

Joanna Zimmer

Politechnika Wroclawska

POLITYKA KADROWA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie: Artykuł poświęcony został tematyce zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej. Szczególną uwagę zwrócono w nim na problematykę związaną z doborem, ze szkoleniem i z doskonaleniem pracowników szpitali.

1. Wstęp

Współcześnie system ochrony zdrowia w Polsce i w wielu innych krajach podlega silnej presji otoczenia, które wymaga szybkiej i fachowej opieki medycznej z jednoczesnym przestrzeganiem zasad sprawności ekonomicznej. Sytuację tę dodatkowo spotęgowało włączenie Polski w struktury europejskie, co wymusiło na kierownictwie zakładów opieki zdrowotnej konieczność przeprowadzenia krytycznej analizy ich funkcjonowania oraz wprowadzenia niezbędnych zmian w zarządzaniu nimi. Obecny kryzys gospodarczy pogłębia ten stan i działa demotywująco na personel pracowniczy szpitali. Taka sytuacja jest szczególnie niekorzystna, gdyż świadczenia zdrowotne wymagają bardzo specjalistycznych umiejętności i szczególnego rodzaju profesjonalizmu. Przetrawanie i rozwój każdej organizacji zależą od sprawnego realizowania funkcji podstawowych, dlatego duże znaczenie ma właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi.

2. Istota zarządzania zasobami ludzkimi

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji związanych z administrowaniem personelem. Współcześnie coraz większą popularność zdobywa określenie *strategic human resources management* – strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi. Różnice w definiowaniu tego pojęcia wynikają głównie z przypisywanych przez autorów funkcji dotyczących tej formy zarządzania.

M. Armstrong uważa, iż zarządzanie zasobami ludzkimi jest strategicznym i spójnym podejściem do zarządzania najbardziej wartościowymi aktywami organizacji – pracującymi w niej ludźmi, którzy indywidualnie i zbiorowo przyczyniają się do osiągnięcia jej celów [Armstrong 2000, s. 15].

H. Król sądzi, że polityka kadrowa to system celów, zasad, metod i instrumentów oraz zespolonych z nimi działań nakierowanych na kształtowanie zespołów pracowniczych, sprzyjających sprawnemu funkcjonowaniu organizacji przy jednoczesnym spełnianiu indywidualnych potrzeb pracowników [Król 2002, s. 5].

Oba ujęcia powodują poszerzenie znaczenia zarządzania personelem oraz nadają mu strategicznego wymiaru, który może się przyczynić do poprawy efektywności organizacji.

Za kluczowe procesy zarządzania zasobami ludzkimi uznaje się [Jończyk 2008, s. 32]:

- dobór (rekrutację i selekcję) pracowników,
- ocenianie personelu,
- wynagradzanie pracowników,
- szkolenia i doskonalenie personelu,
- system awansowania pracowników,
- zwolnienia personelu.

Dobór pracowników powinien być poprzedzony ustaleniem liczby pracowników i kwalifikacji potrzebnych organizacji obecnie oraz w przyszłości. Podstawą do podjęcia działań rekrutacyjnych jest przygotowanie karty opisu stanowiska pracy i profilu kandydata na wakat. Natomiast selekcję kandydatów ułatwia zastosowanie różnorodnych technik np. *assessment center*. Ocena pracownicza powoduje ustalenie podstaw do zróżnicowania płac i uposażeń, uzyskania informacji na potrzeby szkolenia i motywowania pracowników, a przede wszystkim ocenę sprawności instrumentów polityki kadrowej. Odpowiednio dobrane wynagrodzenie motywuje i integruje pracowników, z kolei szkolenia i awanse mają za zadanie wzmocnienie zaangażowania personelu w sprawy organizacji, a w konsekwencji wpłynięcie na zwiększenie efektywności pracy. Proces zarządzania kadrami kończy się na zwolnieniu pracownika.

3. Reforma służby zdrowia

Dla zakładów opieki zdrowotnej zasadnicze znaczenie miała przeprowadzona w 1999 r. reforma służby zdrowia, a szczególnie wprowadzenie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ). Reforma ta spowodowała restrukturyzację zatrudnienia rozumianą jako „dostosowanie stanu i struktury zatrudnienia do potrzeb organizacji wynikających z funkcjonowania w turbulentnym otoczeniu” [Suszyński 2003, s. 147] oraz usamodzielnienie się tzw. płatnika oraz świadczeniodawcy.

Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wprowadziło wiele korzystnych zmian do systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności [Jończyk 2008, s. 32]:

- obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego prawie wszystkich obywateli,
- rozdzielenie płatnika i świadczeniodawcy,

- zapewnienie osobom ubezpieczonym bezpłatnego dostępu do wszystkich rodzajów usług zdrowotnych,
- wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego,
- kontraktowanie świadczeń zdrowotnych – po przeprowadzeniu konkursu ofert zawiera się umowy ze świadczeniodawcami,
- zniesienie rejonizacji, dzięki czemu ubezpieczeni uzyskali prawo wyboru oddziału NFZ oraz korzystania ze świadczeń wybranego przez siebie podmiotu.

Zakłady opieki zdrowotnej mają obecnie osobowość prawną, a także prowadzą własną politykę kadrową i płacową i samodzielną gospodarkę finansową. Reforma opieki zdrowotnej spowodowała zmiany w celach strategicznych, w sposobach ich osiągnięcia, w organizacji systemu i jego strukturze, a także w zasobach ludzkich.

4. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia powinny się również przyczynić do wprowadzania zmian w zarządzaniu personelem medycznym. Zakres i efekty tych działań zależą głównie od kadry kierowniczej szpitali, a przede wszystkim od jej przygotowania menedżerskiego.

Jednym z kluczowych procesów zarządzania zasobami ludzkimi jest dobór personelu, jednak obecnie główne problemy szpitali to zadłużenie oraz widmo prywatyzacji, dlatego szpitale stanęły przed poważnym dylematem ograniczania kosztów działalności. W pierwszej kolejności ograniczono koszty związane z zatrudnieniem, dlatego kwestia odpowiedniej rekrutacji i selekcji pracowników spotkała się z niewielkim zainteresowaniem.

Prowadząc studia literaturowe [Jończyk 2008, s. 127], można zauważyć, że nowi pracownicy medyczni zatrudniani są przez kierownictwo szpitali zgodnie z procedurą określaną przez ustawodawcę. Dobór pracowników odbywa się przede wszystkim na podstawie kwalifikacji określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. (DzU 1999 nr 30, poz. 300). Rozporządzenie to dokładnie określa, jakie kwalifikacje powinien mieć kandydat na dane stanowisko pracy w szpitalu. Dla niektórych grup pracowników powstały odrębne przepisy określające ich kwalifikacje, np. ustawa o zawodzie lekarza (DzU 2001 nr 21, poz. 204) oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU 2001 nr 57, poz. 602).

Odnosząc się do rekrutacji, można stwierdzić, iż kandydaci na dane stanowisko pochodzą z wewnętrznego rynku pracy, gdzie o wakacie dowiadywano się głównie za pomocą informacji ustnej. Taka sytuacja związana jest z niższymi kosztami naboru oraz ze skróceniem czasu procedur rekrutacyjnych. Daje ona również dotychczas zatrudnionym pracownikom możliwość rozwoju zawodowego stanowiącego istotny czynnik wzmacniający słabą motywację do pracy. Rekrutacja z zewnętrznych rynków pracy następuje w przypadku poszukiwania specjalistów o kwalifikacjach, których brakuje w wewnętrznych zasobach szpitali, np. finansistów lub informatyków.

Do stosowanych przez zakłady opieki zdrowotnej techniki selekcji można zaliczyć analizę dokumentów (kwestionariusza osobowego, życiorysu i listu motywacyjnego) oraz rozmowę kwalifikacyjną.

W przypadku selekcji pracowników na stanowiska kierownicze stosowano, zgodnie z ustawą (DzU 2000 nr 45, poz. 530), technikę doboru w formie konkursu. Do stanowisk objętych formą konkursu zalicza się:

1. Kierownika zakładu, z wyjątkiem kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej oraz kierownika szpitala klinicznego.

2. Zastępcę kierownika zakładu, w którym kierownik nie jest lekarzem.

3. Ordynatora.

4. Ordynatora – kierownika kliniki.

5. Ordynatora – kierownika oddziału klinicznego.

6. Naczelną pielęgniarkę.

7. Przełożoną pielęgniarek zakładu.

8. Pielęgniarki oddziałowe.

Cała procedura konkursowa określona jest przez ustawodawcę. Rozporządzenie wprowadzające konkurs miało na celu ujednoczenie zasad obsady najważniejszych stanowisk w szpitalu, a także wykluczenie tzw. zatrudniania po znajomości. Ustawodawca w rozporządzeniu wprowadził dwie zasady rekrutacji i selekcji kandydatów:

- zasadę otwartości, która obliuguje dyrektora szpitala do upowszechnienia informacji o wakatach na stanowisko kierownicze w szpitalu oraz w prasie o zasięgu ogólnokrajowym,
- zasadę demokratyczności procedur, która stwarza jednolite warunki dla wszystkich kandydatów na dane stanowisko.

Kandydat na wolne stanowisko pracy zostaje wybrany bezwzględną większością głosów w drodze tajnego głosowania.

Reasumując, etap doboru kluczowych pracowników zakładów opieki zdrowotnej jest w dużej mierze uregulowany przez rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej. Odnośnie do pozostałych stanowisk szpitale z reguły nie stosują dodatkowych wewnętrznych regulacji. Niejednokrotnie zdarza się, iż rekrutacja i selekcja odbywają się w sposób nieformalny, a pracownicy są pozyskiwaniu głównie z wewnętrznego rynku pracy. Sporządzenie wewnętrznych regulacji dotyczących doboru pracowników spowoduje wprowadzenie jednolitych zasad dla wszystkich kandydatów starających się o wakat.

Istotnym procesem w zarządzaniu personelem medycznym jest również ocenianie efektów ich pracy. Głównym celem procesu oceniania jest doprowadzenie do stanu, w którym pracownik ma świadomość dotyczącą stawianych przed nim wymagań i wyników, jakich oczekuje od niego kierownictwo. Mimo to w wielu przedsiębiorstwach systemy oceniania nie są sformalizowane, a proces oceniania sprowadza się głównie do rozmowy pracownika z przełożonym. Podobną sytuację można zauważyć w zakładach opieki zdrowotnej. Sformalizowany i wdrożony proces oceny pracowniczej ma kluczowe znaczenie w sytuacji coraz wyższych oczekiwań co do

jakości usług medycznych, ponieważ jasne kryteria oceny pracowników motywują do efektywniejszej pracy.

W razie niezadowolającej efektywności pracy pracownicy mogą zostać wysłani na szkolenia lub doskonalenie. „Jednym z najważniejszych warunków skutecznego funkcjonowania organizacji publicznej jest inwestowanie w personel” [Pocztowski 1996, s. 217]. W warunkach turbulentnego otoczenia szpitali kwalifikacje pracowników mają ogromnie znaczenie, a ciągły rozwój zatrudnionych oraz kształtowanie świadomości co do celów działania placówki decydują o jakości i efektywności usług zdrowotnych. Podnoszenie kwalifikacji personelu jest obecnie jednym z najważniejszych celów zarządzających zakładami opieki zdrowotnej.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych niektórych grup pracowniczych szpitali zostało uregulowane przez ustawodawcę. Taka sytuacja dotyczy głównie lekarzy i lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych w razie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (DzU 1997 nr 21, poz. 124) lekarz i lekarz stomatologii mogą uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu przeszkolenia i złożeniu egzaminu państwowego lub po uznaniu równoważnego tytułu specjalisty uzyskanego za granicą. Szczegółowe zasady i tryby uzyskiwania tytułu specjalisty określa rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej (DzU 1998 nr 161, poz. 1110). Ustawa ta umożliwi lekarzom doskonalenie zawodowe w formie kształcenia podyplomowego.

Kwestia podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki znalazła swoją regulację w umowach międzynarodowych. Główną umową jest w tym przypadku Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek (DzU 1996 nr 83, poz. 384). Zawarto w nim ogólne regulacje związane ze standardami szkolenia i kształcenia pielęgniarek, a także z nadzorem nad nauczaniem i doskonaleniem zawodowym. Jedną z najistotniejszych norm krajowych jest ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej (DzU 2001 nr 57, poz. 602), która umożliwi pielęgniarkom doskonalenie zawodowe w różnych formach kształcenia podyplomowego i jednocześnie obliguje je do systematycznego aktualizowania wiedzy. Szczegóły związane z zasadami i trybem odbywania takiego kształcenia określa rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej (DzU 1998 nr 161, poz. 1110).

Aby system szkolenia i doskonalenia zawodowego był skuteczny, zakłady opieki zdrowotnej powinny stosować wzorcową procedurę podnoszącą ich efektywność składającą się z pięciu etapów [Jończyk 2008, s. 137]:

- 1) analizy potrzeb szkoleniowych,
- 2) ustalenia planów szkoleń,
- 3) podjęcia decyzji o formie, metodach, czasie i miejscu szkolenia,
- 4) realizacji szkolenia,
- 5) oceny efektywności szkolenia.

Należy zaznaczyć, iż większość szpitali nie realizuje wszystkich etapów.

Na podstawie badań literaturowych można wnioskować również, że etap związany z ustaleniem potrzeb szkoleniowych jest najczęściej omijanym działaniem w

systemie szkoleń. Jeśli jest on realizowany, to zazwyczaj są to działania nieregularne; przeważnie mają charakter sporadyczny i dotyczą zaspokojenia bieżących potrzeb szkoleniowych.

Do podstawowych technik szkoleniowych wykorzystywanych w szpitalach w przypadku szkolenia na stanowisku pracy zalicza się konsultacje z przełożonym, przekazywanie doświadczeń oraz zastępstwa i instruktaż na stanowisku pracy, a także udział w pracach projektowych. Szkolenia poza stanowiskiem pracy obejmują głównie uczestnictwo w konferencjach, wkładach, seminariach, a także instruktaż komputerowy.

Jak można zauważyć, wśród wymienionych technik brakuje tych bardziej zaawansowanych (np. treningu psychologicznego), a co za tym idzie – bardziej kosztownych i czasochłonnych. Należy dodać, że szpitale znajdują się obecnie w trudnej sytuacji, gdyż skupiają się głównie na działaniach związanych z obniżką kosztów, w związku z tym unikają kosztownych szkoleń.

Ważnym elementem w polityce kadrowej ZOZ jest awansowanie i tworzenie ścieżek awansu pracowników. „Z perspektywy organizacji awansowanie i ścieżki awansowe pozwalają na lepsze usytuowanie pracownika w strukturze organizacyjnej oraz umożliwiają bardziej precyzyjne dopasowanie jego cech i możliwości do wymogów stawianych na danym stanowisku” [Jończyk 2008, s. 137]. Awanse pracowników w zakładach opieki zdrowotnej podlegają regulacjom wewnętrznym. Procedura awansowania w szpitalach składa się z następujących faz. Są nimi:

- 1) ocena potrzeb i możliwości szpitala związanych z awansem,
- 2) ocena sposobu wykonywania pracy kandydata do awansu na aktualnym stanowisku pracy,
- 3) porównanie i analiza kwalifikacji pracownika z wymaganiami stawianymi na nowym stanowisku,
- 4) rozmowa kandydata z przełożonym, informowanie go o planowanym awansie.

W zakładach opieki zdrowotnej podstawowym kryterium awansu jest wymóg dotyczący wykształcenia i stażu pracy określony we wcześniej opisanym rozporządzeniu ministra zdrowia. Ponadto w większości szpitali pracownicy są informowani i szkoleni w zakresie zasad i kryteriów awansowania.

Jak można zauważyć, działania zakładów opieki zdrowotnej w obszarze szkoleń, doskonalenia oraz awansowania były w większym stopniu doceniane przez kierownictwo niż rekrutacja i ocena pracownicza. Kadra zarządzająca doskonale rozumie potrzebę awansowania i szkolenia pracowników, szczególnie kiedy personel zmuszony jest pracować w zmniejszonych zespołach ze względu na liczne zwolnienia i perspektywę prywatyzacji.

5. Zakończenie

System opieki zdrowotnej w Polsce stoi przed dużym wyzwaniem, jakim jest kolejna reforma związana głównie z prywatyzacją. Znaczne obniżki kosztów zarządzania szpitalami oraz wyższe wynagrodzenia oferowane przez zakłady opieki zdrowotnej

z zagranicy spowodowały spadek zatrudnienia i strajki personelu medycznego. Odpowiednio realizowana funkcja personalna zniweluje migrację personelu do zagranicznych placówek ochrony zdrowia i przyczyni się do zmniejszenia obaw personelu względem prywatyzacji wynikających głównie z niewiedzy.

Literatura

- Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Wydawnicza, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000.
- Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, Strasburg z dnia 25 października 1967 r., DzU 1996 nr 83, poz. 384.
- Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008.
- Król H., *Szkice z zarządzania zasobami ludzkimi*, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2002.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Ossolineum, Kraków 1996.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych, DzU 1998 nr 161, poz. 1110.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu, DzU nr 115, poz. 749.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, DzU nr 31, poz. 302, z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 30, poz. 300.
- Suszyński C., *Restrukturyzacja, konsolidacja i globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, DzU 2001 nr 57, poz. 602.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, DzU nr 21, poz. 204.

HUMAN RESOURCE POLICY IN HEALTH CARE COMPANIES

Summary: The article deals with the problem of human resources management in health care companies. The particular attention is paid to the issues connected with the selection, coaching and improvement of hospitals employees. The article deals also with the problem of debts and the spectre of privatization which affects the decrease of costs of health care companies activity. First the costs connected with engagement have been decreased. Because of this the problem of good recruitment and adequate staff selection is not so important for health care companies management. The article describes the necessity of introducing uniform rules of staff selection which is not included in the ordinance of the Ministry of Health and Social Policy dated 19 August 1998. The recruitment and the selection usually takes place in an informal way, and the employees are usually recruited from the internal work market.