

Budowanie wizerunku pracodawcy w sektorze ochrony zdrowia

BEATA BUCHELT

Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Zmiany jakie miały miejsce w sektorze ochrony zdrowia w Polsce od początku lat 90. sprawiły, że podmioty świadczące usługi medyczne, zwłaszcza te publiczne, zaczęły adaptować w swoją bieżącą działalność nowoczesne metody i narzędzia zarządzania. Niestety metody i narzędzia związane z zarządzaniem kapitałem ludzkim zostały zepchnięte na margines zainteresowania kadr zarządzających, pomimo że kapitał ludzki – zwłaszcza w jednostkach świadczących usługi medyczne – stanowi kluczowe źródło pozyskiwania i utrzymywania przewagi konkurencyjnej. Mając na uwadze strategiczną istotność kwestii zarządzania kapitałem ludzkim w organizacjach działających w sektorze ochrony zdrowia oraz zagrożeń, jakie wynikają z kształtowania się trendów na rynku pracy, tj. przede wszystkim niedobór personelu medycznego, celem niniejszego artykułu jest próba adaptacji koncepcji budowania marki pracodawcy do warunków działalności tychże organizacji. Wspomniana próba poprzedzona została omówieniem takich kwestii, jak istota koncepcji BMP oraz przesłanki świadczące o potrzebie wdrożenia tej koncepcji w jednostkach sektora ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: budowanie wizerunku pracodawcy, zarządzanie zasobami ludzkimi w jednostkach sektora ochrony zdrowia, personel medyczny.

Wstęp

Ostatnie lata w sposób fundamentalny zmieniły rzeczywistość, w jakiej funkcjonowały jednostki świadczące usługi medyczne w Polsce, zwłaszcza te publiczne. Ich otoczenie stało się nader turbulentne, bowiem reformy zaplanowane wobec tego sektora, a ukierunkowane na jego komercjalizację zaczęły powoli dobiegać końca. W związku z zaistniałymi zmianami kadra menedżerska organizacji świadczących usługi medyczne coraz częściej dostrzega potrzebę implementowania nowoczesnych metod i narzędzi zarządzania. Przy czym dużym zainteresowaniem cieszą się

metody i narzędzia zarządzania strategicznego, zarządzania jakością czy ryzykiem. Mniejszym, związane z zarządzaniem jednym z najważniejszych aktywów placówek świadczących usługi medyczne, jeżeli nie najważniejszym, jakim jest kapitał ludzki. Jest to – jak można przypuszczać – efekt nadal powszechnie panującego przeświadczenia kadry menedżerskiej o strategicznym znaczeniu kapitałów materialnych, przy jednoczesnym braku świadomości wpływu kapitału ludzkiego na postrzeganą, a co najważniejsze faktyczną jakość usług medycznych. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że choć kapitał ludzki oraz metody i narzędzia jego kształtowania nadal w praktyce nie stanowią głównego obszaru zainteresowania menedżerów zajmujących się zarządzaniem placówkami medycznymi świadczącymi usługi medyczne, to na szczęście nie jest to obszar tak skrajnie marginalizowany, jak to miało miejsce w latach 90. minionego stulecia czy jeszcze na początku lat dwutysięcznych.

Zwiększające się zainteresowanie kadry menedżerskiej problematyką kształtowania kapitału ludzkiego, którego nośnikiem jest personel medyczny, wydaje się jednak po pierwsze nadal zbyt powierzchowne, a po drugie, mało adekwatne do wyzwań, jakie czekają placówki medyczne, zwłaszcza te publiczne w najbliższej przyszłości. Stąd wychodząc naprzeciwko wyzwaniom, jakie niesie ze sobą zarówno teraźniejszość, jak i najbliższa przyszłość wobec organizacji świadczących usługi medyczne, zwłaszcza tych publicznych, jednocześnie wtórując postulatom koncepcji nowego zarządzania publicznego z ang. *new public management* jako cel niniejszego artykułu przyjęto autorską próbę adaptacji procesu budowania marki pracodawcy do warunków podmiotów świadczących usługi medyczne. Wskazany cel zostanie zrealizowany według następującego schematu. Po pierwsze, przedstawione zostaną przesłanki przemawiające za tym, aby wskazana koncepcja stała się obszarem zainteresowania kadry menedżerskiej zarządzającej jednostkami świadczącymi usługi medyczne. Po drugie, scharakteryzowana zostanie koncepcja budowania marki pracodawcy. Wreszcie po trzecie zaproponowany zostanie projekt rozwiązań dotyczący adaptacji koncepcji BMP na potrzeby podmiotów świadczących usługi medyczne.

Przesłanki wzrostu znaczenia wizerunku pracodawcy w sektorze ochrony zdrowia

Odwołując się do literatury przedmiotu można stwierdzić, że przesłanki przez które zainteresowanie budowaniem marki pracodawcy w ostatnich latach zarówno w Polsce, jak i na świecie wzrasta są następujące (Buchelt, 2008a, s. 14):

- nasilająca się tercjalizacja gospodarki oraz rozwój gospodarki opartej na wiedzy i wynikający z tych procesów niedobór pracowników wiedzy czy pracowników utalentowanych;

- zmiany demograficzne w krajach rozwiniętych;
- walka konkurencyjna pomiędzy firmami o utalentowanych pracowników;
- wysokie uzależnienie efektywności firmy od jakości kapitału ludzkiego.

W odniesieniu do jednostek sektora ochrony zdrowia w Polsce zestaw przesłanek, dla których menedżerowie zarządzający tymi jednostkami powinni zainteresować się koncepcją budowania marki pracodawcy, nie różni się zasadniczo od wyżej wymienionych. Przy czym najważniejszą przesłanką jest problem niedoboru wykwalifikowanego personelu medycznego, na który to problem zwraca się uwagę w literaturze przedmiotu już od kilku lat (Jończyk, 2011; Kunecka, 2012b; Kunecka, 2011).

Niedobór personelu medycznego dotyczy zarówno lekarzy i pielęgniarek oraz położnych. Przy czym niedobór wykwalifikowanego personelu lekarskiego, wydaje się doskwierać kadrze zarządzającej placówkami medycznymi zarówno otwartymi, jak i zamkniętymi bardziej niż niedobór personelu pielęgniarskiego, choć wydaje się oczywiste z punktu widzenia trendów społeczno-demograficznych, iż to tylko kwestia czasu gdy i tutaj kadra menedżerska zidentyfikuje lukę w stanie i strukturze zatrudnienia. Na razie jednak lektura ogłoszeń pracodawców zwraca uwagę na to, że poszukują oni wykwalifikowanych lekarzy, takich jak na przykład neurologów, dermatologów czy kardiologów. Lekarzy ze specjalizacją poszukują przede wszystkim ośrodki zlokalizowane poza centrami akademickimi i dużymi miastami. To one jako pierwsze, ale na pewno nie ostatnie, doświadczają niedoboru wykwalifikowanej kadry medycznej wyższego szczebla. I jak wskazuje analiza czynników związanych z ochroną zdrowia sytuacja ta w kolejnych latach nie tylko nie będzie się polepszać czy nawet normować, ale pogarszać. Jak wynika z analizy danych zawartych w publikacjach naukowych czy na stronach internetowych urzędów statystycznych zarówno krajowego, jak i europejskiego, liczba lekarzy przypadająca na 100 000 mieszkańców w naszym kraju jest niepokojąco niska, co stawia nasz kraj w końcówce Państw należących do Unii Europejskiej. W zasadzie to Polska wśród krajów, które udostępniły dane dotyczące liczby lekarzy na 100 000 mieszkańców wyznacza wartość minimalną tj. 351,7 lekarza na 100 000 mieszkańców. W tym samym czasie na przykład w Niemczech liczba ta wyniosła 536,9, a we Włoszech 614,1 (Licensed physicians per 100 000 inhabitants, 2014). Ta niska liczba personelu medycznego wyższego szczebla przypadająca na sto tysięcy mieszkańców w naszym kraju wynika między innymi z licznej migracji tego personelu poza granicę Polski. Od czasu wejścia Polski w struktury UE corocznie wyjeżdża do pracy do innych krajów UE od kilku do kilkunastu procent lekarzy, co liczone jest liczbą zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. I tak tylko w roku 2013 wydano 9 026 zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych, co stanowiło 7,07% ogólnej liczby lekarzy wykonujących zawód (liczba zaświadczeń wydanych,

NIL 2013). Dla porównania w analogicznym czasie w roku 2006 wydano takich zaświadczeń 5114 (Monitorowanie migracji, MZ 2013). Porównując przytoczone dane należy stwierdzić, że liczba lekarzy migrujących z naszego kraju systematycznie zwiększa się, co w przyszłości jeszcze bardziej będzie wpływać na i tak już trudną sytuację w zakresie pozyskania i utrzymania pracowników należących do tej grupy personelu medycznego. O czym warto jeszcze wspomnieć to fakt, że zidentyfikowany problem niedoboru wykwalifikowanego personelu medycznego zintensyfikuje się nie tylko z przyczyn migracji, ale niewydolności systemu kształcenia lekarzy, w tym zwłaszcza lekarzy specjalistów.

W naturze swojej problem niedoboru personelu pielęgniarskiego jest podobny do problemu niedoboru lekarzy, w tym lekarzy specjalistów. Do głównych przyczyn tego stanu rzeczy zalicza się dysfunkcje systemu edukacji oraz emigrację personelu pielęgniarskiego (Kunecka, 2012a). Zmiana systemu kształcenia personelu pielęgniarskiego nastąpiła tak dynamicznie, że w dopływie pielęgniarek na rynek pracy nastąpiła kilkuletnia luka spowodowana przejściem z jednego systemu na drugi, dostosowany do wymogów UE. Było to działanie nieprzemyślane, a przy okazji rodzące bardzo negatywne skutki dla funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Pielęgniarki lepiej wykształcone, z kwalifikacjami zgodnymi z wymogami Unii Europejskiej są bardziej skłonne do emigracji zawodowej niż te pielęgniarki, które nie posiadają takich kwalifikacji. A propos przyczyn emigracji polskich pielęgniarek, to w literaturze przedmiotu wymienia się ich kilka. Po pierwsze, pielęgniarki w Polsce są nisko wynagradzane pomimo tego, że wymaga się od nich coraz więcej pod względem kwalifikacyjnym, jak i kompetencyjnym. Po drugie, zawód pielęgniarki, w przeciwieństwie do innych krajów UE nie jest najlepiej postrzegany przez społeczeństwo. W krajach zachodniej UE zawód pielęgniarki postrzegany jest jako zawód specjalisty świadczącego usługi pielęgniarskie, a pielęgniarki otrzymują dużą niezależność w realizacji swoich zadań na stanowisku pracy. W Polsce ich działania uzależnione są od zaleceń lekarza prowadzącego pacjenta. Równocześnie jednak pielęgniarka nie ponosi konsekwencji wynikających z podjęcia decyzji o sposobie działań terapeutycznych wobec pacjenta. Skutki takiej decyzji ponosi lekarz. Po trzecie, w emigracji zawodowej pomagają i pomagają pielęgniarkom korporacje zawodowe, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych. To tutaj organizowane są dla nich kursy doskonalące ich kompetencje językowe.

Odczuwalny niedobór personelu nie tylko medycznego lecarskiego i pielęgniarskiego zacznie doskwierać kadrze menedżerskiej placówek medycznych jeszcze bardziej w najbliższych latach, co wynika z faktu niekorzystnych trendów demograficznych, zidentyfikowanych nie tylko w naszym kraju, ale i w pozostałych krajach członkowskich UE. Społeczeństwo polskie starzeje się. W roku 2013

prognoza przyrostu naturalnego wynosi w przybliżeniu (-) 21 000. Równocześnie zarówno kobiety, jak i mężczyźni żyją dłużej, bo te pierwsze do ok. 80 roku życia, a ci drudzy do ok. 75 roku życia (Prognoza ludności na lata 2003-2030, 2013). Zwiększająca się długość życia Polaków oznacza w zasadzie zwiększający się popyt na usługi medyczne, a tym samym rosnący popyt na wykwalifikowany personel medyczny.

Główne założenia koncepcji budowania wizerunku pracodawcy

Koncept budowania wizerunku pracodawcy (ang. *employer branding*) nie jest nowy. Zainteresowanie jego problematyką było widoczne w literaturze przedmiotu już na początku lat 2000. Pierwsze badania nad jego istotnością w procesie zarządzania firmą prowadzone już były między innymi w roku 2005 przez gazetę *Personnel Today*. Wtedy to przy udziale 1 889 respondentów zajmujących się pozyskiwaniem pracowników, a przy okazji czytelników tej gazety ustalono, że znaczenie budowania marki pracodawcy będzie coraz większe. Za wzrostem znaczenia tej koncepcji w praktyce opowiedziało się ponad 80% respondentów (Willock, 2005, s. 4). Od tego czasu rzeczywistość dynamika zainteresowania problematyką budowania wizerunku znacząco wzrosła, o czym świadczy coraz większa liczba publikacji zagranicznych, ale i krajowych poświęconych zagadnieniu budowania wizerunku pracodawcy. Przy czym wyjaśnienie jego istoty i głównych założeń pozwoli podjąć próbę adaptacji tego konceptu do realiów funkcjonowania podmiotów należących do sektora ochrony zdrowia, oczywiście mowa tu o świadczeniodawcach, a nie podmiotach administracyjnych, jak na przykład oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia.

W literaturze przedmiotu budowanie wizerunku pracodawcy definiowane jest jako długoterminowa strategia zarządzania świadomością i postrzeganiem przez pracowników oraz interesariuszy z ang. *stakeholders* wizerunku danej organizacji (Sullivan, 2004) lub też jako proces budowania unikalnego wizerunku pracodawcy, zarówno wewnątrz organizacji, jak i poza nią oraz jego marki (Backhaus, Tikko, 2004, s. 502). Koncepcja BMP stworzona była na bazie pięciu głównych konceptów teoretycznych (zob. tab. 1), a mianowicie:

- podejście zasobowe do zarządzania firmą;
- marketing zewnętrzny;
- marketing wewnętrzny;
- kontrakt psychologiczny;
- kapitał marki.

Tabela 1. Fundamenty teoretyczne koncepcji BMP

Nazwa konceptu teoretycznego konstruującego BMP	Krótka charakterystyka konceptu teoretycznego
Podejście zasobowe do zarządzania firmą z ang. <i>resource based view</i>	Podejście zasobowe przyjmuje m.in., że zasoby ludzkie ze względu na swoją charakterystykę mogą stanowić źródło przewagi konkurencyjnej. Odwołując się do podejścia zasobowego do zarządzania firmą koncepcja budowania marki pracodawcy zakłada, że zasoby ludzkie tworzą wartość dla organizacji i dlatego też inwestycje w kapitał ludzki mogą podwyższyć efektywność firmy.
Marketing zewnętrzny	Wykorzystując narzędzia marketingu zewnętrznego do budowy marki pracodawcy zakłada się, że firma postrzegana będzie jako najlepszy pracodawca, a przez to będzie wybierana przez najlepszych kandydatów jako potencjalne miejsce pracy. Dodatkowo zakłada się, że gdy marka pracodawcy stanie się atrakcyjna dla kandydatów do pracy, to wytworzą oni sobie zestaw założeń o zatrudnieniu w danej firmie, który wdrażać będą wówczas, gdy faktycznie zostaną przez nią zatrudnieni, co z kolei wzmocni wartości firmy i wzmocni ich zaangażowanie.
Marketing wewnętrzny	Narzędzia marketingu wewnętrznego pozwalają tworzyć pracodawcom kapitał ludzki trudny do imitowania przez konkurencję poprzez systematyczne informowanie pracowników o wartościach, jakie są istotne dla organizacji. W ten sposób tworzona jest kultura organizacyjna skoncentrowana na strategicznych celach organizacji.
Kontrakt psychologiczny	W kontekście zmian odnoszących się do form oraz warunków zatrudnienia, czyli zmiany kontraktu psychologicznego, działania wchodzące w skład budowania marki pracodawcy pozwalają na ekspozycję benefitów związanych z zatrudnieniem u danego pracodawcy, takich jak: szkolenia, czy możliwości kariery zawodowej.
Kapitał marki z ang. <i>brand equity</i>	W marketingu „kapitał marki” oznacza zbiór aktywów i pasywów przypisanych marce, które dodają lub odejmują wartość produktowi lub usłudze danej formy w oczach jej klientów. W kontekście koncepcji BMP kapitał marki pracodawcy powinien wpływać na potencjalnych lub aktualnych pracowników firmy. I tak, wysoka wartość marki pracodawcy powinna skutkować większą liczbą aplikacji potencjalnych pracowników oraz zmniejszenie płynności pracowniczej. Kapitał marki pracodawcy jest efektem działań związanych z budowaniem marki przez pracodawcę.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Backhaus, Tikko (2004).

Analizując literaturę przedmiotu można odnaleźć wiele propozycji organizacji procesu budowania marki pracodawcy, od tych mało- do wieloetapowych (zob.

tab. 2). W najprostszym ujęciu budowanie marki pracodawcy polega na realizacji dwóch wzajemnie skorelowanych ze sobą zestawów działań. Pierwszy z nich dotyczy identyfikacji status quo systemu zarządzania zasobami ludzkimi i w miarę możliwości oraz potrzeb jego usprawnienia. Drugi zestaw działań dotyczy promocji dobrych praktyk zarządzania zasobami ludzkimi, które są realizowane przez firmę, a które są wynikiem usprawnienia systemu ZZL. Warto przy tym zaznaczyć, że wskazane zestawy działań są immanentną częścią propozycji literaturowych organizacji procesu budowania marki pracodawcy zawartych m.in. w tabeli 2.

Tabela 2. Przykładowe rozwiązania w zakresie realizacji procesu BMP

Trójelementowy proces BMP	Ośmioelementowy proces BMP	Dziesięcioelementowy proces BMP
Autorstwo: Sullivan (2004); Eisenberg (2001); Frook (2001)	Autorstwo: Sartin (2006)	Autorstwo: Herman, Gidia (2001)
(1) opracować propozycje wartości, jaka będzie towarzyszyć marce pracodawcy; (2) marketing zewnętrzny, czyli dystrybucja informacji o propozycji wartości związanej z marką pracodawcy do docelowych odbiorców, takich jak na przykład: potencjalni pracownicy czy agencje pośrednictwa pracy; (3) marketing wewnętrzny, czyli dystrybucja informacji o propozycji wartości marki pracodawcy do zatrudnionych już pracowników; etap ten ma szczególne znaczenie dla budowania marki pracodawcy, gdyż odnosi się on do wdrożenia propozycji wartości, jaka dystrybuowana była zewnętrznie do potencjalnych pracowników; celem tego etapu jest kształtowanie kultury organizacyjnej opartej na wartościach i celach strategicznych danej organizacji.	(1) odkrycie siły marki pracodawcy (2) zaangażowanie w tworzenie marki pracodawcy (3) zdiagnozować obecny wizerunek marki pracodawcy (4) stworzyć zespół zajmujący się budowaniem marki pracodawcy (5) stworzyć koncepcje swojej marki jako pracodawcy (6) wdrożyć swoją markę przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych narzędzi budujących relację pomiędzy pracownikami a pracodawcą (7) dystrybuować i kształtować informacje na temat marki pracodawcy do pracowników (8) podejmować działania uaktualniające markę pracodawcy	(1) określić profil firmy (2) zadbać o reputację na rynku pracy (3) stworzyć i utrzymywać unikalną kulturę organizacyjną (4) zachęcać do zabawy w i poza pracą (5) stworzyć silną strukturę wsparcia wewnątrz-organizacyjnego (6) zapewnić wsparcie informacyjne (7) zlikwidować bariery związane ze statusem (8) zbudować kulturę „sukcesu” (9) dbać o efektywność systemu komunikowania się (10) zapewnić efektywne przywództwo

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sullivan (2004), Eisenberg (2001), Frook (2001), Herman, Gioia (2001), Sartin (2006).

Adaptacja koncepcji BWP w jednostkach sektora ochrony zdrowia

Podjęwając próbę adaptacji rozwiązań powstałych na gruncie organizacji działających poza sektorem ochrony zdrowia, należy zwrócić w pierwszej kolejności uwagę na korzyści wypływające z implementowania działań zmierzających do poprawy marki pracodawcy. I tak zasadniczą zaletą koncepcji BMP jest fakt, iż wymusza ona na organizacjach takie ulepszenie systemu zarządzania zasobami ludzkimi, aby ten stał się konkurencyjny wobec systemów stosowanych przez innych pracodawców, którzy docierają ze swoją ofertą pracy do danego segmentu rynku pracy (Buchelt, 2008b, s. 63). Warto tu jednak zaznaczyć, że zastosowanie strategii budowania marki przez organizacje spełnia swoją rolę tylko wtedy, gdy organizacje faktycznie, a nie pozornie, ulepszają swoje systemy zarządzania zasobami ludzkimi. Pozorna zmiana oraz towarzysząca jej promocja może bowiem przyciągnąć do organizacji utalentowanych pracowników, przy czym brak faktycznie realizowanych dobrych praktyk zarządzania zasobami ludzkimi spowoduje szybki odpływ pracowników. Innymi zaletami wdrożenia tej koncepcji są między innymi (Herman, Gidia, 2001, s. 4–6; On-campus.. 2007, s. 28):

- łatwość pozyskiwania talentów do organizacji,
- zwiększenie swojej atrakcyjności nie tylko w stosunku do potencjalnych pracowników, ale i do klientów kupujących produkty lub usługi firmy,
- zmniejszenie kosztów pozyskiwania pracowników,
- optymalizacja efektywności pracy pracowników,
- polepszenie jakości kandydatów ubiegających się o pracę,
- zmniejszenie fluktuacji przy jednoczesnym zwiększeniu lojalności pracowników.

Mając na uwadze kwestie omówione do tej pory, takie jak przesłanki zastosowania koncepcji BMP w jednostkach sektora ochrony zdrowia, istota tej koncepcji oraz wskazane powyżej korzyści, jakie płyną z poprawy wizerunku pracodawcy na rynku pracy – jest istotne, przede wszystkim z uwagi na wyznaczony dla tego artykułu cel, wyznaczenie etapów, jakie powinna uwzględnić jednostka sektora ochrony zdrowia podczas procesu budowy lub poprawy wizerunku pracodawcy.

Pierwszym etapem, jaki powinien być realizowany w jednostkach sektora ochrony zdrowia przy okazji realizacji procesu budowy marki pracodawcy jest etap analizy, diagnozy i oceny aktualnej marki. Oczywiście nie chodzi tu tylko o to, aby sprawdzić, jak postrzegają danego pracodawcę aktualni czy potencjalni pracownicy, ale przede wszystkim o to, aby sprawdzić powody ich oceny, w tym efektywność systemu zarządzania zasobami ludzkimi. Odczucia aktualnych

pracowników co do tego, jakie warunki pracy stwarza im pracodawca w trakcie realizowanej przez nich usługi pracy, są efektem reakcji pracowników na bodźce w postaci zastosowanych przez daną organizację metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi oraz funkcjonowania innych elementów konstrukcji systemu ZZL. Te odczucia eksponowane są na zewnętrznym rynku pracy m.in. w postaci komunikatów ustnych lub pisemnych, np. na forach internetowych poświęconych pracodawcom. Stąd zbadanie systemu ZZL, jego efektywności, jest kluczowe do tego, aby poznać stan wyjściowy do dalszej realizacji procesu BMP.

Biorąc pod uwagę powyżej przedstawione argumenty można stwierdzić, że działania analityczne realizowane w pierwszym etapie procesu BMP jednostek świadczących usługi medyczne w całości powinny dotyczyć następujących:

- rynek pracy – wewnętrzny i zewnętrzny;
- uwarunkowania sprawowania funkcji personalnej;
- system zarządzania zasobami ludzkimi.

W odniesieniu do rynku pracy istotne staje się tutaj określenie opinii aktualnych oraz potencjalnych pracowników na temat marki danego pracodawcy, tj. świadczeniodawcy usług medycznych. Inaczej mówiąc wskazanie mocnych i słabych stron danej organizacji jako pracodawcy. W celu przeprowadzenia takich badań można stosować zdywersyfikowany wachlarz metod i narzędzi badawczych, w tym m.in.: dane statystyczne, badania ankietowe, wywiady czy grupy fokusowe. Ważne jest jednak to, aby pamiętać, że przed przystąpieniem do badań opinii pracowników lub potencjalnych pracowników podjąć następujące aktywności. Po pierwsze, określić grupę kluczowych dla organizacji pracowników – ich cechy charakterystyczne, zadania oraz uwarunkowania realizowanej przez nich pracy. Po drugie, dokonać precyzyjnej segmentacji rynku pracy w celu zidentyfikowania atrybutów organizacji istotnych dla przedstawicieli zawodów medycznych, których faktycznie chcemy przyciągnąć i zatrzymać w danej organizacji.

Analiza uwarunkowań sprawowania funkcji personalnej w zasadzie dotyczy funkcjonowania całej organizacji, za wyjątkiem systemu ZZL. Celem tej analizy jest uzyskanie informacji na temat czynników wpływających aktualnie na realizację funkcji personalnej, a w przyszłości stymulujących lub hamujących proces zarządzania marką pracodawcy. Przykładami czynników, które powinny być analizowane w jednostkach sektora usług medycznych w tym obszarze analitycznym są: opinia pacjentów, zarządzanie ryzykiem, środki finansowe, zaplecze techniczne, wykorzystanie leków oraz materiałów jednorazowego użytku, zdolność do świadczenia usług medycznych (wymiar ilościowy), płynność finansowa, koszty świadczenia usług medycznych, działalność marketingowa. W kontekście specyfiki badanych kwestii można zaproponować, aby diagnozy stanu wskazanych czynników realizować z wykorzystaniem punktowej oceny czynników wewnętrznych

(Lisiński, 2004). Inną przesłanką zastosowania tej metody dla potrzeb analizy otoczenia funkcji personalnej jest fakt, iż wyłączenie z niej obszaru zarządzania personelem nie zakłóca istoty jej realizacji. W przypadku zastosowania innych metod, jak na przykład bilansu strategicznego przedsiębiorstwa, kompleksowej kwalifikacji działalności firmy, analizy kluczowych czynników sukcesu czy metody łańcucha wartości M.E. Portera, wykluczenie obszaru zarządzania personelem jest zadaniem trudnym i w zasadzie niezgodnym z założeniem strategicznej istotności kapitału ludzkiego w tworzenia przewagi konkurencyjnej.

Ostatnim obszarem, jaki powinien podlegać diagnozie w pierwszym etapie procesu BMP realizowanego w jednostkach sektora ochrony zdrowia jest system ZZL. Celem działań analitycznych powinno być tutaj wskazanie mocnych i słabych stron systemu jako fundamentu marki pracodawcy. Zestaw czynników, jaki powinien być brany pod uwagę, przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Obszary diagnostyczne systemu ZZL w ramach realizacji procesu BMP w jednostce medycznej

Strategia i procesy ZZL	Organizacyjny aspekt ZZL
<ul style="list-style-type: none"> • Konstrukcja strategii ZZL – cele, plan, monitoring • Procedury ZZL • Faktyczna realizacja procesów personalnych, np.: pozyskiwanie, adaptacja, ocena pracownicza, wynagradzanie 	<p>Role i zadania pełnione w ramach realizacji funkcji personalnej przez poszczególne podmioty zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach sektora ochrony zdrowia, w tym np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dyrektorów • Z-ców Dyrektora ds. Medycznych • Naczelnych Pielęgniarek (Z-ców Dyrektora ds. Pielęgniarstwa) • Ordynatorów • Pielęgniarek oddziałowych • Pozostałych kierowników liniowych • Pracowników i reprezentujących ich związki zawodowe • Komórki ds. personalnych, specjalistów ds. ZZL • Doradców zewnętrznych.

Źródło: Opracowanie własne.

Drugim etapem procesu budowania marki pracodawcy w jednostkach świadczących usługi medyczne powinno być zdefiniowanie wartości marki. Podczas tego etapu kadra zarządzająca jednostkami sektora ochrony zdrowia, np. szpitalami czy przychodniami, powinna rozważyć zestaw wartości, jaki powinien być kojarzony przez aktualnych lub potencjalnych pracowników z daną organizacją. Przy czym należy pamiętać, że zdefiniowany zestaw wartości stanowi wyznacznik szeroko-pojmowanych warunków pracy, jaki powinien funkcjonować u danego

pracodawcy. Egzemplifikując można powiedzieć, że gdyby na przykład ośrodek medyczny bazujący na podstawowych technologiach medycznych przyjął jako wartość realizację usług medycznych według najbardziej aktualnych i zaawansowanych technologii medycznych nie tylko jako podmiot rynku usług medycznych, ale i jako pracodawca naraziłby się albo na wielomiliardowe inwestycje w infrastrukturę informatyczną, albo na śmieszność. Fakt niezgodności zdefiniowanej wartości marki z faktycznymi praktykami w organizacji jest szybko identyfikowany nie tylko przez pracowników danej organizacji, ale także poza nią. W dobie Internetu pracodawca, producent, usługodawca rzadko – o ile w ogóle – może ukryć faktycznie realizowane praktyki.

W jednostkach sektora ochrony zdrowia zdefiniowanie zestawu wartości stojącego za marką pracodawcy powinno inicjować w praktyce działania usprawniające w mniejszym lub większym stopniu system zarządzania zasobami ludzkimi. Im luka pomiędzy zdefiniowanymi wartościami a faktycznym stanem realizacji funkcji personalnej zdiagnozowanym m.in. na podstawie opinii pracowniczej jest większa, tym więcej czasu dany ośrodek medyczny musi poświęcić na jej wyeliminowanie. Warto jednak odsunąć etap dystrybucji informacji o marce do czasu, kiedy dany pracodawca będzie przekonany, że opinie zdecydowanej większości pracowników potwierdzają wartości promowane przez pracodawcę. Ten etap może być najbardziej czasochłonny w procesie BMP w ośrodkach medycznych, zwłaszcza tych publicznych, bowiem stan rozwoju funkcji personalnej w tych placówkach nierzadko ogranicza się do administracji spraw personalnych. W zasadzie w placówkach tych rzadko zarządza się pozostającym w dyspozycji kadry menedżerskiej kapitałem ludzkim.

Zakończenie prac nad udoskonaleniem lub w skrajnych przypadkach restrukturyzacją funkcji personalnej daje możliwość jednostkom świadczącym usługi medyczne przejścia do następnego etapu BMP, a mianowicie do dystrybuowania informacji na temat marki pracodawcy. Tutaj w zasadzie zestaw wykorzystywanych narzędzi komunikacji jest nieograniczony. Wydaje się jednak uzasadnione wskazanie kilku najbardziej, zdaniem autorki, efektywnych. Niewątpliwie istotnym, o ile nie kluczowym narzędziem komunikacji z potencjalnymi pracownikami sfery medycznej danej placówki, są aktualni pracownicy tej sfery. Zwłaszcza wśród personelu lekarskiego, być może też w minimalnie mniejszym stopniu wśród personelu pielęgniarskiego decyzja o podjęciu pracy u danego pracodawcy bazuje na opinii ich kolegów i koleżanek pracujących u danego pracodawcy. A zatem pracodawca, który zadba o warunki pracy lekarzy i pielęgniarek może liczyć na to, że informacja ta będzie przez ten personel dystrybuowana. Innym narzędziem komunikacji z otoczeniem w celu budowania swojego wizerunku na rynku pracy przez jednostkę świadczącą usługi medyczne może być udział w profesjonalnych

i prestiżowych konkursach, w czasie których dana placówka może pochwalić się swoimi osiągnięciami. Zapewne narzędziem komunikacji może być również strona internetowa danej placówki medycznej. Przy czym musi być ona odpowiednio zarządzana.

Ostatnim etapem procesu budowania marki pracodawcy realizowanego w jednostkach sektora ochrony zdrowia jest ocena zrealizowanego procesu. Ocena taka powinna mieć miejsce w odniesieniu do zdefiniowanej marki pracodawcy. A zatem na etapie tym sprawdza się to, czy zastosowane przez daną organizację działania, w tym zwłaszcza te związane z poprawą efektywności systemu ZZL, przyniosły rezultat w postaci zmiany, poprawy opinii pracowniczych. Oczywiście na tym etapie dokonuje się ostatecznego bilansu podjętych działań, czy też inwestycji. Przy czym niewyobrażalne jest, iż proces BMP może być realizowany bez sprawnie funkcjonującego systemu monitoringu, który pozwala na bieżącą ocenę efektywności podejmowanych działań.

Podsumowanie

Otoczenie, w jakim funkcjonują jednostki sektora usług medycznych zmienia się zyskując z roku na rok na dynamice. Taka sytuacja dotyczy nie tylko jednostek niepublicznych, ale i publicznych bowiem w zasadzie system ochrony zdrowia w Polsce przechodzi w ostatnią transformację, która była ukierunkowana na komercjalizację i prywatyzację. Wyzwania, jakie związane są z uczestnictwem jednostek świadczących usługi medyczne w wojnie konkurencyjnej, to jednak nie jedyny problem tych organizacji. Jednostki te muszą konkurować nie tylko o świadczeniobiorcę (pacjenta), ale również – o ile nie przede wszystkim – o dostęp do podstawowego czynnika sukcesu, źródła przewagi konkurencyjnej, a mianowicie kapitału ludzkiego będącego w dyspozycji personelu medycznego, nie tylko lekarskiego, ale i pielęgniarskiego. Pogłębiający się problem niedoboru personelu medycznego, którego intensyfikacja nastąpi w kolejnych latach, stała się przesłanką podjęcia tematu niniejszej publikacji. Podstawowym jej celem stała się próba implementacji koncepcji BMP do warunków funkcjonowania jednostek świadczących usługi medyczne. Realizacja wskazanego celu wymagała omówienia podstawowych kwestii, takich jak przede wszystkim: przesłanki istotności wdrożenia koncepcji BMP do praktyki świadczeniodawców usług medycznych oraz istota i znaczenie koncepcji BMP. W części zasadniczej zaproponowano rozwiązania, jakie zdaniem autorki można zastosować w wybranych do analizy organizacjach. W refleksjach końcowych warto zwrócić uwagę na następujące kwestie: Po pierwsze, wdrażanie koncepcji BMP powinno odbywać się przy udziale

pracowników. Partycypacja pracownicza ułatwia bowiem wdrażanie zmian, a przy okazji metod i narzędzi związanych z funkcją personalną wydaje się niezbędna. Po drugie, organizacje świadczące usługi medyczne powinny uelastyczniać swoje struktury podczas implementacji narzędzi zmieniających ich funkcjonowanie. Uelastycznienie może pozwolić im na lepsze dostosowywanie się do zmian na rynku usług medycznych, ale również i na większą integrację personelu. I wreszcie po trzecie, w procesie szeroko pojmowanego wdrażania koncepcji BMP należy szczególną uwagę zwrócić na efektywność systemu komunikacji, bowiem jest to system często niezmiernie dysfunkcyjny.

Bibliografia

- Backhaus, K., Tikoo S. (2004), *Conceptualizing and researching employer branding*, "Career Development International", 4(5).
- Buchelt, B. (2008a), *Rosnące znaczenie talentów w gospodarce*, w: A. Poczowski (red.), *Zarządzanie talentami w organizacji*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków.
- Buchelt, B. (2008b), *Strategiczne aspekty zarządzania talentami*, w: A. Poczowski (red.), *Zarządzanie talentami w organizacji*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków.
- Burgess, A. (2008), *How to attract and retain talent using employer branding*, "Playback: Canada's Broadcast and Production Journal", Toronto, Ont, Sep 15.
- Cafolla, L. (2008), *How to build an effective employer brand*, "China Staff", Hong Kong, 14(9)
- Capgemini: Employer Branding Award (2006), Personnel Today, Sep. 5.
- Carey, D. (2007), *Recruitment Branding: Attracting and Retaining Diverse Talent*, *The Diversity Factor*, "The War for Talent", 15(2).
- Cooper, N. (2008), *Brand on the run*, "Personnel Today", Jan 22.
- Dyer, K.(2007/2008), *Employer branding a vital tool for success*, "Strategic Communication Management", 12(1).
- Eisenberg, B., Kilduff, C., Burleigh, S., Wilson, K. (2001), *The Role of the value Proposition and Employment Branding in Retaining Top Talent*, Society for Human Resource Management, Alexandria, V.A.
- Frook, J.E. (2001), *Burnish your brand from the inside*, "B to B", 86.
- Herman, R.E., Gioia, J.L. (2001), *Helping Your Organization Become an Employer of Choice*, "Employment Relations Today", Summer.
- Jończyk, J. (2011), *Rozwój polskiej opieki zdrowotnej w kontekście potrzeb zdrowotnych społeczeństwa*, *Optimum „Studia Ekonomiczne”*, 6.
- Kunecka, D. (2012a), *Aktualne problemy zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze usług medycznych w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Ekonomiczne Usług”, 96.

- Kunecka, D. (2012b), *Konsekwencje stosowania elastycznych form zatrudniania w sektorze usług*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Ekonomiczne Usług”, 229.
- Kunecka, D. (2011), *Usługi pielęgniarские jako przykład branży przyszłości*, w: P. Antonowicz (red.), *Współczesne modele biznesu – diagnoza i perspektywy*, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot.
- Licensed physicians per 100 000 inhabitants, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00167>, dostęp dnia 01.01.2014.
- Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, stan na dzień 31 sierpień 2013 opublikowany przez Najwyższą Izbę Lekarską, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0009/91944/Zestawienie-nr-06a.pdf, dostęp dnia: 17.09.2013.
- Lisiński, M. (2004), *Metody planowania strategicznego*, PWE, Warszawa.
- Minchington, B. (2007), *Brand new plan*, „Personnel Today”, Jan.
- Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu polski do Unii Europejskiej*. Raport z realizacji programu w 2006 r., Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp dnia: 28.08.2013.
- Powers, E.L. (2000), *Employee loyalty in the new millennium*, S.A.M, „Advanced Management Journal”, Summer, 65(3).
- Prognoza ludności na lata 2003–2030, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_648_PLK_HTML.htm, dostęp dnia: 12.12.2013.
- Sartain, L. (2006), *Brand from the Inside*, „Leadership Excellence”, 23(12).
- Sullivan, J. (2004), *Eight elements of a successful employer brand: a costly proposition*, “ER Daily”, 23 February.
- Turner, P. (2008), *Recipe for success*, „Personnel Today”, Jan 22.
- Willok, R. (2005), *Employer branding is key in fight for talent*, „Personnel Today”, May 17.

Summary

Employer Branding in Healthcare Sector

The changes that have taken place in the health sector in Poland since the early 90s made medical service providers, especially those public ones, adopt modern management methods and tools. Unfortunately, methods and tools related to the management of human capital have been disregarded, despite the fact that human capital especially in healthcare entities is a key source of obtaining and

maintaining competitive advantage. Bearing in mind the strategic significance of the human capital management in organizations operating in the healthcare sector and the risks that result from the formation of labor market trends, above all the shortage of medical personnel, the aim of this paper is to adapt the concept of employer branding to the activities of these organizations. That attempt was preceded by a discussion on such issues as the nature of the EB concept and indication of the need to implement this concept in the healthcare sector entities.

Keywords: employer branding, human resources management in health care entities, medical personnel.

Резюме

Формирование имиджа работодателя в секторе здравоохранения

Изменения, имевшие место в секторе здравоохранения в Польше в начале 90-х годов, вызвали то, что субъекты, оказывающие медицинские услуги, главным образом государственные, начали, осуществляя свою текущую деятельность, внедрять современные методы и инструменты управления. К сожалению, методы и инструменты, связанные с управлением человеческим капиталом, были отодвинуты управленческими кадрами на второй план, несмотря на то, что человеческий капитал, особенно в организациях, оказывающих медицинские услуги, является ключевым источником завоевания и удержания конкурентного преимущества. Имея в виду стратегическую важность вопроса управления человеческим капиталом в организациях, действующих в секторе здравоохранения, а также угроз, вытекающих из сложившихся на рынке труда тенденций, т. е. прежде всего нехватки медицинского персонала, целью настоящей статьи является попытка адаптации концепции формирования имиджа работодателя к условиям деятельности этих организаций. Упомянутой попытке предшествовало обсуждение таких вопросов, как суть концепции ВМР, а также предпосылки, свидетельствующие о необходимости внедрения этой концепции в организациях сектора здравоохранения.

Ключевые слова: формирование имиджа работодателя, управление человеческими ресурсами в организациях сектора здравоохранения, медицинский персонал.

Dr Beata Buchelt

Adiunkt w Katedrze Zarządzania Kapitałem Ludzkim na Wydziale Ekonomii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Wieloletni członek Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół takich obszarów, jak: teoria kapitału ludzkiego, zarządzanie kapitałem ludzkim, zarządzanie zasobami ludzkimi, międzynarodowe ZZL czy rynek pracy. Stypendystka Grand Valley University, USA. Wykładowca Roosevelt Univeristy, Collage of Business, USA. Kilkukrotnie wyróżniona nagrodami Rektora UEK za pracę naukową indywidualną i zespołową. Wykładowca studiów podyplomowych oraz studiów Executive MBA oraz International MBA. Współpracownik/audytor konkursu Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi organizowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie. Autorka kilkudziesięciu publikacji poświęconych zagadnieniom zarządzania kapitałem ludzkim, w tym publikacjom w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia.