

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

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

RESTRUKTURYZACJA W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA A ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

Streszczenie: Po roku 1989 w sektorze zdrowia w Polsce już kilkakrotnie przeprowadzano znaczące zmiany. Jednak dopiero w ostatnich latach tak duży nacisk położono na efektywne wykorzystywanie zarówno środków finansowych, jak i innych zasobów, w tym niematerialnych. Zmiany te zdeterminowały proces restrukturyzacji, sprzyjający optymalizacji zatrudnienia, a tym samym wpłynęły na dotychczasowy sposób i realizację procesu zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL) w sektorze. Niniejszy artykuł jest swoistym podsumowaniem dotychczasowych badań autorki w tym zakresie. Jego celem było dokonanie analizy i oceny zmian zachodzących w procesie ZZL w placówkach medycznych na przełomie ostatnich lat. Cel ten został osiągnięty przez scharakteryzowanie poszczególnych etapów tego procesu – zarówno jego prawidłowości, jak i niedoskonałości, co pozwoliło na sformułowanie wniosku końcowego – ocenę stanu obecnego.

Słowa kluczowe: zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZL), kadry medyczne, szkolenie pracowników, oceny pracownicze.

1. Wstęp

W ostatnich latach sektor zdrowia nie tylko w Polsce, ale i na świecie poddawany jest ciągłej presji zmian. Powodowane jest to zarówno przewidywanym wzrostem potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej (będącym wynikiem zmian demograficznych – starzejących się społeczeństw), jak i pogłębiających się deficytów kadr medycznych oraz rosnącej świadomości pacjentów – klientów, ich wymagań w kontekście jakości świadczonych usług zdrowotnych [Buchelt, *Perspektywa...* 2011, s. 349]. W Polsce proces ten został zainicjowany w latach 90. XX wieku wprowadzeniem znaczących dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej zmian legislacyjnych i trwa do dzisiaj. Przy dokonywaniu tych zmian w sektorze zdrowia ważne są również: dynamika ich przeprowadzania, trwałość i zakres. Analizując sektor zdrowia w Polsce na przełomie ostatnich dwóch dekad, można by sklasyfikować kilka rodzajów zmian (w zależności od przyjmowanego kryterium), takich jak: transformacyjne, reorganizacyjne, adaptacyjne, innowacyjne, technologiczne, strukturalne [Jończyk 2008, s. 55-58]. Niestety zmiany dotyczące zasobów ludzkich są niewystarczające. Ograniczają się do zmian w stanie i strukturze zatrudnienia i nie uwzględniają pozio-

mu jakości zarządzania zasobami ludzkimi, co może dziwić przy założeniu, że to pracownicy są najcenniejszym zasobem każdej organizacji [Buchelt, *Strategiczna...* 2011, s. 73; Włodarczyk, Domagała 2011, s. 28; Listwan 2010, s. 23-24; Moczyłowska 2010, s. 7]. Przyczyną tego może być nadmierna koncentracja w procesie zarządczym na kwestiach natury materialnej, a brak zadawalających efektów w tym zakresie powoduje koncentrację na zarządzaniu kapitałem niematerialnym. Skutkiem marginalizowania tej tematyki jest stosunkowo niewiele publikacji na temat zarządzania sektorem zdrowia w Polsce, które charakteryzowałyby zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZL). Skłoniło to autorkę do podjęcia badań w tym zakresie.

Za cel poniższego opracowania przyjęto dokonanie analizy i oceny zmian zachodzących w procesie ZZL w placówkach medycznych na przełomie ostatnich lat. W chwili podejmowania badań autorka dotarła tylko do jednego procesu badawczego, który w sposób kompleksowy diagnozował ZZL w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w okresie po wprowadzeniu zmian systemowych (badania Jończyk, przeprowadzone dwuetapowo w latach 2003-2006) [Jończyk 2008, s. 117-172]. Dlatego też stał się on decydującym kryterium w wyborze obszarów badawczych w pracach autorki, mających miejsce już po upublicznieniu wyników badań poprzedniczki. Tym samym umożliwiło to dokonanie analizy porównawczej zachodzących w ostatnich latach zmian w ZZL, ich oceny, ale również stworzyło możliwość wskazania pewnych ich tendencji.

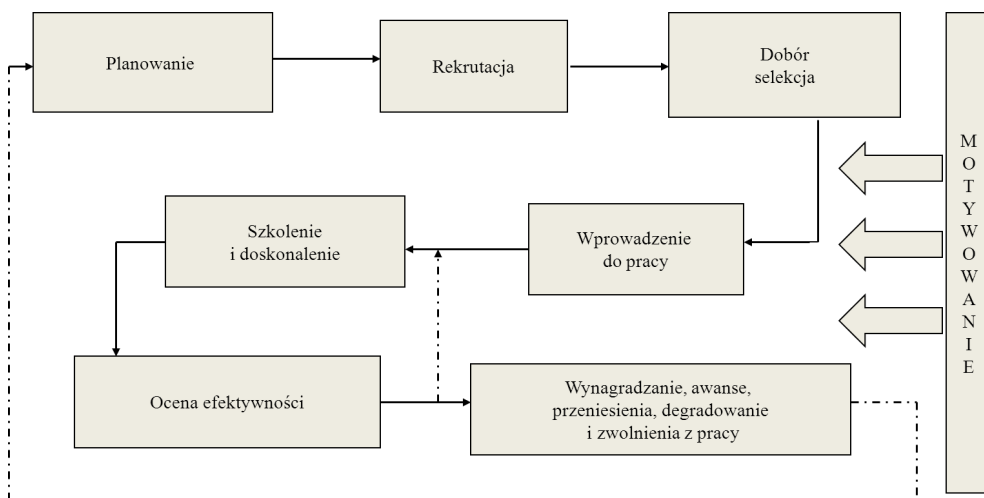
2. Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a ZZL

– podstawy definicyjne

Jak już wcześniej zauważono, zmiany organizacyjne mogą przybierać różne formy. Z uwagi na to, iż analizie poddano ostatnie lata, warto w tym miejscu przywołać klasyfikację zmian zaproponowaną przez Z. Mikołajczyk [Mikołajczyk 2003, s. 16-20], w której obok transformacji i reorganizacji wyodrębniono restrukturyzację, w najprostszy sposób zdefiniowaną jako „silną zmianę w sposobie funkcjonowania organizacji” [Kautsch 2010, s. 429], różniącą się od zwykłej zmiany kilkoma cechami: powodem jej zaistnienia, obszarem, złożonością i wielowymiarowością procesu, celem oraz skalą [Kautsch 2010, s. 429-430]. Jak silny związek ma restrukturyzacja z ZZL, niezależnie od jej rodzaju, wskazuje fakt, iż początek tego procesu zawsze następuje w świadomości każdego z uczestników procesu zarządczego, a zatem tak w świadomości zarządzających, jak i zarządzanych. Ponieważ przedmiotem analizy było oddziaływanie zmian restrukturyzacyjnych na proces ZZL w sektorze zdrowia, warto podkreślić, iż każda „restrukturyzacja jest przedsięwzięciem typu coś – za coś” [Mikietyński 2008, s. 148]. Wprowadzony w 2011 r. rządowy pakiet ustaw zdrowotnych przyczyni się do wprowadzenia restrukturyzacji: podmiotowej, przedmiotowej, naprawczej, rozwojowej, finansowej, własnościowej, operacyjnej [Skalik 2011, s. 29-30; *Encyklopedia zarządzania...*], a tym samym znacząco wpłynie na proces ZZL. W Polsce restrukturyzacja w kontekście ZZL kojarzona jest dość jednoznacznie, jedynie z redukcją zatrudnienia. Samo słowo z reguły budzi niechęć i opór ze strony pra-

owników oraz struktur związkowych. W sektorze zdrowia najbardziej radykalne zmiany tego typu zostały już przeprowadzone. Obecne lub te, których należałoby się spodziewać, będą miały związek przede wszystkim z przekształceniami własnościowymi [Oleksyn 2008, s. 188-201]. Tym samym w obszarze zasobów ludzkich powinny one dotyczyć głównie zmian jakościowych w ZZL. Również dlatego, że ZZL w sektorze ochrony zdrowia to przede wszystkim przedstawiciele zawodów medycznych, a już w chwili obecnej na terenie kraju odnotowuje się ich niedobory. Powinno to skłaniać do planowania i podejmowania działań mających na celu zmianę sposobu ZZL w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia. Pamiętać przy tym należy, że „restrukturyzacja zatrudnienia, to zamierzone działanie, polegające na dokonywaniu w określonym czasie ważnych zmian w obszarze zasobów ludzkich, mające na celu dostosowanie posiadanego potencjału pracowniczego do potrzeb organizacji działającej w bardzo konkurencyjnym otoczeniu” [Bieryło 2005].

W poniższym opracowaniu ilekroć była mowa o zasobach ludzkich, autorka miała na uwadze pracowników zatrudnionych w sektorze zdrowia, pamiętając, iż pojęcie zasobów ludzkich obejmuje „pracowników wraz z ich wykształceniem, doświadczeniem, kwalifikacjami zawodowymi, wykonywaną pracą, stosunkami międzyludzkimi i umiejętnościami porozumiewania się” [Król 2006, s. 51-54]. Ponadto dla usystematyzowania pracy badawczej przyjęto następującą definicję procesu ZZL: „ogół działań związanych z dysponowaniem posiadanymi zasobami ludzkimi przez daną organizację, podejmowanych dla osiągnięcia jej celów, którym nadaje się strategiczne znaczenie” [Golnau 2010, s. 11]. Proces ten obejmuje wiele podstawowych czynności, które zilustrowano na rysunku 1.



Rys. 1. Proces ZZL

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Stoner i in. 2001, s. 368].

Z uwagi na ograniczone możliwości objętości pracy autorka w tej części zdefiniowała podstawowe pojęcia związane z tematyką opracowania, ograniczając je do niezbędnego minimum, pozwalającego czytelnikowi płynnie przejść do części omawiającej wyniki badań własnych.

3. Zmiany w ZZL w okresie restrukturyzacji – wnioski z badań własnych

Badania nad tematyką ZZL w sektorze zdrowia autorka podjęła w 2001 r., ograniczając je wówczas jedynie do tematyki związanej z motywowaniem pielęgniarek/pielęgniarzy czynnych zawodowo; corocznie w badaniach tych uczestniczyło ok. 150 osób. Kolejnym etapem były badania zrealizowane w 2007 r. w grupie pielęgniarskiej, dotyczące występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy oraz zadowolenia z wykonywanej pracy. Łącznie przebadano wówczas ponad 1500 osób. W latach 2009-2011 prowadzone były badania wśród przedstawicieli dwóch najliczniej reprezentowanych grup zawodowych w sektorze zdrowia: lekarskiej i pielęgniarskiej. Łącznie w kolejnych etapach badań, dotyczących takich obszarów ZZL, jak: rekrutacja i selekcja, adaptacja zawodowa, szkolenie i doskonalenie zawodowe oraz oceny pracownicze, uczestniczyło ponad 1200 osób, w tym we wszystkich etapach/częściach sondażu diagnostycznego udział wzięło 285 osób, z czego lekarze stanowili 37,5% ogółu badanych (107 osób), a pielęgniarki/pielęgniarze 62,5% (178 osób). Dane metryczkowe, tj. forma własności zakładu pracy, wielkość podmiotu zatrudniającego, specjalności kliniczne badanych, staż pracy, forma zatrudnienia badanych, wykazują tendencję zbliżoną do wyników uzyskiwanych w całym sektorze ochrony zdrowia; zbliżonych rozkładów nie uzyskano jedynie w zakresie danych dotyczących poziomu wykształcenia w grupie pielęgniarek/pielęgniarzy, co zapewne spowodowane było sposobem doboru uczestników badania spośród osób biorących udział w różnego rodzaju formach instytucjonalnego kształcenia zawodowego (specjalizacje pielęgniarskie, studia drugiego stopnia – magisterskie, na kierunku pielęgniarstwo). Jako dominującą metodę przyjęto sondaż diagnostyczny, mający na celu zbadanie opinii przedstawicieli zawodów medycznych na temat realizacji w ich miejscach pracy poszczególnych etapów procesu ZZL; jako narzędzie sondażu wykorzystano kwestionariusze ankiet. Ponadto w opracowaniu posłużono się dotychczasowymi opracowaniami innych autorów, a także danymi statystycznymi GUS oraz samorządów zawodowych (lekarskich i pielęgniarskich) oraz własnymi kilkuletnimi obserwacjami autorki.

Dla zachowania przejrzystości w tej części opracowania autorka przywołała schemat przebiegu procesu ZZL (rys. 1), na podstawie którego w formie tabelarycznych zestawień (tab. 1-5) zaprezentowane zostaną wnioski z poszczególnych obszarów ZZL/etapów badań własnych.

Tabela 1. Planowanie ZL

Założenia teoretyczne	„Istotą planowania ZL jest pozyskanie odpowiednio licznego i kompetentnego personelu i utrzymanie go w długim czasie” [Kijowska 2010, s. 226].
Wnioski z badań innych autorów	Większość uczestniczących w badaniach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nie posiadała strategii ZZL [Buchelt, <i>Perspektywa...</i> 2011, s. 355], trudno zatem mówić o planowym i świadomym działaniu w zakresie planowania ZL czy całego procesu ZZL, a „funkcja personalna realizowana jest na poziomie administrowania” [Buchelt, <i>Strategiczna...</i> 2011, s. 76].
Wnioski z badań własnych autorki	Na poziomie krajowym i lokalnym dostrzeżenie potrzeby planowania kadr medycznych w różnego rodzaju dokumentach, jednak brak widocznych działań w celu realizacji zapisów w nich zawartych, co w konsekwencji prowadzi do pogłębiania się deficytów kadr medycznych na tle innych krajów UE. Na poziomie placówek zatrudniających uczestników badania jedynym przejawem działań z zakresu planowania ZL są sporządzane corocznie plany zatrudnienia, jednak dane w nich zawarte nader często odbiegają od rzeczowo i realnie określanych potrzeb i w zdecydowanej większości w późniejszym czasie nie są realizowane w praktyce [niepublikowany materiał badawczy autorki].

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Rekrutacja i selekcja (dobór pracowników)

Założenia teoretyczne	„To zespół działań podejmowanych w celu pozyskania spośród ogółu kandydatów do pracy osób, charakteryzujących się optymalnym zestawem cech i kompetencji” [Kijowska 2010, s. 231].
Wnioski z badań innych autorów	„Zmiany systemowe w ochronie zdrowia spowodowały, iż szpitale stanęły przed poważnym dylematem ograniczania kosztów [...] Skutkowało to niewielkim zainteresowaniem kwestią doboru pracowników. Nieliczne przypadki rekrutacji i selekcji kandydatów do zatrudnienia przeprowadzane były przez dyrektorów SPZOZ-ów i charakteryzowały się ubogą procedurą i minimalnym oprzyrządowaniem, nie wykraczającym poza wymuszoną prawnie formułę w tej sferze” [Jończyk 2008, s. 127-128]. „W żadnym z badanych szpitali w latach 1999-2003 nie opracowano także profili kandydatów, co również potwierdza marginalne podejście zarządzających do kwestii doboru personelu” [Jończyk 2008, s. 128]. W przypadku niepublicznych ZOZ-ów większość uczestniczących w badaniach podmiotów posiadała procedurę naboru i selekcji pracowników (32 na 54 uczestniczące) [Buchelt, <i>Perspektywa...</i> 2011, s. 356].
Wnioski z badań własnych	Ograniczenia kosztów powodują dalszy spadek zainteresowania kwestiami doboru pracowników. Nieliczne przejawy działań w tym zakresie, tj. ogłoszenia o wszczęciu rekrutacji, obarczone są niedoskonałością i często nie spełniają zadań przypisanych rekrutacji. Ponadto jednostkowo realizowane przypadki rekrutacji i selekcji kandydatów do zatrudnienia przeprowadzane były jedynie jako konsekwencja zapisów prawnie je regulujących (procedury konkursowe na stanowiska kierownicze w ZOZ-ach) i pozostawiały wiele do życzenia w kontekście ich profesjonalizacji. Dlatego też należałoby udoskonalić procesy rekrutacji pracowników, by zapewnić bardziej otwartą i sprawiedliwą rywalizację o stanowiska, a nabór na stanowiska kierownicze powinny odbywać się na podstawie konkursów [Kunecka, <i>Aspekty...</i> 2011, s. 378; Kunecka, Karakiewicz 2010, s. 170-171].

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Wprowadzenie do pracy (adaptacja społeczno-zawodowa)

Założenia teoretyczne	„Polega na wdrażaniu pracownika w proces i środowisko pracy w celu sprawnego funkcjonowania organizacyjnego i interpersonalnego w danej społeczności pracowniczej” [Kawka, Listwan 2010, s. 145].
Wnioski z badań innych autorów	W przypadku Niepublicznych ZOZ-ów większość uczestniczących w badaniach podmiotów posiadała procedurę adaptacji zawodowej (44 na 54 jednostki, przy czym proces ten sformalizowano w 15) [Buchelt, <i>Perspektywa...</i> 2011, s. 356].
Wnioski z badań własnych	W zawodach medycznych kryterium rozstrzygającym w kontekście warunków prawidłowo przebiegającej adaptacji zawodowej może okazać się zapis ustawy regulującej brak konieczności odbycia stażu przez absolwenta pielęgniarstwa, a od 2011 r. również kierunku lekarskiego. Pogłębieniu się sytuacji niekorzystnych w tym zakresie może sprzyjać największy odsetek tzw. krótkotrwałych stosunków pracy (miesięczne, trzymiesięczne umowy o pracę, umowy zlecenia) w grupie osób z najkrótszym stażem pracy lub absolwentów. Ponadto zdecydowana większość badanych wskazała brak opiekuna – mentora w okresie wdrażania się do pracy na danym stanowisku pracy [niepublikowany materiał badawczy autorki].

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Szkolenie i doskonalenie pracowników

Założenia teoretyczne	Istotą procesu jest zmienianie i/lub podnoszenie kwalifikacji pracowników, ukierunkowane na dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy [Suchodolski 2010, s. 220].
Wnioski z badań innych autorów	„Wyniki badań wskazują na znaczące zaangażowanie szpitali w zakresie rozwoju zatrudnionego personelu”. W ok. jednej trzeciej szpitali brak jest co prawda systemu szkoleń, ale działania te odbywają się okazjonalnie; cztery jednostki charakteryzowały się w zakresie polityki szkoleniowej systemem uwzględniającym wszystkie elementy systemu szkoleń [Jończyk 2008, s. 142]. W przypadku Niepublicznych ZOZ-ów większość uczestniczących w badaniach podmiotów planowała szkolenia pracowników (34 na 54, przy czym sformalizowano ten proces w 15) [Buchelt, <i>Perspektywa...</i> 2011, s. 356].
Wnioski z badań własnych	W grupie pielęgniarskiej: „Analiza materiału badawczego pozwoliła stwierdzić, iż: w miejscach pracy badanych brak jest polityki szkoleniowej, co może przynieść katastrofalne skutki dla całego systemu ochrony zdrowia; w zakresie rozwoju potencjału pracy w sektorze zdrowia winny być podjęte działania na poziomie ogólnokrajowym, obecnie ciężar rozwoju potencjału pracy w badanej grupie spoczywa przede wszystkim na pracowniku” [Kunecka, <i>Rozwój...</i> 2011, s. 116]. Ponadto warto przywołać tutaj kilka danych: na pytanie, czy zakład pracy w jakikolwiek sposób uczestniczy czy uczestniczył w rozwoju pracownika, prawie co drugi respondent odpowiedział przecząco [Kunecka, <i>Rozwój...</i> 2011, s. 112], a przy wyborze profilu szkolenia zdecydowana większość (85,18%) badanych kierowała się własnymi zainteresowaniami i potrzebami [Kunecka, <i>Rozwój...</i> 2011, s. 113]. Wcześniejsze badania autorki (z 2010 r.), przeprowadzone w obu grupach zawodowych (lekarskiej i pielęgniarskiej), dowiodły, że tylko co piąty uczestnik udzielił odpowiedzi twierdzącej na pytanie: czy zakład pracy kładzie nacisk na kształcenie ustawiczne. Co czwarty respondent odpowiedział twierdząco na pytanie, czy zakład pracy w jakikolwiek sposób uczestniczy w rozwoju pracownika, podkreślając przy tym, że istnieją dysproporcje pomiędzy grupami zawodowymi w tym obszarze ZZL (nieco lepsze traktowanie grupy lekarskiej dostrzegli przedstawiciele obu grup zawodowych). Ponadto warto podkreślić, że opinie zdecydowanie bardziej krytyczne na temat braku wsparcia ze strony zakładu pracy padały ze strony przedstawicieli grupy lekarskiej. Z analizy wyników mógłby wyniknąć następujący wniosek: jeśli zakład pracy nie przeszkadza pracownikowi w rozwoju, to można uznać, że jest dobrze, przy czym tak skrajne opinie występowały zazwyczaj wśród przedstawicieli dużych, publicznych jednostek opieki zdrowotnej [niepublikowany materiał badawczy autorki – dysertacja MBA].

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Ocenianie pracowników i konsekwencje oceny (w tym wynagradzanie)

Założenia teoretyczne	To nieodłączny element polityki personalnej, pozwalający zweryfikować trafność dotychczasowych decyzji (doboru, szkoleń), jak również dający podstawę do podjęcia kolejnych (wynagradzania, awansowania) [Kijowska 2010, s. 241-242].
Wnioski z badań innych autorów	<p>„Przeprowadzone badania dowodzą, że w okresie 1999-2004 tylko w jednej z badanych placówek sformalizowano system oceniania, natomiast trzy placówki zadeklarowały istnienie niesformalizowanych zasad i narzędzi oceniania. W pozostałych szpitalach (9 spośród 13 badanych) system oceniania sprowadzał się do przypadkowej rozmowy pracownika z bezpośrednim przełożonym, najczęściej przy wydawaniu wszelkiego rodzaju opinii, ocen zawodowych”; „W żadnym szpitalu nie stworzono kompleksowego systemu oceny personelu” [Jończyk 2008, s. 134, 176].</p> <p>W niepublicznych ZOZ-ach większość badanych podmiotów posiadała procedurę oceny pracowniczej (29 na 54, przy czym proces ten sformalizowano w 14). Ponadto większość respondentów (28 spośród 54) posiadała dostosowane do własnych potrzeb rozwiązania w zakresie wynagrodzeń pracowniczych [Buchelt, <i>Perspektywa...</i> 2011, s. 356].</p>
Wnioski z badań własnych	<p>Z uwagi na znaczenie ocen w procesie ZZL należy uznać, że najistotniejszym błędem jest tu brak oceny formalnej (żadnej ocenie nie zostało poddanych 47,9% badanych). Wiele wątpliwości rodzi również subiektywizm ocen (jednostronnie były one przeprowadzane w odniesieniu do 56% poddanych formalnej ocenie). Kolejnym istotnym elementem ocen pracowniczych były rozmowy (brak u prawie co drugiego respondenta poddanego ocenie pracowniczej; jedynie 4% odbyło rozmowę w formie dyskusji). Z analiz statystycznych wyników badań autorki wnioskować można ponadto, że częściej oceny mają miejsce w dużych placówkach (zatrudniających ponad 300 pracowników), publicznych, ale zdecydowanie mniej błędów w procesie oceniania popełniają placówki niepubliczne. Można zatem stwierdzić, że w niepublicznych ZOZ-ach podejmuje się trud przeprowadzenia ocen pracowniczych jedynie wtedy, gdy jest to zasadne, a w placówkach publicznych niekiedy można zadawać sobie pytanie: po co właściwie ta ocena była, nie zdając sobie sprawy z konsekwencji, jakie niesie każda ocena. „Wyniki badań i analiz w tym zakresie skłoniły autorkę do sformułowania następującego wniosku: skala występowania błędów w procesie ocen pracowniczych świadczyć może o: niezajomości roli.” jaką odgrywa prawidłowo przeprowadzona ocena pracownicza w procesie ZZL wśród osób zarządzających zespołami oraz deficycie umiejętności przede wszystkim interpersonalnych, niezbędnych do sprawnego jej realizowania” [Kunecka, <i>Błędy...</i> 2011, s. 183-187]. Ponieważ autorka nie badała wynagradzania pracowników jako osobnego obszaru, to jednak warto w tym miejscu przywołać jeden z wniosków płynących z badania satysfakcji finansowej w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy: „Mimo powszechnej opinii na temat braku satysfakcji finansowej, co czwarta badana osoba uznała, iż jest zadowolona ze swojego wynagrodzenia” [Kunecka, <i>Satysfakcja...</i> 2011, s. 51] – to mniej więcej tyle samo, co niezadowolonych w tej grupie zawodowej z możliwości awansu, a raczej jego braku [Kunecka, <i>Satysfakcja...</i>, s. 48]. Ponadto warto podkreślić, że ma to istotny statystycznie związek z formą zatrudnienia badanych, gdyż większy odsetek osób zadowolonych z wynagrodzenia odnotowano wśród zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej [Kunecka, <i>Satysfakcja...</i>, s. 48].</p>

Źródło: opracowanie własne.

Uważny czytelnik zauważył zapewne, iż autorka nie omówiła obszaru motywowania, który „Polega na wpływaniu (pobudzaniu, stymulowaniu) na zachowanie człowieka za pośrednictwem określonych bodźców, które przekształcają się w motywy (pobudki) skłaniające do działania” [Kozłowski 2010, s. 14], w dużej mierze warunkującego powodzenie ZZL w każdej organizacji. Złożyło się na to kilka czynników:

- brak analizy tego obszaru w badaniach autorów, z którymi dokonywano porównań w zakresie realizacji procesu ZZL w sektorze zdrowia;
- brak zasadności analizowania tego obszaru w oderwaniu od innych, tj. oceny pracownicze, szkolenie i doskonalenie czy dobór pracowników.

Ponadto nie bez znaczenia była złożoność procesu, a tym samym trudności metodologiczne i organizacyjne z późniejszym wykonaniem tej części badań w grupie lekarskiej. Dlatego też w fazie planowania procesu badawczego autorka ich nie przewidywała. W tym miejscu zaprezentowane zostaną jedynie wnioski z dotychczasowych badań, prowadzonych w grupie pielęgniarskiej w ciągu ostatnich 10 lat. Uzyskane wyniki świadczą o tym, iż w ostatnich latach na motywację badanych pielęgniarek/pielęgniarzy w największym stopniu wpływ miała i ma potrzeba przyrzeczności. Wśród czynników motywujących w nieco mniejszym stopniu zaobserwowano w ostatnich dwóch latach istotne różnice w porównaniu z latami wcześniejszymi. Dotychczas osoby o stosunkowo krótkim stażu wskazywały na potrzebę uznania, a osoby o dłuższym doświadczeniu zawodowym na potrzebę samorealizacji, a zatem w obu przypadkach były to potrzeby wyższego rzędu. Jednak w grupie osób z dłuższym stażem, a tym samym z ugruntowaną już pozycją zawodową, wskazywano również na potrzebę bezpieczeństwa, co świadczy o braku jej zaspokajania na odpowiednim poziomie. Może to przełożyć się na obniżenie czy nawet brak satysfakcji zawodowej w tej grupie badanych, a tym samym wywołać poważne konsekwencje dla całego zespołu pracowniczego. Zdaniem autorki głównych przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać przede wszystkim w dotychczasowych błędach organizacyjnych, polegających na nieuzasadnionych w wielu przypadkach zmianach form zatrudnienia badanych osób, warunkowanych jedynie korzyściami pracodawcy. Obserwacje procesów związanych z motywowaniem w grupie pielęgniarskiej skłaniają ponadto autorkę do wniosku, iż trudno w chwili obecnej mówić o systemie motywacyjnym w tej grupie zawodowej. Jego tworzenie w grupach zawodów medycznych może okazać się szczególnie trudne, chociażby ze względu na swoisty paradoks, wynikający z asymetrii motywacji (pacjentowi zależy na tym, aby wyzdrowieć, a medykowi, aby go leczyć).

Podjmując badania, autorka zakładała, iż zbieżność obszaru badawczego z innymi autorami umożliwi dokonanie analizy porównawczej i pozwoli na określenie kierunków zmian w ZZL w sektorze zdrowia, co przedstawiono w tabeli 6.

Z danych przedstawionych w tabeli 6. wynika, iż na przestrzeni ostatnich 10 lat w ZZL w sektorze zdrowia w Polsce nie odnotowano znaczących zmian, przynaj-

Tabela 6. Analiza porównawcza wybranych obszarów ZZL w sektorze zdrowia

Autor Obszar ZZL	Badania Jończyk (SP ZOZ, badania zakończone w 2006 r.)	Badania Buchelt (NZOZ, badania zakończone w 2009 r.)	Badania własne (SP ZOZ i NZOZ, badania zakończone w 2011 r.)
Rekrutacja, selekcja – dobór pracowników	Brak znaczących zmian po roku 1999, brak działań z tego obszaru	Większość posiada procedurę doboru, ale dominują procedury nieformalne	Ograniczanie do niezbędnego minimum (wymóg prawny – liczne błędy)
Szkolenie i doskonalenie pracowników	Priorytetowe w ZZL, ale trudności w realizacji – koszty	Zdecydowana większość planuje szkolenia, 15 na 54 sformalizowało	Priorytetowe, ale nader często jedynie w teorii, brak działań wspierających
Ocenianie pracowników	Brak kompleksowych systemów ocen, jednostkowo formalne oceny pracownicze	Większość posiada procedurę oceny pracowniczej, 14 na 54 sformalizowało	SP ZOZ (często, ale z licznymi błędami) NZOZ (rzadziej, ale wówczas prawidłowo)

Źródło: opracowanie własne.

mniej w obszarach uwzględnionych w analizie porównawczej. Ten swoisty *constans* może być odczytywany w dwojaki sposób:

- nie jest gorzej, a więc należałoby go przyjąć jako zadowalający;
- nie jest lepiej, a zatem należałoby uznać, iż nie jest to stan optymalny dla żadnej ze stron, i na początek podjąć dyskusję na temat przyczyn takiego stanu rzeczy.

Zdaniem autorki ten etap mają już za sobą zakłady niepubliczne, wśród których zdecydowana większość do realizacji działań związanych z ZZL podchodzi bardziej nowocześnie i kompleksowo, co zauważyła również B. Buchelt, badając te placówki [Buchelt, *Strategiczna...* 2011, s. 82]. Niekiedy odnosi się wrażenie, że podejmują one działania zarządcze dopiero wówczas, gdy mają poczucie ich doskonałego przygotowania w danym obszarze ZZL, co również potwierdziły badania autorki w obszarze ocen pracowniczych. W publicznych ZOZ-ach zmiany wprowadzane w ZZL mają na celu jedynie administrowanie pracownikami, i to na poziomie niezbędnego minimum, tak jak ma to miejsce w przypadku doboru pracowników czy wypełniania zapisów ustawowych o obowiązku kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek). Zarządzający teoretycznie mają świadomość znaczenia rozwoju pracowników dla każdej organizacji, jednak w działaniach liniowych zarządzających trudno w codziennych praktykach znaleźć odniesienia do pozytywnych przykładów. Potwierdziły to badania A. Frączkiewicz-Wronki i A. Austen, z których wynika, iż „podnoszenie kwalifikacji pracowników” znalazło się na ostatniej pozycji w hierarchii celów działania menedżera jednostki ochrony zdrowia [Frączkiewicz-Wronka, Austen 2011, s. 13]. Również w obszarze

ocen pracowniczych, jak pokazały doświadczenia autorki, podejmowane one są ze względu formalnego wymogu udokumentowania „procedury ocen”, dość często wykorzystywanej w sformalizowanych procesach certyfikacji jakości danej placówki, a nie dla potencjalnych korzyści, jakie wszystkie strony w nich uczestniczące mogłyby czerpać. Ponadto niepokojący wydaje się stan, w którym zarządzający podejmują decyzję o wprowadzaniu sformalizowanych procedur w zakresie ZZL, a jednocześnie nie są do nich dostatecznie przygotowani (niekiedy wręcz nie mają świadomości braku tego przygotowania). Może to determinować w niedalekiej przyszłości liczne błędy pojawiające się w każdym z tych obszarów ZZL. Prowadzą one zazwyczaj do frustracji pracowników, a w konsekwencji do braku satysfakcji zawodowej, pogorszenia się funkcjonowania w zespole pracowniczym czy wielu innych następstw, niekorzystnych dla funkcjonowania całej placówki.

4. Podsumowanie

Analiza zebranego materiału badawczego skłania autorkę do nader krytycznej oceny stanu ZZL w sektorze zdrowia w Polsce. To, co można zaobserwować w codziennych praktykach w poszczególnych placówkach, nadzwyczaj często bliższe jest przedmiotowemu niż podmiotowemu traktowaniu ludzi. W dużej mierze pracownicy postrzegani są przede wszystkim jako koszt działalności, a nie jej atut – cenny składnik aktywów, w który warto i należy inwestować [Buchelt 2011, s. 350]. Można jedynie zadać sobie pytanie, czy nie nadszedł już czas, aby wprowadzić rzeczywiste zmiany restrukturyzacyjne w ZZL, w myśl jednej z ich definicji, która mówi, że „musi być inaczej niż teraz, by była szansa na to, żeby było lepiej” [Kautsch 2010, s. 429]. Na podstawie analiz sformułowano następujący wniosek końcowy, będący jednocześnie oceną obecnego stanu ZZL w sektorze zdrowia:

Pomimo dość częstych, ale podejmowanych jednostkowo prób poprawy efektywności ZZL należy stwierdzić, iż obserwowane na przestrzeni ostatnich lat zmiany w sektorze zdrowia, będące wynikiem restrukturyzacji zatrudnienia, mogą przyczynić się do pogłębiania już obecnie istniejących znacznych deficytów w tym zakresie. Jako najistotniejsze kierunki dalszych działań należałoby wskazać:

- zmianę podejścia kadry zarządzającej do roli kapitału ludzkiego,
- strategiczną istotność ZZL w sektorze zdrowia,
- podejście systemowe w tym zakresie.

Najistotniejszą, a jednocześnie najtrudniejszą do osiągnięcia wydaje się zmiana mentalności ludzi zarówno zarządzających, jak i zarządzanych. To ona decydować będzie o dostrzeganiu potrzeby dalszych zmian w całym procesie ZZL. Umożliwi wyjście poza dość często prawnie wymuszone formuły zachowań w tym zakresie, a istotnym, jeśli nie koniecznym, czynnikiem ją wspierającym będą wysokie kwalifikacje naczelnej kadry zarządzającej.

Literatura

- Bieryło M., *Restrukturyzacja dostosowana do strategii rozwoju*, [w:] *Najlepsze praktyki zarządzania zasobami ludzkimi w Polsce*, red. A. Poczowski, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2004, <http://dyrektor.nf.pl/Artykul/5794/Restrukturyzacja-dostosowana-do-strategii-rozwoju/case-study-rekonwersja-zawodowa-restrukturyzacja>, 6.01.2012.
- Buchelt B., *Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Buchelt B., *Strategiczna istotność ZZL a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych ZOZ-ach*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2.
- Encyklopedia zarządzania*, hasło: Rodzaje restrukturyzacji, http://mfiles.pl/pl/index.php/Rodzaje_restrukturyzacji, 6.01.2012.
- Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2.
- Golnau W., *Zagadnienia wstępne*, [w:] *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, red. W. Golnau, M. Kalinowski, J. Litwin, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010.
- Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
- Kautsch M., *Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Kawka T., Listwan T., *Dobór pracowników*, [w:] *Zarządzanie kadrami*, red. T. Listwan, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Kijowska V., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Kozłowski W., *Zarządzanie motywacją pracowników*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010.
- Król H., *Podstawy koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi*, [w:] *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, red. H. Król, A. Ludwicyński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Kunecka D., *Aspekty etyczno-moralne konkursów na stanowiska kierownicze w jednostkach służby zdrowia*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Kunecka D., *Błędy w ocenianiu pracowników*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Wydawnictwo WSiZ w Olsztynie, Olsztyn 2011.
- Kunecka D., *Rozwój potencjału pracy w sektorze zdrowia na przykładzie personelu pielęgniarskiego*, „Studia i materiały PSZW w Bydgoszczy” 2011, nr 38.
- Kunecka D., *Satysfakcja finansowa w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarka w Polsce*, „Zeszyty Naukowe WSM LZDZ w Legnicy” 2011, nr 1.
- Kunecka D., Karakiewicz B., *Procedury konkursowe na stanowiska kierownicze w ZOZ-ach. Co dalej?*, „Studia i materiały PSZW w Bydgoszczy” 2010, nr 25.
- Listwan T., *Przedmiot, ewolucja i znaczenie zarządzania kadrami*, [w:] *Zarządzanie kadrami*, red. T. Listwan, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Mikietyński M., *Teoria i praktyka restrukturyzacji ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Mikołajczyk Z., *Zarządzanie procesem zmian w organizacjach*, Wydawnictwo GWSH w Katowicach, Katowice 2003.
- Moczyłowska J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.

- Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji, kanony, realia, kontrowersje*, Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków 2008.
- Skalik J., *Zarządzanie zmianami w organizacjach medycznych*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Wydawnictwo ABC, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001.
- Suchodolski A., *Rozwój i zarządzanie karierą pracowników*, [w:] *Zarządzanie kadrami*, red. T. Liśwan, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Włodarczyk W.C., Domagała A., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2.

RESTRUCTURING IN THE HEALTHCARE SECTOR AND HUMAN RESOURCE MANAGEMENT (HR)

Summary: After 1989 there have already been multiple changes in the healthcare sector in Poland. However, only in recent years, such a big emphasis was put on the effective use of both financial and other resources, including those intangible. Those changes determined the process of restructuring, fostering the optimisation of employment, and therefore they affected HR processes in the sector. The paper is a kind of recapitulation of author's previous research in this field. Its aim is an analysis and evaluation of changes in the HR processes in healthcare centres over the course of the last few years. This goal has been realized by characterizing every stage of the process – both its regularities as well as imperfections, which allowed to conclude the final thought – an assessment of the status quo.

Keywords: human resources management, medical cadres, employee's trainings, employee's evaluation.