziomie wiedzy teoretycznej, nie wynikającej bezpośrednio z doświadczenia praktycznego [Pocztowski 2007, s. 40].

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Pocztowski 1999, s. 22-24; Pocztowski 2007, s. 38-40].

- Większość pracowników organizacji wpływających na wartość dodaną stanowią pracownicy wiedzy, dla nich tworzone są elastyczne systemy zarządzania kapitałem będącym w ich dyspozycji.
- Zatrudnianie pracowników poprzez elastyczne formy zatrudniania.
- Zarządzanie różnorodnością: programy zarządzania wiekiem (pracownicy starsi, 50+, oraz pokolenie Y) i różnorodnością kulturową, rozwiązywanie problemu dyskryminacji ze względu na płeć.
- Wirtualizacja elementów systemu ZKL (zarządzania efektywnością, pozyskiwania pracowników, budowania marki pracodawcy).

Tabela 5. Cechy otoczenia jednostek świadczących usługi medyczne, jednostek sektora ochrony zdrowia i personelu medycznego

Na poziomie sektora	Komercjalizacja Zwiększająca się konkurencja Rozwój nowych technologii medycznych Wzrost popytu na usługi medyczne Zmieniające się wymagania i oczekiwania pacjentów
Na poziomie organizacji	Generowanie kapitału strukturalnego Generowanie wartości dla interesariuszy Orientacja na pacjenta Orientacja na jakość Doskonalenie procesów zarządzania Elastyczność struktur organizacyjnych Nowe przywództwo Produktywność Efektywność działania Kompetentny personel Elastyczność w zatrudnianiu Praca zespołowa Innowacyjność
Na poziomie zatrudnionych pracowników	Dominującą grupą pracowniczą (personel medyczny) są pracownicy wiedzy (<i>knowledge workers</i>) Pracownicy wiedzy mają dominujący wpływ na wartość dodaną, a co za tym idzie – na konkurencyjność organizacji Personel medyczny ma doniosły wpływ na jakość usług medycznych Wiedza teoretyczna jest trudna lub niemożliwa do skopiowania Wiedza praktyczna pracowników sfery medycznej jest kształtowana powoli, głównie siłami pracownika, przy wsparciu organizacji Personel medyczny determinuje produktywność i efektywność szpitali Personel medyczny to nośnik kapitału ludzkiego wypożyczanego na określonych warunkach danej organizacji, przy czym kluczową kwestią staje się elastyczność zatrudnienia Rozwój kapitału ludzkiego pracowników medycznych zależy przede wszystkim od nich, wtórnie od organizacji Inwestycje w kapitał ludzki personelu medycznego obarczone są dużym ryzykiem

Źródło: opracowanie własne.

- Adaptacja paradygmatów nowego zarządzania [Pocztowski 2010, s. 264]: postrzeganie człowieka jako jednostki autonomicznej i myślącej, upowszechnianie wiedzy i informatyzacja, traktowanie celu pracy jako części planu życia, niezależność jednostki jako podstawa jej identyfikacji z firmą i/lub grupą zawodową, traktowanie konfliktu jako składowej życia, podział pracy oparty na współdecydowaniu menedżera i podległych mu pracowników, rozpowszechnianie wiedzy i dzielenie się nią.

Znając już główne założenia i charakterystykę współczesnych koncepcji sprawowania funkcji personalnej, należy zastanowić się, która z nich bardziej przystaje do specyfiki organizacji świadczących usługi medyczne i zatrudnionych tam pracowników, zwłaszcza bezpośrednio tworzących wartość dodaną, a więc pracowników sfery medycznej. W tabeli 5. wskazano cechy charakterystyczne otoczenia jednostek świadczących usługi medyczne, samych organizacji oraz zatrudnionego w nich personelu medycznego.

Biorąc pod uwagę cechy wymienione w tabeli 4., stwierdzić należy, że bliższe są one koncepcji zarządzania kapitałem ludzkim niż modelowi zarządzania zasobami ludzkimi. Wniosek ten jest jednym z możliwych uzasadnień faktu, że model zarządzania zasobami ludzkimi nie jest wdrażany lub też efektywnie egzekwowany w jednostkach sektora ochrony zdrowia, zwłaszcza publicznych, o czym świadczą wyniki badań przytoczonych w poprzedniej części niniejszego artykułu. Zatem mając świadomość wskazanych w tabeli 5. cech, należy stwierdzić, że dalsze działania z zakresu projektowania i wdrażania aktywności związanych z funkcją personalną powinny odbywać się w odwołaniu do modelu kapitału ludzkiego, a zatem konfiguracja elementów systemu zarządzania kapitałem ludzkim powinna być elastyczna, dopasowana do potrzeb danej organizacji i zatrudnionych w niej pracowników, przy czym głównym filarem tej konstrukcji powinien być system zarządzania efektywnością (*performance management*) w ujęciu holistycznym (organizacyjnym/interdyscyplinarnym), uwzględniającym perspektywę kapitału ludzkiego (zespołową i indywidualną).

4. Podsumowanie

Otoczenie organizacji świadczących usługi medyczne w Polsce dynamicznie się zmienia. Dynamika ta widoczna była przede wszystkim w ostatniej dekadzie. Coraz większy udział w rynku usług medycznych zdobywają dostawcy prywatni, a publiczne podmioty bardziej lub mniej udanie dostosowują się do wymogów ‘gry rynkowej’ w sektorze usług medycznych. Dziś można stwierdzić, że komercjalizacja będąca celem reformy publicznego sektora ochrony zdrowia staje się faktem. Jej przypieczętowaniem jest natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.

Na podstawie wyników badań metod i narzędzi zarządzania w jednostkach świadczących usługi medyczne w Polsce można wysunąć wniosek, że podmioty działające na rynku usług medycznych, nawet publiczne, zrozumiały, że aby przetrwać, muszą dostosować metody zarządzania do rynku usług medycznych, gdzie

pacjent zna już swoje prawa, konkurencja jest silna, a szeroko pojmowana jakość usługi medycznej coraz częściej stanowi podstawę decyzji o realizacji danej usługi medycznej u określonego dostawcy. Z tych samych badań wynika również negatywny wniosek: kadra menedżerska nie jest w pełni świadoma strategicznej istotności kapitału ludzkiego w procesie kreacji przewagi konkurencyjnej, a przez to w działaniach innowatorskich nierzadko pomija obszar sprawowania funkcji personalnej, ignorując go. Powody mogą być różne, np. menedżerowie postrzegają wartości materialne jako najistotniejsze w zarządzaniu, równocześnie nieświadomie negując istotność wartości niematerialnych, takich jak kapitał ludzki. Dlaczego nieświadomie? Świadomie zawsze deklarują, że pracownicy to najbardziej istotny kapitał danej organizacji, tak przynajmniej wynika z badań i doświadczeń autorki publikacji. Skąd bierze się ta dychotomia? Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem jest to, że występuje tu niedobór wiedzy i umiejętności związanych z efektywnym sprawowaniem funkcji personalnej. Czynniki ten stał się w przeszłości barierą rozwoju funkcji personalnej w organizacjach biznesowych działających na terenie naszego kraju [por. Poczowski 2007]. Mając na uwadze powyższe względy, celem nadrzędnym niniejszej publikacji była diagnoza wpływu zmian legislacyjnych w sektorze ochrony zdrowia pod kątem identyfikacji wyzwań w zakresie sprawowania funkcji personalnej w organizacjach działających na tym rynku, a następnie określenie modelu tej funkcji w jednostkach dopasowanego do specyfiki ich otoczenia, nich samych i zatrudnionych tam pracowników. Z analiz prowadzonych w niniejszym artykule wynika, że zmiany legislacyjne to fundamentalny czynnik wpływający na turbulentność otoczenia organizacji działających na rynku usług medycznych w Polsce. Do dziś spowodował on znaczącą reorientację w sposobie działania podmiotów sektora ochrony zdrowia, zwłaszcza publicznych. Taka zmienność otoczenia wymaga jednak implementacji nowoczesnych metod zarządzania nie tylko na poziomie strategicznym, ale także funkcyjnym. Przy czym niewątpliwie zarządzający powinni się skoncentrować na aktywach niematerialnych, w tym głównie na kapitale ludzkim, który może być źródłem przewagi konkurencyjnej. By ukierunkować działania kadry zarządzającej w tym względzie, w artykule przedstawiono specyfikę dwóch współcześnie stosowanych modeli sprawowania funkcji personalnej: modelu zasobów ludzkich i modelu kapitału ludzkiego, odnosząc je do warunków funkcjonowania jednostek świadczących usługi medyczne, ich specyfiki i specyfiki zatrudnionego w nich personelu. W efekcie tej analizy okazuje się, że w jednostkach sektora usług medycznych bardziej adekwatny jest model kapitału ludzkiego. Wniosek taki jest jednak jedynie wskazaniem kierunku działań, jakie powinny podjąć omawiane organizacje. Dalsze działania związane z projektowaniem i implementacją sugerowanego modelu powinny skupić się na takich kwestiach, jak: zarządzanie efektywnością, elastyczne formy zatrudniania, rozwój kapitału ludzkiego, tworzenie wartości dodanej. Aspekty te staną się zatem przedmiotem dalszych badań teoretycznych i empirycznych autorki niniejszego artykułu, a ich efekty znajdą swoje odzwierciedlenie w kolejnych publikacjach naukowych i popularnonaukowych.

Literatura

- Aksman E., *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.
- Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Boxall P., Purcell J., *Strategy and Human Resource Management*, Palgrave Macmillan, New York 2003.
- Brzeziński M., *Proces uczenia się w nowoczesnej organizacji*, „Przegląd Organizacji” 1999, nr 4.
- Buchelt B., *Perspective of personnel function development in Polish hospitals*, [w:] *Costs, organization and management of hospitals*, ed. J. Stępniewski, M. Bugdol, Jagiellonian University Press, Kraków 2010.
- Buchelt B., *Strategiczna istotność ZZZ a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych ZOZ-ach*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2(79).
- Drucker F.P., *Knowledge-Worker Productivity, the Biggest Challenge*, “California Management Review” 1999, no. 2.
- Fitz-Enz J., *Rentowność inwestycji w kapitał ludzki*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, „Raport CASE” 2002, nr 53.
- Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie. Raport z badań*, „Biblioteka Zdrowia Publicznego” 2001, nr 7.
- Listwan T., *Rozwój badań nad zarządzaniem zasobami ludzkimi w Polsce*, [w:], *Osiągnięcia i perspektywy nauk o zarządzaniu*, red. S. Lachiewicz, B. Nogalski, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- McKenna E., Beech N., *Human Resource Management: a concise analysis*, Pearson Education, Essex 2002.
- Mikuła B., Ziębicki B., *Organizacja inteligentna a organizacja ucząca się*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 5.
- Obłój K., Ciszewska M., Kuśmierz A., *Strategie szpitali w warunkach reformy*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 2004.
- Ostrowski T., Wdowiak L., *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 1.
- Penc J., *Menedżerowie w uczącej się organizacji*, „Przegląd Organizacji” 1999, nr 5.
- Pocztowski A., *Kierunki doskonalenia funkcji personalnej przedsiębiorstwa*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 823, Wydawnictwo AE, Wrocław 1996.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w teorii i praktyce*, „Humanizacja Pracy. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 1999, nr 1-2 (3-4).
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi wobec dotychczasowych doświadczeń i przyszłych wyzwań*, [w:] *Osiągnięcia i perspektywy nauk o zarządzaniu*, red. S. Lachiewicz, B. Nogalski, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Poździejch S., *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalium, Kraków 2001.
- Prywatny rynek zdrowia w Polsce*, http://www.ptmu.org.pl/pliki/ceecclam2008/rynek_uslug_medycznych_dr_marek_gorajek.pdf, 12.01.2012.
- Senge P.M., *Piąta dyscyplina. Teoria i praktyka organizacji uczących się*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1998.
- Strojny M., *Zarządzanie wiedzą. Ogólny zarys koncepcji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 2.
- Szpitala będą mogły leczyć odpłatnie*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m037613801&ms=376&ml=pl&mi=380&mx=0&mt=&my=788&ma=017606>, 17.01.2012.
- Ulrich D., *A New Mandate for Human Resources*, “Harvard Business Review” 1998, January-February.

- Wawrzyniak B., *Zarządzanie kapitałem ludzkim w przedsiębiorstwie*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2001, nr 304.
- Whiddatt S., Hollyforde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Zarządzanie kadrami*, red. T. Listwan, C.H. Beck, Warszawa 2006.
- Zarządzanie zasobami ludzkimi w procesach fuzji i przejęć*, red. A. Pochtowski, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.
- Ziębicki B., *Tworzenie organizacji inteligentnych*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2000, nr 8.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, DzU 2001, nr 142, poz. 1591, tekst jedn., z późn. zm.
- Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1990, nr 34, poz. 196, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, poz. 408, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, DzU 2002, nr 171, poz. 1397, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, DzU 1998, nr 133, poz. 872, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 391, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

THE INFLUENCE OF THE LEGISLATIVE CHANGES ON A PERSONNEL FUNCTION REALIZATION WITHIN THE HEALTH CARE ENTITIES

Summary: Health care sector in Poland have changed fundamentally during the last twenty years: competition is strong, private sector expanded and public sector is almost commercialized. The changes that occurred in the sector are mostly the result of legislation changes. In order to adjust to the changes a lot of healthcare providers implemented modern methods of management. However, these concern mostly strategic or financial aspects, when they should concern management of intangible assets, like human resources. Due to the fact, the article detects legislative changes in the sector in order to identify the challenges for personnel function performance. Additionally, it points out the model of personnel function performance which is suitable for the organizations concerning their environment, their traits and a characteristic of employees: the human capital model.

Keywords: health care sector, human resource management, human capital management.