

Joanna Jończyk

Diagnoza i ocena wybranych elementów zarządzania zasobami ludzkimi w publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹

W artykule przedstawiono diagnozę i ocenę wybranych elementów zarządzania zasobami ludzkimi w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Podejmując próbę oceny tych elementów, zwrócono uwagę również na problem wpływu czynników systemowych na kształtowanie zarządzania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Weryfikacji empirycznej dokonano na podstawie badań przeprowadzonych w latach 2003-2006 w województwie podlaskim.

Wprowadzenie

W wielu krajach na świecie systemy ochrony zdrowia podlegają coraz silniejszej presji otoczenia, które domaga się szybkiej i profesjonalnej opieki medycznej, przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad sprawności ekonomicznej [Saltman, Busse, 2001]. Z podobnymi procesami mamy do czynienia również w naszym kraju, szczególnie od 1999 r., kiedy nastąpiło wprowadzenie w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.]. Ustawa ta zasadniczo zmieniła warunki funkcjonowania szpitali, a tym samym zmodyfikowała krytyczne aspekty zarządzania, w tym zarządzania zasobami ludzkimi. Jak wynika z przeprowadzonych badań, zmiany, jakie zaszły w podejściu do zasobów ludzkich szpitali po reformie, są dalece niewystarczające. Sytuacja ta wydaje się być szczególnie niepokojąca w kontekście zwiększającej się emigracji polskiego personelu medycznego do innych krajów Unii Europejskiej, co z kolei w przyszłości może zagrażać sprawnej i skutecznej realizacji świadczeń medycznych.

1 Publikacja powstała na podstawie mojej książki pt. „Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej”, Difin, Warszawa, 2008.

Celem publikacji jest diagnoza i ocena wybranych elementów zarządzania zasobami ludzkimi w powiatowych szpitalach województwa podlaskiego w kilka lat po wprowadzeniu zmian systemowych w ochronie zdrowia.

Czynniki systemowe wpływające na zarządzanie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Transformacja z gospodarki centralnie sterowanej w wolnorynkową spowodowała, iż polski sektor ochrony zdrowia nie mógł pozostać obojętny na zmieniającą się rzeczywistość. Mimo licznych prób modyfikacji i usprawnień podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w latach 1990-1998 nie zdołano wyeliminować tak negatywnych zjawisk, jak: niski poziom finansowania systemu publicznej opieki zdrowotnej, ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych czy brak racjonalnego zarządzania zasobami (w tym zasobami ludzkimi) w organizacjach systemu. Wprowadzono wprawdzie w 1991 r. ustawę o zakładach opieki zdrowotnej [Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.], która pozwalała na dosyć samodzielne gospodarowanie zasobami finansowymi szpitali (do wysokości 70% oszczędzonych środków budżetowych), ale brak stosownych aktów wykonawczych uniemożliwiał formalne usamodzielnienie jednostek, co z kolei nie motywowało ich do efektywnego działania. Pierwsze samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ-y) zaczęły powstawać dopiero w 1996 r., po wejściu w życie odpowiednich przepisów prawnych. Znacząca większość publicznych szpitali uzyskiwała samodzielność na podstawie obligatoryjnych przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wprowadzonej w życie od 1 stycznia 1999 r. [Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.]. Ustawa ta umożliwiła szpitalom przede wszystkim samodzielne prowadzenie polityki personalnej, a także własną samodzielną gospodarkę finansową. Choć w praktyce samodzielność ta okazała się dość ograniczona (zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym SPZOZ-y zostały podporządkowane organom założycielskim), koncepcja ta okazała się znacznym osiągnięciem reformy w kierunku poprawy efektywności zarządzania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W latach 2000-2006 przeprowadzono w naszym kraju kilka projektów badawczych, których wyniki potwierdzają powyższą konstatację. Są to następujące prace badawcze:

1. „Organizacja i finansowanie szpitali w warunkach systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych”, badania przeprowadzone przez A. Sobczak z Zakładu Ekonomiki Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie na przełomie stycznia i lutego 2000 r. [Obłój, Ciszewska, Kuśmierz, 2004];
2. „Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie”, badania zrealizowane przez M. Kautscha, J. Klicha i W. Stylo – zespół z Instytutu Zdrowia Publicznego w Krakowie w okresie kwiecień-lipiec 2000 r. [Kautsch, Klich, Stylo, 2001];

3. „Opieka zdrowotna w Polsce po reformie; funkcjonowanie szpitali po wprowadzeniu reformy systemu opieki zdrowotnej” pod redakcją S. Golinowskiej, raport przygotowany przez Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE w 2001 r. [Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Sitek, Sowa, Sowada, Włodarczyk, 2002];
4. „Wpływ kontraktu menedżerskiego na zmiany zarządzania zakładami opieki zdrowotnej oraz poprawę ich funkcjonowania”, badania przeprowadzone na zlecenie MZ, przygotowane przez zespół badawczy związany z Instytutem Zdrowia Publicznego WOZ Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, M. Kautscha i J. Klicha. [Kautsch, Klich, Styło, Kopeć, Struś, Więckiewicz, 2001];
5. „Strategie adaptacji szpitali do reform systemu opieki zdrowotnej”, badania zrealizowane przez K. Obłoję, M. Ciszewską, A. Kuśmierza od października 2003 r. do czerwca 2004 w ramach grantu KBN 2H02D05623 [Obłój, Ciszewska, Kuśmierz, 2004];
6. „Analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zakładach opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest samorząd województwa dolnośląskiego”, badania zrealizowane przez Marcina Kautscha jesienią 2005 r. z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego we współpracy z School of Health & Related Research University of Sheffield [Kautsch, 2005];
7. „Strategiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – szpitalach – w kontekście emigracji personelu medycznego wyższego i średniego szczebla po wejściu Polski do Unii Europejskiej”, badania opracowane przez Beatę Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie od sierpnia do września 2006 r. w ramach projektu Health Cluster Net – Inicjatywa Wspólnotowa INTERREG III C [Buchelt-Nawara, 2006].

Wyniki tych badań, przy zachowaniu pewnej ostrożności (w badaniach tych stosowano różne metodologie), pozwalają na sformułowanie wspólnych wniosków dotyczących wpływu czynników systemowych na zarządzanie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Po pierwsze, reforma wymusiła na samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej cały szereg zmian przystosowawczych, a przede wszystkim, restrukturyzację i wdrożenie nowoczesnych metod i technik zarządzania w warunkach zmian (np. *outsourcing*). Po drugie, nastąpiła generalna profesjonalizacja zarządzania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej; niektóre z jednostek stosują wiele profesjonalnych narzędzi (strategia, analiza kosztów, systemy zbierania informacji). Po trzecie, szpitale po reformie w 1999 r. zachowują się coraz bardziej racjonalnie, nauczyły się reagować na sygnały otoczenia, ale dostosowują się często w nieoczekiwany przez twórców reformy sposób (np. zadłużanie szpitali, tworzenie prywatnych instytucji świadczących usługi na bazie infrastruktury publicznych jednostek służby zdrowia).

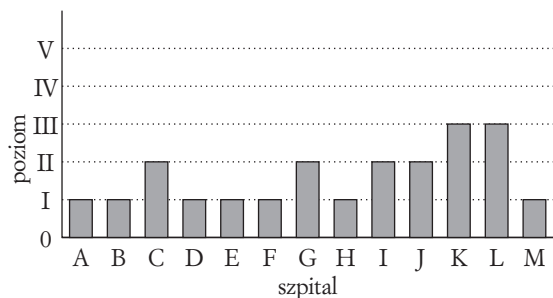
Wyniki powyższych prac badawczych pozwalają również na sformułowanie kilku stwierdzeń w odniesieniu do zarządzania zasobami ludzkimi w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Po pierwsze, w znaczącej większości SPZOZ-ów traktowanie personelu jako priorytetowego zasobu będącego źródłem skutecznego działania pozostaje niemalże wyłącznie w sferze deklaracji zarządzających szpitalami. Po drugie, w większości badanych SPZOZ-ów brak jest przejrzystej polityki personalnej. Po trzecie, zarządzający szpitalami rzadko podejmują się budowy systemu zarządzania zasobami ludzkimi będącego spójną konfiguracją celów i procedur dotyczących pozyskiwania i utrzymania personelu.

Podsumowując, można konstatować, że o ile czynniki systemowe wywierają pozytywny wpływ na ogólne zarządzanie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, o tyle największe niedostatki obserwuje się w zarządzaniu zasobami ludzkimi w tych jednostkach. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż zaniedbania w tej dziedzinie mogą mieć poważny wpływ na prawidłową realizację celów szpitali, stąd poprawa poziomu zarządzania zasobami ludzkimi powinna być pierwszoplanowym wyzwaniem dla zarządzających szpitalami. Warto tu przywołać doświadczenia brytyjskie, gdzie po wprowadzeniu reformy w systemie ochrony zdrowia nastąpiła zdecydowana zmiana w podejściu do zarządzania personelem ze strony menedżerów szpitali na rzecz zwiększania wydajności i jakości pracy, mającej bezpośredni wpływ na zdrowie, życie i samopoczucie osób korzystających z opieki zdrowotnej [Rigoli, Dussault, 2003]. Wydaje się, iż zmiany w zarządzaniu zasobami w polskich publicznych szpitalach powinny następować w podobnym kierunku. W następnej części publikacji podjęto próbę zdiagnozowania poziomu realizacji wybranych elementów zsz w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w kilka lat po wprowadzeniu w naszym kraju systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Poziom realizacji wybranych elementów zsz w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – wyniki badań empirycznych

Do podstawowych elementów zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej zalicza się: planowanie personelu, dobór (rekrutację i selekcję), motywowanie (w tym wynagrodzenia), ocenę, szkolenia, awansowanie, zwolnienia, warunki i stosunki pracy (w tym zbiorowe stosunki pracy). Ze względu na rozległość i złożoność tych zagadnień w publikacji ograniczono się do zdiagnozowania: doboru personelu, oceny, szkoleń i doskonalenia oraz awansowania personelu w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W celu zbadania tych elementów posłużono się kwestionariuszem, na podstawie którego przeprowadzono wywiady z zarządzającymi szpitalami w latach

Wykres 1. Poziom działań w obszarze doboru (rekrutacji i selekcji) personelu w badanych szpitalach



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

2003-2006. Badania zrealizowano w trzynastu samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa podlaskiego. Kwestionariusz badawczy obejmował pytania dotyczące realizacji poszczególnych elementów funkcji personalnej. Sformułowane pytania stanowiły główne kryteria identyfikacji i oceny poziomu realizacji poszczególnych elementów zsz w każdym szpitalu (tab. 1). Poziom ten określono w skali od najniższego (I poziom) do najwyższego (V poziom).

Empiryczna weryfikacja danych dotyczący doboru personelu wykazała, iż zaledwie dwa SPZOZ-y znalazły się na III poziomie realizacji tego procesu. Jako jedyne opracowały one procedurę rekrutacji i selekcji pracowników, wykorzystywały opisy stanowisk pracy oraz stosowały ogłoszenia i informacje ustne w procesie pozyskiwania personelu. Kolejne cztery szpitale znalazły się na II poziomie doboru, gdyż nie opracowały dokumentów wewnętrznych regulujących dobór kandydatów, choć czasem stosowały niektóre narzędzia rekrutacji czy selekcji kandydatów. Pozostałe jednostki oceniono na najniższym poziomie, gdyż nie podejmowały w badanym okresie żadnych działań ponad wymuszoną prawnie formułę doboru pracowników (wykres 1).

Działania szpitale, które jako jedyne podjęły próby sformalizowania i doskonalenia zasad prowadzenia rekrutacji w okresie wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia, skupiły się głównie na pozyskiwaniu kadr kierowniczych (ordynatorów, przełożonych pielęgniarek, pielęgniarek oddziałowych) i to w drodze konkursów. Ponadto z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż szpitale te w procesie rekrutacji kadr kierowniczych wykorzystują najczęściej analizę dokumentów i wywiady. Natomiast ponad połowa, bo aż siedem jednostek, nie widzi potrzeby tworzenia i doskonalenia wewnętrznych procedur rekrutacji indywidualnie dopasowywanych do sytuacji jednostki. Wydaje się, że małe zainteresowanie pozyskiwaniem pracowników w szpitalach w pierwszych latach po wprowadzeniu reformy związane jest z niekorzystną sytuacją ekonomiczną zakładów i wynikającą z niej restrukturyzacją zatrudnienia.

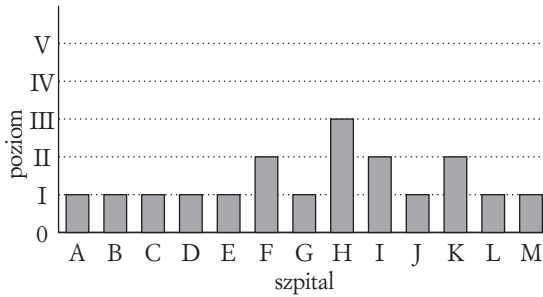
Tabela 1. Wzorcowca ocena poziomu realizacji wybranych elementów zarządzania zasobami ludzkimi

Elementy zsl	Poziom				
	I	II	III	IV	V
Dobór (rekrutacja i selekcja)	dobór pracowników przeprowadza się na podstawie przepisów prawa; nie stosuje się dodatkowych regulacji wewnętrznych	dokumenty wewnętrzne nie regulują zasad doboru, ale niektóre narzędzia doboru są stosowane nieformalnie	dokumenty wewnętrzne regulują zasady doboru i niektóre narzędzia doboru są ustalone i stosowane; narzędzia doboru wymagają udoskonalenia lub aktualizacji	dokumenty wewnętrzne regulują zasady doboru; większość narzędzi doboru dostosowanych do potrzeb jednostki jest wykorzystywana; pracownicy komórki kadr są informowani i szkoleni w stosowaniu obowiązujących procedur doboru	narzędzia doboru są stosowane, regularnie oceniane i doskonalone; obejmują proces rekrutacji i selekcji wszystkich kategorii pracowników
Ocena	ocena pracowników jest formułowana na podstawie uznaniowych decyzji kierownika	istnieją ogólne i niesformalizowane zasady i narzędzia oceniania pracowników	dokumenty wewnętrzne określają szczegółowo system oceny pracowników; stosowane wybrane narzędzia oceny pracowników wymagają usprawnienia; rezultaty oceny nie są wykorzystywane w zarządzaniu personelem	narzędzia oceny pracowników są dostosowane do potrzeb jednostki, wszyscy pracownicy są informowani i szkoleni w zakresie procedur oceny; rezultaty oceny nie są w pełni wykorzystywane w zarządzaniu personelem	stosowany jest spójny wewnętrznie, nowoczesny, regularnie weryfikowany i doskonalony system oceny wszystkich kategorii pracowników; rezultaty oceny wykorzystywane są w racjonalizacji zatrudnienia

Szkolenia i doskonalenie	nie prowadzi się szkoleń wewnętrznych ani zewnętrznych	brak systemu, ale szkolenia odbywają się w sposób okazjonalny	istnieje polityka szkoleniowa, ale realizowany system szkoleń nie uwzględnia celów i zasad tej polityki; system szkoleń uwzględnia 1 lub 2 elementy tej polityki spośród: planowanie szkoleń, ocena potrzeb szkoleniowych, realizacja szkoleń, ocena skuteczności szkoleń	istnieje system szkoleń spójny z celami i zasadami polityki szkoleniowej; system szkoleń uwzględnia 3 lub 4 elementy polityki szkoleniowej spośród: planowanie szkoleń, ocena potrzeb szkoleniowych, realizacja szkoleń, skuteczności szkoleń	istnieje i jest realizowana w pełnym zakresie całościowa polityka szkoleniowa: planowanie szkoleń, analiza potrzeb, realizacja, ocena efektywności szkoleń; polityka szkoleniowa jest regularnie oceniana i uaktualniana
Awans	brak jest zasad, kryteriów i procedur awansowania; każdy przypadek analizowany jest indywidualnie	istnieją ogólne, niesformalizowane zasady awansowania, stosowane niekonsekwentnie	formalnie obowiązują zasady i kryteria awansu, ale nie zawsze są one stosowane w praktyce	formalnie obowiązują zasady i kryteria awansu, które na ogół są stosowane w praktyce; pracownicy są informowani i szkoleni w zakresie zasad i kryteriów awansowania	istnieje spójny, przejrzysty i akceptowany przez pracowników system awansowania i rozwoju personelu, konsekwentnie realizowany w praktyce

Źródło: opracowanie własne

Wykres 2. Poziom działań w obszarze oceny pracowników w badanych szpitalach



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

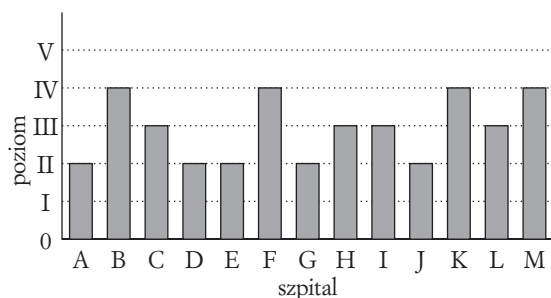
Reasumując, po wprowadzeniu w 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w SPZOZ-ach nie nastąpiły znaczące zmiany w procesach rekrutacji i selekcji personelu. Do nielicznych z nich należy zaliczyć przesunięcie źródła rekrutacji w kierunku większego wykorzystania wewnętrznego rynku pracy, wprowadzenie wymogów kwalifikacyjnych wobec personelu poprzez określenie poziomu i profilu wykształcenia oraz wymaganego stażu pracy, a także wprowadzenie formy konkursu na wybrane medyczne stanowiska kierownicze w SPZOZ-ach.

Kolejnym badanym elementem zarządzania zasobami ludzkimi były oceny pracownicze. Z uzyskanych danych wynika, iż znacząca większość, bo dziewięć zakładów, znajduje się na I poziomie realizacji oceny pracowniczej, trzy jednostki na II poziomie, a zaledwie jedna na III poziomie. Większość szpitali nie posiada sformalizowanego systemu oceny pracowników (wykres 2).

Zatem znaczenie i ranga procesów oceniania w szpitalach są niskie. Rysuje się jednak pewna pozytywna tendencja, gdyż w trakcie wywiadów menedżerowie deklarowali wprowadzenie takiego systemu w najbliższym czasie, a niektórzy z nich rozpoczęli już przygotowania do ich implementacji. Natomiast te spośród nielicznych jednostek, które przeprowadzają ocenę pracowniczą, robią to bez ustalania wyraźnych celów i kryteriów, nie mówiąc już o braku wykorzystania jej rezultatów w procesie zarządzania zasobami ludzkimi. Zatem z jednej strony menedżerowie deklarują potrzebę stosowania systemu ocen, przygotowują go lub już posiadają. Z drugiej natomiast nie rozumieją w pełni jego szczególnej roli w kształtowaniu polityki rekrutacji, zwolnień, przemieszczeń wewnątrz szpitali, wynagradzania czy w końcu planowania szkoleń i karier pracowniczych.

Podsumowując, przeprowadzane badania dotyczące oceny pracowniczej dowodzą, iż w żadnym szpitalu nie stworzono kompleksowego systemu oceny personelu. Generalnie oceny dokonywano w sposób przypadkowy, nieformalny (z wyjątkiem jednej placówki, która wprowadziła sformalizowany system oceniania), a wyniki oceny nie były w ogóle

Wykres 3. Poziom działań w obszarze szkoleń i doskonalenia pracowników w badanych szpitalach



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

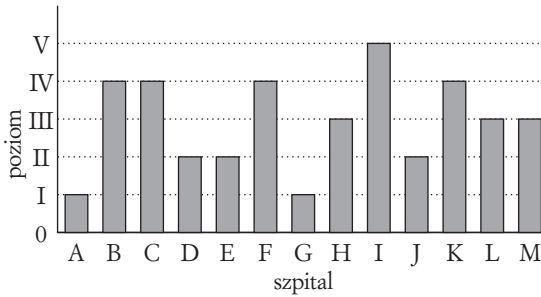
wykorzystywane. Pomimo to daje się zauważyć ogólny wzrost świadomości kadry zarządzającej, która coraz częściej dostrzega potrzebę oceniania pracowników, z drugiej jednak strony nieustannie obawia się skutków społecznych wdrożenia tego procesu.

Wyniki badań dotyczących poziomu realizacji szkoleń i doskonalenia personelu wskazują na znaczące zaangażowanie szpitali w tym obszarze. W pięciu szpitalach brak jest, co prawda, systemu szkoleń, ale działania te odbywają się w sposób okazjonalny (II poziom). W czterech jednostkach funkcjonuje polityka szkoleniowa, a w systemie szkoleń znajdują się: określenie potrzeb szkoleniowych i realizacji szkoleń (III poziom). Natomiast w 4 jednostkach istnieje system szkoleń spójny z celami i zasadami polityki szkoleniowej, uwzględniający prawie wszystkie elementy systemu szkoleń (IV poziom) (wykres 3).

Należy podkreślić, iż we wszystkich szpitalach menedżerowie doceniają rolę i znaczenie szkoleń oraz doskonalenia zawodowego, co jest niezmiernie ważne w warunkach nieustannych zmian zachodzących w otoczeniu jednostek w związku z przystosowaniem funkcji personalnej do tych zmian. Analiza otoczenia umożliwia naczelnej kadry kierowniczej, która jest odpowiedzialna za sterowanie zmianami, identyfikację standardów szkoleniowych istniejących w segmencie działania innych jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych oraz prowadzi do określenia obszarów, w których przeprowadzenie szkoleń jest najważniejsze i najpilniejsze. Ma to ogromne znaczenie w odniesieniu do pracowników medycznych, których wiedza i umiejętności bezpośrednio wpływają na jakość wykonywanych usług medycznych.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż z jednej strony działalność szkoleniowa w SPZOZ-ach miała większe znaczenie niż dobór pracowników czy ich ocenianie. Już sam fakt systemowego traktowania szkoleń wyraźnie wskazuje, iż szpitale w priorytetowym polu ważności sytuują problemy rozwoju pracowników, choć jest to wyjątkowo trudne w warunkach ograniczania kosztów. Z drugiej strony zmiany systemowe w ochronie zdrowia wymusiły potrzebę kształcenia kadr szpitali, szczególnie w takich obszarach, jak:

Wykres 4. Poziom działań w obszarze awansu pracowników w badanych szpitalach



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

finanse, zarządzanie czy marketing. Dodatkowym elementem mogło być również pojawienie się w jednostkach absolwentów uczelni o dobrym przygotowaniu merytorycznym i wymuszających na innych pracownikach udział w szkoleniach.

Ostatnim badanym elementem zarządzania zasobami ludzkimi w SPZOZ-ach było awansowanie personelu. Wyniki badań wskazują na znaczne zróżnicowanie w poziomach realizacji awansowania w poszczególnych szpitalach. Rozkład wyników jest następujący: dwie jednostki znajdują się na I poziomie, po trzy na II i III, cztery szpitale osiągnęły poziom IV, a jeden szpital – V (wykres 4). Można zauważyć, że ponad połowa szpitali posiada sformalizowany system awansowania, a prawie wszystkie jednostki znajdują się na etapie jego implementacji. Ponadto z wywiadów z naczelną kadłą kierowniczą wynika, iż w zakładach, w których stosowane są sformalizowane procedury awansowania, pracownicy są informowani i szkoleni w zakresie zasad i kryteriów awansowania. Wszystko to może świadczyć o wzroście świadomości kadry zarządzającej co do istoty i znaczenia awansowania w organizacji. Perspektywy realizowania awansów w szpitalach stanowią też często ważny motywator dla znacznej liczby personelu, co sprzyja zatrzymywaniu w jednostkach najbardziej wartościowych pracowników.

Jak wynika z powyższego, działania badanych szpitali w obszarze awansowania, podobnie jak w obszarze szkoleń i doskonalenia, były znacznie bardziej doceniane przez zarządzających niż rekrutacja i ocena pracownicza. Wydaje się, iż kadra zarządzająca szpitali rozumie konieczność awansowania pracowników szpitali, szczególnie kiedy personel zmuszony jest pracować w zmniejszonych zespołach z uwagi na liczne zwolnienia. Ponadto, awansowanie jest niejako wymuszone przez przepisy wyżej wskazywanego rozporządzenia. W efekcie ranga awansowania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej osiągnęła wyższy poziom zaawansowania niż działania w innych obszarach funkcji personalnej.

Podsumowanie

Oceniając poziom realizacji wybranych elementów zarządzania zasobami ludzkimi w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, iż jest on dość niski, szczególnie w odniesieniu do doboru i oceny pracowniczej. Trochę lepiej prezentują się obszary szkoleń i doskonalenia zawodowego oraz awansowanie personelu. Może to wynikać zarówno ze zwiększającej się świadomości zarządzających co do konieczności stałego rozwoju personelu, jak również z faktu obowiązkowych i niemalże ciągłych szkoleń specjalistycznych, szczególnie dla personelu medycznego. Generalnie należy stwierdzić, iż mimo podejmowania przez niektóre szpitale próby poprawy efektywności analizowanych procesów, obszary te są jeszcze wysoce zaniedbane.

Na zakończenie rozważań warto sformułować kilka wniosków dotyczących kierunków dalszych przeobrażeń w zarządzaniu zasobami ludzkimi w szpitalach. Nie jest to jednak łatwe, gdyż należałoby uwzględnić wszystkie wątki, np. rolę podsystemu motywowania, czy stosunków międzyludzkich w organizacji, które nie były przedmiotem badań do celów niniejszego opracowania. Ponadto upływ czasu dezaktualizuje nawet najtrafniejsze konstatacje. Upřednio warto podkreślić, iż państwa zachodnie, za którymi staramy się podążać, rozwiązały już wiele problemów zarządzania zasobami ludzkimi trapiących obecnie polskie szpitale. Doświadczenia brytyjskie pokazują, że po wprowadzeniu rynku wewnętrznego w tym sektorze nastąpiły duże zmiany w zarządzaniu szpitalami, w tym w zarządzaniu zasobami ludzkimi tych jednostek. Czynniki systemowe wymusiły na nich konieczność racjonalnego i efektywnego zarządzania. W wielu wypadkach wprowadzanie zmian rozpoczynano od dokonywania redukcji w zasobach ludzkich szpitali. Ale niemalże jednocześnie wprowadzano zmiany polegające na usprawnieniu procesów rekrutacji, systemu oceniania pracowników, systemu szkoleń i doskonalenia zawodowego czy bezpieczeństwa pracy. Podkreślenia wymaga fakt, iż obecnie w Wlk. Brytanii największym problemem jest rekrutacja kadr medycznych i ich zatrzymanie w szpitalach. Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest zwiększanie się rynku prywatnego, konkurującego o wykwalifikowany personel, a także wyjazdy pracowników do USA i Europy Zachodniej, gdzie bardziej ceni się personel medyczny. Z podobnym zjawiskiem mamy obecnie do czynienia w Polsce. Ministerstwo Zdrowia szacuje, iż do czerwca 2007 r. opuściło Polskę już około 5 procent lekarzy. Polscy lekarze najczęściej wyjeżdżają do Niemiec oraz Wlk. Brytanii. Wyjazdy te są poważnym problemem, ponieważ mogą doprowadzić do sytuacji, w której zabraknie specjalistów w niektórych dziedzinach. W wielu polskich szpitalach już brakuje m.in. anestezjologów, ortopedów czy też położników. Okazuje się, że emigrują najczęściej młodzi lekarze, jednak nie brakuje i starszego personelu z doświadczeniem. Bardzo często zdarza się, że młodzi lekarze po odbyciu stażu decydują się na wyjazd za granicę, gdzie oferuje im się znacznie wyższe zarobki i lepsze wa-

runki pracy. Problemem nie jest jednak sama liczba wyjeżdżających lekarzy, lecz fakt, że wyjeżdżają dobrze zapowiadający się specjaliści w średnim wieku, którzy nie planują szybkiego powrotu do Polski.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, jak i uzyskane wyniki badań, można konstatować, iż obecna sytuacja w polskich samodzielnych publicznych szpitalach spowodowana jest w znacznej mierze zaniedbaniami zarządzania personelem w tych jednostkach. Powstaje realne zagrożenie, iż w niedalekiej przyszłości szpitale te z będą miały poważne problemy zarówno z utrzymaniem kluczowych pracowników, jak i pozyskaniem nowych. Już teraz jesteśmy świadkami nasilających się strajków personelu medycznego. Dlatego konieczne jest, aby zarządzający w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej jak najszybciej podjęli trud poprawy zarządzania zasobami ludzkimi. Działanie te powinny iść w kierunku:

- nastawienia na przyszłość (proaktywność), tj. antycypację przyszłych zjawisk i trendów, nakreślenia pewnej perspektywy, wyrażającej się w nieustannym dostosowywaniu zarządzania zasobami ludzkimi do celów szpitali;
- systemowego podejścia, tj. ujęcia i powiązania wzajemnych podstawowych elementów zarządzania zasobami ludzkimi od rekrutacji i selekcji, poprzez ocenę, motywację, szkolenia i doskonalenie zawodowe oraz awansowanie, a nawet zwolnienia;
- podniesienia poziomu realizacji poszczególnych elementów zarządzania zasobami ludzkimi (poprzez sformalizowanie procesu i wprowadzenie nowoczesnych metod i narzędzi);
- stałego ulepszania i monitorowania stosowanych rozwiązań w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi.

Literatura

Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C. (2002), *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raport CASE nr 53/2002, Warszawa.

[http://bip.umwd.pl/fileadmin/user_upload/zdrowie/analiza_praktyk_zarzadczych_ZOZ_luty_2006.pdf], 2005.2007.

[http://www.malopolskie.pl/Pliki/2007/RaportUM_2.pdf], 20.05.2007.

Kautsch M., Klich J., Styło W. (2001), *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie*, Raport z badań, „Biblioteka Zdrowia Publicznego”, nr 7, Warszawa.

Kautsch M., Klich J., Styło W., Kopec B., Struś M., Więckiewicz M. (2002), *Zakłady opieki zdrowotnej: analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zależności od formy zatrudnienia dyrektora*, Raport dla MZ, Warszawa.

Oblój K., Ciszewska M., Kuśmier A. (2004), *Strategie szpitali w warunkach reform*, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa, s. 13.

Rigoli F., Dussault G. (2003), *The interface between Health sector reform and human resources in health*, „Human Resources for Health”,

[<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>], 20.03.2006 r.

Saltman R.B., Busse R. (2001), *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] Saltman R.B., Busse R., Mossialos E. (ed.), *Regulation entrepreneurial behavior in European health care systems*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, p. 14.

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.

J o a n n a J o Ń c z y k – doktor nauk ekonomicznych w zakresie nauk o zarządzaniu, pracownik Wydziału Zarządzania Politechniki Białostockiej. Absolwentka Wydziału Prawa Filii Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku oraz studiów podyplomowych „Zarządzanie ludźmi w firmie” w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego w Warszawie. Od 1998 r. zajmuje się problematyką zarządzania, a w szczególności zarządzania w sektorze ochrony zdrowia. Pracowała w Biurze Pełnomocnika Rządu ds. wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdzie w 2000 r. otrzymała dyplom uznania za szczególne zasługi w budowaniu od podstaw systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, determinację i poświęcenie w organizowaniu kas chorych. Specjalizuje się w dziedzinie zarządzania ogólnego i zarządzania zasobami ludzkimi. Jest autorką kilkunastu artykułów naukowych. W grudniu 2007 r. wydała książkę pt. „Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej”. Od kilku lat prowadzi prace badawcze dotyczące zachowań personelu w warunkach zmian organizacyjnych. Współpracuje z firmami szkoleniowymi i konsultingowymi jako trener i doradca. W latach 2006-2007 jako trener Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej prowadziła liczne szkolenia dla pracowników korpusu służby cywilnej.