

Małgorzata Sidor-Rządkowska

Wydział Zarządzania
Politechnika Warszawska

Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania

Streszczenie

Artykuł koncentruje się na zagadnieniach zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – organizacjach mających kluczowe znaczenie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Punkt wyjścia rozważań stanowi twierdzenie, że istotą działań składających się na zarządzanie zasobami ludzkimi jest realizacja celów organizacji, w której ludzie ci są zatrudnieni. Autorka podejmuje więc próbę odpowiedzi na pytanie o cele funkcjonowania szpitala publicznego oraz charakteryzuje (w ujęciu podmiotowym) problemy i wyzwania związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi w omawianej grupie placówek leczniczych.

Słowa kluczowe: szpital publiczny, zarządzanie zasobami ludzkimi

Kod klasyfikacji JEL: O15

1. Wprowadzenie

W Polsce funkcjonuje obecnie ponad 900 szpitali. Około 70% z nich stanowią placówki publiczne (dysponujące jednak 90% ogólnej liczby łóżek). Systematycznie wzrasta liczba szpitali prywatnych, którymi są zwykle małe, posiadające 1–3 oddziały, jednostki koncentrujące się

na wysoce dochodowych procedurach medycznych. Jednostki te dominują w grupie małych placówek (do 150 łóżek) stanowiących około 50% wszystkich szpitali w Polsce¹.

Obie grupy placówek funkcjonują w tych samych realiach rynkowych i pełnią podobne funkcje. Ich sytuacja jest jednak zgoła różna. Szpitale publiczne, w przeciwieństwie do prywatnych, zobowiązane są do świadczenia pełnego spektrum usług zdrowotnych, co oznacza także konieczność świadczenia wielu usług nierentownych. Dla szpitali publicznych niejako „zarezerwowane” zostały trudne i skomplikowane zabiegi medyczne, z których część to leczenie powikłań po operacjach przeprowadzonych w placówkach prywatnych. Uwarunkowania funkcjonowania szpitali publicznych (z uwzględnieniem różnic między jednostkami publicznymi a prywatnymi) przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Wybrane czynniki różnicujące sytuację szpitali publicznych i prywatnych w Polsce

Szpitale publiczne	Szpitale prywatne
Wykonywanie pełnego spektrum procedur medycznych, w tym również tych wysoce nierentownych	Koncentracja na dochodowych procedurach medycznych
Utrudniona lub niemożliwa realizacja idei tzw. dwóch kolejek, czyli równoczesnego świadczenia tych samych procedur nieodpłatnie (na podstawie kontraktu z NFZ) oraz w formie odpłatnej	Możliwa realizacja idei tzw. dwóch kolejek, czyli równoczesnego świadczenia tych samych procedur nieodpłatnie (na podstawie kontraktu z NFZ) oraz w formie odpłatnej
Utarte przekonanie społeczne, według którego publiczna opieka zdrowia funkcjonuje gorzej niż prywatna	Utarte przekonanie społeczne, według którego prywatne podmioty funkcjonują lepiej niż państwowe
Duży wpływ lobby poszczególnych grup zawodowych, w tym przede wszystkim medycznych	Umiarkowany lub niewielki wpływ lobby poszczególnych grup zawodowych
Duża ingerencja ze strony interesariuszy, w tym otoczenia politycznego	Mała ingerencja ze strony interesariuszy, w tym otoczenia politycznego
Obarczanie konsekwencjami poprzedniego systemu gospodarczego w obszarach m.in. kultury organizacyjnej, rozbudowanej administracji, przerostów zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych, utrzymania nienowoczesnej, kosztochłonnej infrastruktury, nadmiernych kosztów osobowych, negatywnych praktyk	Brak obarczania konsekwencjami poprzedniego systemu gospodarczego – nowe podmioty zorganizowane są racjonalnie z punktu widzenia ekonomicznego
Wszelkie próby wprowadzania wewnętrznych zmian budzą duże zainteresowanie tzw. opinii publicznej	Stosunkowo mniejsze zainteresowanie tzw. opinii publicznej wprowadzanymi zmianami
Możliwość pokrywania ujemnego wyniku ze strony organu prowadzącego (np. JST) oraz wsparcia finansowego ze strony tzw. partnerów społecznych; dostęp do środków publicznych	Brak publicznego organu prowadzącego, utrudniony lub niemożliwy dostęp do dotacji publicznych (z wyłączeniem tzw. środków unijnych)

Źródło: P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 46–47.

Sytuację omawianej grupy placówek można najkrócej podsumować następującymi słowami: „Szpitale publiczne generują największe straty i stanowią bardzo poważny problem

¹ P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 42.

dla finansów publicznych. [...] Trudno mówić o uzdrawianiu publicznej ochrony zdrowia, w sytuacji przejmowania rentownych procedur medycznych przez podmioty prywatne i pozostawiania po stronie publicznych podmiotów coraz większego portfela procedur kosztochłonnych i niedoszacowanych”².

Osoby zatrudnione w szpitalach publicznych muszą mierzyć się nie tylko z trudnymi warunkami pracy, ale także ze swoistego rodzaju odium społecznym ciążyącym na omawianej grupie podmiotów. W świadomości dużej części pacjentów *publiczny* znaczy ‘gorszy’. Przedmiotem aspiracji jest możliwość leczenia w placówce prywatnej. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że „Prywatna opieka medyczna stała się w Polsce jednym z najbardziej pożądanym »bonusów«, nierzadko mającym wpływ na decyzje pracowników o zmianie miejsca pracy lub pozostanie u danego pracodawcy”³.

2. Zarządzanie zasobami ludzkimi w świetle celów funkcjonowania szpitala publicznego

Zarządzanie zasobami ludzkimi to dział zarządzania zajmujący się czynnikiem ludzkim w organizacji. Jest to zarówno dyscyplina nauk o zarządzaniu, jak i dziedzina praktycznego działania⁴. Termin *zarządzanie zasobami ludzkimi* (wraz z jego licznymi modyfikacjami i odmianami) doczekał się ogromnej liczby definicji, których przegląd mógłby stanowić przedmiot niejednej rozprawy⁵. Nie wchodząc w te złożone rozważania, przyjmijmy – za klasyczną pracą Michaela Armstronga – że zarządzanie zasobami ludzkimi to „strategiczne i spójne podejście do zarządzania najcenniejszymi aktywami organizacji, to znaczy zatrudnionymi w niej ludźmi, którzy indywidualnie i zbiorowo przyczyniają się do osiągnięcia celów tej organizacji”⁶.

Truizmem jest stwierdzenie, że zarządzanie zasobami ludzkimi powinno przebiegać odmiennie w różnych organizacjach, zależnie od sektora i branży, w której organizacja działa, formy własności, wielkości, lokalizacji i całego szeregu innych czynników, zarówno tych o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Kluczowe jednak pozostaje, że istotą podejmowanych w tym obszarze działań musi być osiągnięcie przez organizację założonych celów. W odniesieniu do szpitali publicznych jednoznaczne określenie celu funkcjonowania jest zadaniem bardzo trudnym. Wynika to z faktu, iż „(...) szpital jest zupełnie innym rodzajem

² Ibidem, s. 42, 43.

³ J. Skrzypczak, J. Haczyński, *Problemy szacowania wydatków na prywatne usługi medyczne w Polsce*, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 2010, nr 25, s. 266.

⁴ T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi – ujęcie funkcjonalne i procesowe* [w:] A. Bitkowska, E. Weiss (red.), *Metody podejścia procesowego w polskich organizacjach*, Vizja Press, Warszawa 2015, s. 306.

⁵ Por. B. Jamka, *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał?*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

⁶ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 89.

przedsiębiorstwa niż te, które działają w pozostałych sektorach gospodarki”⁷. W obliczu tych rozważań rodzi się pytanie – najistotniejsze dla kształtowania systemu ochrony zdrowia – o cele medycyny. Zadania określenia tych celów podjęli się przedstawiciele czternastu krajów (Anglii, Chile, Chin, Czech, Danii, Hiszpanii, Holandii, Indonezji, Niemiec, Słowacji, Szwecji, Węgier, Włoch i Stanów Zjednoczonych), w których powstały zespoły robocze składające się z ekspertów reprezentujących profesje ważne dla systemu opieki zdrowotnej: lekarzy, prawników, bioetyków, specjalistów do spraw zdrowia publicznego. W rezultacie wieloletnich prac powstał raport (upubliczniony po raz pierwszy w 1996 roku), którego autorzy zgodzili się, że współczesna medycyna powinna dążyć do osiągnięcia czterech najważniejszych celów:

1. **Utrzymanie zdrowia.** W raporcie odrzucono definicję zdrowia, sformułowaną w 1947 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zgodnie z którą „zdrowie to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy kalectwa”. Autorzy omawianego dokumentu uznali to stwierdzenie nie tylko za nierealistyczne, ale za wręcz szkodliwe. Osiągnięcie pełnego dobrostanu w ogromnej większości przypadków nie jest możliwe, sformułowania takie przyczyniają się natomiast do rozbudzania nadmiernych oczekiwań, medykalizacji życia oraz wzrostu kosztów opieki zdrowotnej do poziomu grożącego załamaniem budżetu najbogatszego nawet państwa. W omawianym raporcie zdrowie zostało określone – w sposób bardziej realistyczny – jako brak poważniejszej choroby i związana z tym zdolność jednostki do funkcjonowania w wybranym otoczeniu społecznym i środowisku pracy oraz możliwość osiągnięcia założonych celów życiowych⁸.
2. **Łagodzenie bólu i cierpienia spowodowanych chorobami.** Autorzy raportu przypominają, że cel ten należy do najstarszych powinności lekarza; możemy go odnaleźć już w pismach autorów starożytnych. We współczesnej medycynie omawiany obowiązek bywa ignorowany. Badania prowadzone na przestrzeni kilku lat w pięciu amerykańskich klinikach uniwersyteckich pokazały, że 50% przytomnych pacjentów, którzy umierali w szpitalach, doświadczyło, według relacji ich rodzin, bólu od umiarkowanego do silnego przez połowę okresu umierania⁹. W Polsce problematyka łagodzenia cierpienia jest szczególnie zaniedbywana. Podejmowane w tym obszarze działania mają często charakter pozorny, a niekiedy wręcz propagandowy. Można tak ocenić m.in. akcję prowadzącą do uzyskiwania przez niektóre szpitale tytułu „Szpital bez bólu” sugerującą, że jest to usługa luksusowa, dostępna jedynie w wybranych placówkach leczniczych¹⁰. W rozważaniach dotyczących opieki zdrowotnej cierpienie bywa kojarzone zwykle z bólem fizycznym.

⁷ E. Nojszewska, W. Malinowski, R. Sikorski, *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 203.

⁸ M.J. Hanson, D. Callahan (red.), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Georgetown University Press, Washington 2007, s. 19; K. Szewczyk, *Cele etyczne i ograniczenia strukturalne w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia* [w:] J. Hartman, Z. Zalewski (red.) *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 42.

⁹ K. Szewczyk, *Cele etyczne...*, op. cit., s. 43.

¹⁰ P. Walewski, *Uwięzieni w cierpieniu*, „Polityka” 2011, nr 38, s. 66.

Równie dotkliwe, o czym przypominają autorzy raportu, bywa cierpienie psychiczne – obowiązek jego łagodzenia musi także stać się jednym z priorytetów.

3. **Opieka nad pacjentami, którzy nie mogą być wyleczeni.** Fascynacja możliwościami współczesnej medycyny nie powinna przesłaniać jej przedstawicielom faktu, że w przypadku części pacjentów priorytetem muszą stać się działania opiekuńcze. Trzeba przy tym pamiętać, że „opiekowanie się nie jest po prostu przejawianiem empatii i gotowości do rozmowy z pacjentem. Jest ono także zdolnością do rozmawiania i słuchania kompetentnego, (to znaczy) znajdującego rodzaje społecznego wsparcia potrzebnego do udzielania pomocy chorym i ich rodzinom w radzeniu sobie z szerokim spektrum problemów niemedycznych, które zazwyczaj towarzyszą chorobom”¹¹. Autorzy raportu wiele miejsca poświęcają (tak w Polsce niedocenianej) rehabilitacji, uznając ją za formę medycyny sytuującą się między leczeniem a opiekuńczością. Podkreślają, że zadania rehabilitacji, w zależności od potrzeb konkretnego pacjenta, są niezwykle zróżnicowane – od przywrócenia pełnej sprawności do spowolnienia procesów degeneracyjnych. Także w tym ostatnim aspekcie działania rehabilitacyjne muszą być traktowane jako jeden z ważnych celów medycyny.
4. **Zapewnienie warunków godnego umierania.** W raporcie padło stwierdzenie, że współczesna medycyna uczyniła śmierć „nie mniej, a bardziej skomplikowanym problemem”¹². Warto więc wrócić do wartości najprostszych i przypomnieć znane od wieków wyróżniki spokojnej śmierci, które Callahan w jednej ze swoich wcześniejszych prac określił w sposób następujący: a) pod wszechstronną i kompleksową opieką profesjonalnie przygotowanego personelu: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, duchownych, wolontariuszy; b) bez bólu i cierpienia – zagadnienie to ściśle łączy się z postulatem omówionym w punkcie 2; c) w otoczeniu bliskich – bez poczucia osamotnienia napawającego wielu chorych lękiem większym niż sam fakt kończącego się życia¹³.

Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalu publicznym musi służyć osiągnięciu scharakteryzowanych powyżej celów. Oznacza to konieczność uwzględniania specyfiki pracy osób zatrudnionych w szpitalu. Wśród najważniejszych czynników kształtujących te osobliwe warunki należy wymienić¹⁴:

- stałe obciążenie odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych ludzi;
- obcowanie z sytuacjami granicznymi (cierpieniem, śmiercią);
- dylematy decyzyjne związane z procesem stawiania diagnozy oraz wyborem sposobu postępowania terapeutycznego (w przypadku lekarzy);
- niemożność przewidzenia dużej części zadań połączona z całodobową gotowością do ich wykonywania;

¹¹ M.J. Hanson, D. Callahan (red.), *The Goals of Medicine...*, op. cit., s. 25; K. Szewczyk, *Cele etyczne...*, op. cit., s. 44.

¹² M.J. Hanson, D. Callahan (red.), *The Goals of Medicine*, op. cit., s. 29; K. Szewczyk, *Cele etyczne...*, op. cit., s. 46.

¹³ D. Callahan, *Pursuing a Peaceful Death*, „Hasting Center Report” 1993, Vol. 23, No. 4.

¹⁴ M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015; M. Małecka, *Czynniki obciążające w pracy w ochronie zdrowia – wybrane aspekty* [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

- niewielki stopień tolerancji niejednoznaczności i błędu;
- kumulacja zadań wymagających zarazem dużego stopnia samodzielności, jak i ekstremalnie wysokiej zdolności pracy zespolonej;
- trudności pomiaru efektów realizowanych działań;
- podwójne (kliniczne i administracyjne) podporządkowanie służbowe dużej części zatrudnionych.

3. Podmioty zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych

W zarządzaniu zasobami ludzkimi główną rolę odgrywają cztery grupy podmiotów: pracownicy, menedżerowie różnych szczebli (pełniący obowiązki przełożonych pracowników), dział personalny oraz naczelną kadra kierownicza. Spróbujmy zasygnalizować najważniejsze problemy związane z każdym z wymienionych podmiotów.

3.1. Pracownicy

Złożoność i trudność działań w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych wynika w znacznej mierze z faktu, iż w placówkach tych zatrudnieni są przedstawiciele bardzo wielu grup zawodowych. Poniżej zostaną omówione najważniejsze z nich.

3.1.1. Lekarze

Według obecnie obowiązujących przepisów dyplom lekarza medycyny zdobywa się po ukończeniu sześciolletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim, z czego ostatni rok w formie praktyki odbywa się w podmiocie leczniczym. Aby uzyskać prawo wykonywania zawodu, należy ponadto odbyć trzynastomiesięczny staż podyplomowy oraz zdać tzw. LEK (Lekarski Egzamin Końcowy). Kolejny etap to trwające zwykle pięć–sześć lat szkolenia w trakcie pracy zawodowej umożliwiające zdobycie tytułu lekarza specjalisty. Przed 1999 rokiem w Polsce obowiązywał dwustopniowy system specjalizacji – specjalizacja I stopnia (obejmująca 40 specjalizacji podstawowych) oraz specjalizacja II stopnia (obejmująca 28 specjalizacji szczegółowych). Obecnie funkcjonuje 77 specjalizacji ujętych w skomplikowany system modułowy. Złożone i czasochłonne procedury powodują, że proces uzyskiwania tytułu lekarza specjalisty trwa kilkanaście lat.

W grupie zawodowej lekarzy należy wyróżnić następujące stanowiska:

- lekarz stażysta (posiada tytuł zawodowy lekarza medycyny);
- lekarz młodszy asystent (posiada tytuł zawodowy lekarza medycyny i zdał Lekarski Egzamin Końcowy);

- lekarz asystent lub lekarz specjalista (posiada tytuł zawodowy lekarza medycyny oraz tytuł specjalisty lub ukończył specjalizację I stopnia);
- starszy lekarz specjalista lub lekarz starszy asystent (posiada tytuł zawodowy lekarza medycyny oraz tytuł specjalisty lub ukończył specjalizację II stopnia);
- kierownik lub ordynator oddziału, zakładu bądź pracowni (posiada tytuł zawodowy lekarza medycyny i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub jemu pokrewnej)¹⁵.

3.1.2. Pielęgniarki i położne

Proces kształcenia (uzyskiwania kwalifikacji zawodowych, prawa wykonywania zawodu oraz kolejnych stopni specjalizacji) pielęgniarek i położnych jest równie skomplikowany, co edukacja lekarzy. Wystarczy nadmienić, że w przypadku pielęgniarek specjalizacja obejmuje jedną z 15 podstawowych dziedzin, natomiast w przypadku położnych – jedną z czterech. Następny stopień doskonalenia zawodowego to kurs kwalifikacyjny w jednej z 21 dziedzin w przypadku pielęgniarek oraz w jednej z czterech w przypadku położnych (Dz.U. poz. 1562).

Wśród stanowisk zajmowanych przez przedstawicieli omawianej grupy zawodowej można wymienić następujące:

- stażysta pielęgniarstwa/położnictwa;
- pielęgniarka/położna;
- starsza pielęgniarka/położna;
- specjalista pielęgniarka/położna;
- młodszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa;
- asystent w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa;
- starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa;
- pielęgniarka/położna koordynująca i nadzorująca pracę innych;
- pielęgniarka/położna oddziałowa;
- specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii;
- naczelna pielęgniarka/położna.

Objęcie każdego z tych stanowisk uwarunkowane jest spełnieniem szeregu wymogów szczegółowo uregulowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których mogą być prowadzone specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. poz. 1562).

Zarządzanie grupą zawodową lekarzy oraz pielęgniarek i położnych musi uwzględniać następujące czynniki¹⁶:

- długotrwały proces nabywania kwalifikacji zawodowych;

¹⁵ P. Lenik, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 72.

¹⁶ M. Kautsch (red.), *Zarządzanie...*, op. cit., s. 91.

- ograniczone możliwości awansu w strukturze organizacyjnej (dla lekarza stanowisko ordynatora oddziału jest ostatnim stopniem kariery zawodowej w szpitalu);
- uznawanie (niemal wyłącznie) autorytetu osób należących do tej samej grupy zawodowej;
- małą liczbę personelu medycznego w Polsce (z wyjątkiem położnych), w porównaniu z państwami o zbliżonym poziomie rozwoju.

3.1.3. Inni pracownicy

Lekarze oraz pielęgniarki i położne to najliczniejsze grupy zawodowe w szpitalu publicznym. Oprócz nich w ramach działalności podstawowej zatrudniani są przedstawiciele wielu innych zawodów, takich jak: ratownik medyczny, psycholog, terapeuta zajęciowy, farmaceuta, logopeda, fizjoterapeuta, masażysta, audiofonolog, artterapeuta, elektroradiolog, instruktor terapii uzależnień, dietetyk, diagnosta laboratoryjny, laborant, protetyk słuchu, edukator do spraw diabetologii, edukator do spraw laktacji, specjalista do spraw promocji zdrowia, opiekun medyczny, dyspozytor medyczny, pracownik socjalny, higienista, statystyk medyczny, operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych itd.

Dużą grupę stanowią także przedstawiciele zawodów tzw. zabezpieczenia gospodarczego, w tym m.in.: elektrycy, elektromechanicy, spawacze, tokarze, konserwatorzy urządzeń technicznych, szefowie kuchni, pracownicy ochrony, portierzy, szatniarze itd. Do grupy pracowników administracyjnych, technicznych i ekonomicznych zaliczani są m.in. radcowie prawni, księgowi, kasjerzy, informatycy, specjaliści ds. bhp, intendentzi, bibliotekarze, kasjerzy, instruktorzy terapii pracą, referenci, archiwiści, sekretarki itd.¹⁷

Zróżnicowaniu zawodowemu pracowników szpitali publicznych towarzyszy odmiennosc ich sytuacji na rynku pracy. Kształtowanie systemów motywacyjnych, uważane powszechnie za najważniejszą funkcję zarządzania zasobami ludzkimi, staje się zadaniem skrajnie trudnym. Tradycyjne metody motywowania pracowników w warunkach, w których „przedstawiciele jednej grupy zawodowej w jeden dzień pracy osiągają poziom dochodu zbliżony do miesięcznego wynagrodzenia pracowników innych grup zawodowych”¹⁸, tracą rację bytu.

3.2. Bezpośredni przełożeni pracowników (menedżerowie różnych szczebli)

Marek Suchar¹⁹ określa bezpośredniego przełożonego jako naturalnego sprzymierzeńca w rozwoju kariery zawodowej pracownika. Trudno wyobrazić sobie ważniejsze zadanie

¹⁷ Por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. nr 151 poz. 896).

¹⁸ P. Lenik, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 78.

¹⁹ M. Suchar, *Kariera i rozwój zawodowy*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2003, s. 74.

menedżera niż troska o rozwój podwładnych. Kluczem jest tutaj dobór odpowiedniego stylu kierowania. Zgodnie z koncepcją przywództwa sytuacyjnego Kena Blancharda styl ten należy dopasować do poziomu kompetencji posiadanych przez pracownika. Według obrazowej terminologii stosowanej przez K. Blancharda można wymienić cztery etapy rozwoju pracownika:

1. **Entuzjastyczny debiutant.** Na tym etapie znajduje się pracownik, który dopiero zaczyna zajmować się danym typem zadań. Brakuje mu umiejętności, ale zazwyczaj jest pełen zapału i zaangażowania. Najważniejszym obowiązkiem przełożonego jest wówczas dostarczanie podwładnemu dokładnych wskazówek postępowania. Jak pisze K. Blanchard: „Przywódca powinien, dawać dokładne instrukcje i nadzorować funkcjonowanie pracownika w nowej roli, szczególną uwagę zwracając na osiągnięte przezeń wyniki. [...] Nauczanie i pokazywanie poprzez konkretne przykłady, jak pracują doświadczeni [pracownicy] oraz umożliwianie tych zachowań w warunkach niskiego ryzyka jest optymalnym sposobem zachowania wobec entuzjastycznego debiutanta”²⁰.
2. **Rozczarowany adept.** Na tym etapie pracownik ma już za sobą pewne doświadczenia związane z realizacją określonych zadań. Okazuje się zazwyczaj, że są one trudniejsze i bardziej złożone, niż początkowo myślał. Pojawiają się frustracja i zniechęcenie. W tej sytuacji najbardziej adekwatnym działaniem jest konsultowanie – nastawienie na dialog i uwzględnianie sugestii pracownika. Przełożony musi nadal dostarczać wskazówek i monitorować postępy – ważne jest jednak także zaangażowanie podwładnego w podejmowanie decyzji dotyczących sposobu wykonywania danej pracy. Kwestią kluczową staje się budowanie w pracowniku poczucia własnej wartości – przełożony musi pokazać, że wierzy w możliwości podwładnego.
3. **Kompetentny, lecz ostrożny praktyk.** To pracownik, który dobrze już wykonuje swoje codzienne obowiązki, jego umiejętności są na wysokim poziomie; problem w tym, że sam nie do końca w to wierzy. Jego nastawienie często się zmienia: jednego dnia ma poczucie, że poradzi sobie ze wszystkimi zadaniami, a drugiego dnia ogarniają go poważne wątpliwości. Mądry przełożony wie, że na tym etapie najbardziej adekwatnym stylem zarządzania jest wspieranie. Lider musi być w pobliżu, aby w razie potrzeby wspierać pracownika. Nie powinien jednak udzielać mu bezpośrednich instrukcji, lecz umiejętnie przez zadawanie pytań doprowadzić do tego, aby pracownik sam wypracował właściwy w danej sytuacji sposób postępowania.
4. **Samodzielny ekspert.** Jeżeli proces nabywania kompetencji przebiega prawidłowo, pracownik osiąga najwyższy poziom kompetencji określony jako samodzielny ekspert. Najbardziej efektywnym stylem przywództwa jest w tym przypadku delegowanie. Jak podkreśla K. Blanchard: „Styl ten umożliwia pracownikowi wzięcie odpowiedzialności za własną pracę, tj. podejmowanie decyzji wynikających z codziennego funkcjonowania oraz rozwiązywanie zaistniałych problemów. Zadaniem lidera jest w tym momencie

²⁰ K. Blanchard et al., *Przywództwo wyższego stopnia. Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych zespołów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 78.

okazanie zaufania do skuteczności samodzielnie funkcjonującego pracownika i zmotywowanie go poprzez dawanie mu wolnej ręki²¹. Specjaliści zajmujący się zarządzaniem zasobami ludzkimi podkreślają, że delegowanie zadań przynosi wiele korzyści, spośród których warto wymienić:

- wzmacnianie kultury organizacyjnej przez traktowanie pracowników jako jednostek kreatywnych, zaangażowanych i odpowiedzialnych;
- tworzenie partnerskich relacji między przełożonymi a podwładnymi;
- umożliwienie przełożonym odejścia od roli nadzorcy i sędziego, przyjęcie funkcji życzliwego konsultanta i doradcy;
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności pracowników za własny rozwój zawodowy.

Scharakteryzowane powyżej klasyczne zasady postępowania menedżerskiego muszą być dostosowane do uwarunkowań funkcjonowania szpitala. To prawda, że delegowanie zadań jest ważną funkcją kierowniczą, w organizacjach tego typu musi być jednak stosowane w sposób bardzo ostrożny. Znalezienie złotego środka między wspieraniem rozwoju pracowników, zwiększaniem ich samodzielności a zapewnieniem pełnego bezpieczeństwa każdemu pacjentowi stanowi jedno z głównych wyzwań stających przed osobami pełniącymi obowiązki bezpośrednich przełożonych w omawianej grupie placówek.

3.3. Dział personalny

W ogromnej większości szpitali publicznych rola działu personalnego sprowadza się do funkcji o charakterze administracyjnym²². Takie podejście stoi w sprzeczności ze współczesnym sposobem realizacji funkcji personalnej, w którym podkreśla się, że pracownicy wspomnianej komórki odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu zarządzania zasobami ludzkimi, niezależnie od branży i sektora, w których działa organizacja.

Wayne Brockbank i Dave Ulrich wyróżniają 29 funkcji, jakie pełnią specjaliści ds. personalnych, w tym m.in. rolę wewnętrznego konsultanta, „męża zaufania” personelu, specjalisty ds. kompetencji, eksperta w dziedzinie stosowania metod i narzędzi zarządzania, edukatora, mediatora, koordynatora, usługodawcy, eksperta w budowaniu relacji, eksperta w rozwiązywaniu problemów²³. W podsumowaniu łączą te role w pięć głównych grup:

1. **Partner strategiczny.** Pracownicy komórek personalnych dbają o to, aby wszystkie działania dotyczące pracowników tworzyły skoordynowaną całość. Są animatorami zmian; identyfikują problemy w organizacji, wypracowują metody ich rozwiązywania

²¹ Ibidem, s. 80.

²² M. Głowacka M. Sobkowski i T. Opala, *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym* [w:] M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 160.

²³ W. Brockbank, D. Ulrich, *Tworzenie wartości przez dział HR*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 207.

i przedstawiają działania na przyszłość. Koncentrują się na tym, aby pomóc organizacji w realizacji jej strategicznych celów.

2. **Deweloper kapitału ludzkiego.** Jak zauważają W. Brockbank i D. Ulrich, termin *kapitał* pochodzi od łacińskiego *caput*, czyli ‘głowa’. Można to odnieść do głównej wartości organizacji, którą są ludzie. Działania dewelopera obejmują wszystko, co dotyczy zwiększania potencjału zawodowego osób zatrudnionych w organizacji.
3. **Ekspert funkcjonalny.** Rola ta opiera się na czterech filarach. Filar pierwszy to umiejętność upraszczania skomplikowanych czynności oraz przetwarzania ich na codzienne działania. Filar drugi polega na tworzeniu wachlarza możliwych rozwiązań na podstawie znajomości teorii oraz modeli stosowanych w innych instytucjach. Filar trzeci tworzą kontakty z poszczególnymi jednostkami organizacji i wypracowywanie rozwiązań adekwatnych do ich specjalnych potrzeb. Filar czwarty to określenie ogólnej polityki i kierunku działań personalnych wspierających strategię realizowaną przez organizację.
4. **Rzecznik pracowników** to kolejna ważna rola działu personalnego. Jej istotę określają następujące słowa: „Troska o pracowników, słuchanie ich i odpowiadanie na ich potrzeby pozostaje jednym z filarów pracy specjalistów ds. zasobów ludzkich. Rola ta wymaga wczucia się w sytuację pracowników – słuchania tego, co mówią, zrozumienia ich obaw i wątpliwości, a jednocześnie postawienia się w roli menedżerów i przekazywania pracownikom wskazówek, co muszą robić, by osiągnąć sukces. Rzecznicy pracowników muszą być otwarci i troskliwi, a jednocześnie rozumieć i przekazywać różne punkty widzenia”²⁴.
5. **Lider HR.** Jak wiadomo, główną cechą liderów jest inspirowanie innych do działania. Aby stało się to możliwe, metody i narzędzia zarządzania zasobami ludzkimi stosowane w dziale personalnym powinny być przykładem do naśladowania dla wszystkich komórek organizacyjnych. Rekrutacja i selekcja, adaptacja zawodowa, szkolenia, relacje przełożony–podwładny, komunikacja między członkami zespołu i wszystkie inne elementy składające się na efektywną politykę personalną powinny w omawianym dziale charakteryzować się najwyższą, perfekcyjną wręcz jakością.

Znaczenia specjalistów działu personalnego (dobrze przygotowanych do pełnienia swoich funkcji) nie sposób przecenić. Ich zadania nie mogą jednak polegać na wyręczaniu bezpośrednich przełożonych pracowników, lecz muszą koncentrować się na wspieraniu i koordynowaniu zarządzania zasobami ludzkimi w skali całej organizacji. Konieczna jest harmonijna współpraca obydwu stron; jasne określenie zarówno zakresu obowiązków, jak i obszarów odpowiedzialności. Należy jednoznacznie ustalić, co stanowi domenę działania specjalisty ds. personalnych, co – bezpośredniego przełożonego, a co – obszar działań wspólnych. Uregulowanie tych kwestii ma duże znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania każdej organizacji. W szpitalach zaś stanowi wyzwanie szczególne, ze względu na wspomniane już zjawisko „podwójnego” podporządkowania służbowego znacznej części personelu.

²⁴ Ibidem, s. 208.

3.4. Naczelné kierownictwo organizacji

Sposób funkcjonowania organizacji determinują przede wszystkim decyzje podejmowane przez naczelné kierownictwo. Cokolwiek nie zostałyby (słusznie) powiedziane na temat tego, że prorozwojową kulturę organizacji tworzą wszyscy pracownicy, rola tej grupy osób pozostaje wiodąca.

Tadeusz Oleksyn²⁵ wśród kluczowych kompetencji, które powinny charakteryzować osoby zajmujące najwyższe stanowiska w organizacji, wymienia:

- umiejętność skutecznego kształtowania misji, wizji i strategii organizacji;
- umiejętność kształtowania optymalnych relacji między organizacją a otoczeniem zewnętrznym;
- umiejętność doboru właściwych ludzi na najważniejsze stanowiska w organizacji;
- umiejętność holistycznego (całościowego) podejścia do zagadnień;
- umiejętność koncentracji na najistotniejszych kwestiach;
- skuteczność w działaniu.

Jako podstawowe kryterium oceny działania menedżerów najwyższego szczebla określa się zwykle zwiększenie efektywności funkcjonowania organizacji. W przypadku dyrektorów szpitali taka ocena jest niezwykle trudna. Musiałaby uwzględniać szereg czynników, na które omawiana grupa menedżerów ma bardzo niewielki lub wręcz żaden wpływ. Warto tu przykładowo wymienić takie czynniki, jak: potencjał, którym dysponuje dana placówka, rodzaje oddziałów wchodzących w jej skład, sposób wyceny poszczególnych grup realizowanych procedur medycznych, uwarunkowania historyczne i społeczne rzutujące na odbiór szpitala w oczach okolicznych mieszkańców.

Z punktu widzenia dyrektora szpitala największym wyzwaniem w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi jest racjonalizacja zatrudnienia (zarówno jeśli chodzi o liczbę pracowników, jak i strukturę zajmowanych przez nich stanowisk). Doświadczenia menedżerów, którzy podjęli się tego zadania, nie są jednak zachęcające. Cel, którym mają służyć ich działania, często „przestaje być np. pod naciskiem lobby pracowniczego na organ prowadzący najważniejszy i zostaje płynnie zastąpiony przez cel zachowania status quo. Równocześnie jednak w przypadku nieosiągnięcia pierwotnego celu powstają w oczywisty sposób przesłanki do odwołania »niesprawdzającego się« kierownika. Tym samym cel, który został wytyczony przez organ prowadzący i do którego dąży menedżer, może na skutek oporu przed zmianami wewnątrz organizacji okazać się w pewnym momencie dla kierownika podmiotu mieczem obosiecznym. W efekcie menedżer nierzadko pozostaje całkowicie osamotniony w swoich działaniach [...]. Od lat pokutuje funkcjonujące w publicznej ochronie zdrowia powiedzenie, że dyrektora jest łatwiej odwołać (»wymienić«) niż portiera²⁶.

²⁵ T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi...*, op. cit., s. 106.

²⁶ P. Lenik, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 32–33.

Zadaniem naczelnego kierownictwa jest podejmowanie decyzji kształtujących strategię zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji. Działania te ze swej istoty wymagają perspektywy długoterminowej. Jak podkreśla T. Oleksyn, menedżerowi najwyższego szczebla zarządzania konieczna jest „dogłębna wiedza na temat organizacji obejmująca zarówno historię, jak i stan obecny; niezbędna jest znajomość ludzi, struktur, słabych i mocnych stron, stojących przed organizacją szans i zagrożeń”²⁷. Powoływanie kolejnego dyrektora szpitala po kilku, kilkunastu miesiącach pełnienia tej funkcji przez poprzednika trudno więc uznać za działanie racjonalne.

4. Podsumowanie

Szpital publiczny to organizacja specyficzna. Swoistość ta nie może jednak stanowić usprawiedliwienia dla nieudolności w obszarze zarządzania, powinna natomiast być impulsem do wypracowania adekwatnych metod, procedur i narzędzi. Podczas poszukiwania ich kształtu, trzeba pamiętać, że „opieka zdrowotna stanowi skomplikowany i zróżnicowany system [...], poprawiając jej funkcjonowanie, nie można zdać się całkowicie na mechanizmy rynkowe. System nie jest bowiem zdolny do osiągnięcia równowagi ekonomicznej”²⁸. Należy więc odrzucić łatwe recepty – nie sprawdzi się kopiowanie rozwiązań stosowanych w organizacjach biznesowych. Podejście polegające na tym, że szpital nazwiemy firmą, pacjenta – klientem, a lekarza – dostarczycielem usług, nie jest wyrazem nowoczesności, a dowodem głębokiego niezrozumienia istoty funkcjonowania omawianej grupy placówek leczniczych.

Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych wymaga zmian – to stwierdzenie, którego nie sposób zakwestionować. Muszą one być jednak przeprowadzane w sposób głęboko przemyślany, uwzględniający scharakteryzowane wcześniej cele działania szpitali publicznych. Podczas poszukiwania optymalnych rozwiązań należy krytycznie przeanalizować doświadczenia innych krajów; znajomość rozwiązań stosowanych tam, gdzie ochrona zdrowia funkcjonuje lepiej niż u nas, jest bowiem niezbędna²⁹. Warto także śledzić praktyki podejmowane przez liderów zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach leczniczych działających w Polsce³⁰. Inspiracji należy szukać również w innych, nawet odległych jednostkach sektora publicznego, które wypracowały w ostatnich latach szereg cennych rozwiązań dotyczących wprowadzania niezbędnych zmian (w tym także procesów o charakterze komercyjnym) w organizacjach pozabiznesowych.

²⁷ T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi...*, op. cit., s. 107.

²⁸ K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 9.

²⁹ E. Nojszewska, W. Malinowski, R. Sikorski, *Komercyjne...*, op. cit., s. 13.

³⁰ Por. M. Gałązka-Sobotka, *Słowo wstępne [w:] Liderzy zmian w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

Profesor Andrzej Szczeklik w swojej książce *Katharsis*³¹ przywołuje słowa Francesca Petrarke, który twierdził, że gdyby wziąć tysiąc ludzi cierpiących na tę samą chorobę i połowę z nich oddać w ręce lekarzy, a połowę pozostawić własnemu losowi, to ci ostatni mieliby większe szanse na wyleczenie. Postęp medycyny sprawił, że słowa te przestały być aktualne; obecnie przeważająca większość chorych zgłaszających się do lekarza może spodziewać się powrotu do zdrowia lub przynajmniej znacznego złagodzenia dolegliwości. Aby sprostać temu wyzwaniu, należy spełnić szereg warunków. Jednym z kluczowych jest właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – placówkach będących miejscem udzielania pomocy osobom cierpiącym na poważne schorzenia zdrowotne.

Bibliografia

1. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
2. Blanchard K. et al., *Przywództwo wyższego stopnia. Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych zespołów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. Brockbank W., Ulrich D., *Tworzenie wartości przez dział HR*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
4. Callahan D., *Pursuing a Peaceful Death*, „Hasting Center Report” 1993, Vol. 23, No. 4, s. 32–38.
5. Gałązka-Sobotka M., *Słowo wstępne [w:] Liderzy zmian w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
6. Głowacka M., Sobkowski M., Opala T., *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym [w:] M. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
7. Hanson M.J., Callahan D. (red.), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington 2007.
8. Jamka B., *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał?*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
9. Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
10. Lenik P., *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
11. Małecka M., *Czynniki obciążające w pracy w ochronie zdrowia – wybrane aspekty [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
12. Nojszewska E., Malinowski W., Sikorski R., *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
13. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi – ujęcie funkcjonalne i procesowe [w:] A. Bitkowska, E. Weiss (red.). Metody podejścia procesowego w polskich organizacjach*, Vizja Press, Warszawa 2015.

³¹ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków 2002.

14. Ostrowska A., *Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent – lekarz* [w:] J. Hartman, M. Waligóra (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Wolters Kluwer Warszawa, 2011.
15. Ryć K., Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
16. Skrzypczak J., Haczyński J., *Problemy szacowania wydatków na prywatne usługi medyczne w Polsce*, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 2010, nr 25, s. 265–275.
17. Suchar M., *Kariera i rozwój zawodowy*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2003.
18. Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków 2002.
19. Szewczyk K., *Cele etyczne i ograniczenia strukturalne w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia* [w:] J. Hartman, Z. Zalewski (red.) *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
20. Walewski P., *Uwięzieni w cierpieniu*, „Polityka” 2011, nr 38.

Managing Human Resources in Public Hospitals: Issues and Challenges

Abstract

The paper focuses on human resource management in public hospitals – organisations, whose role is central to the healthcare system in Poland. The starting point for considerations included is the paper lies in the assertion that activities within human resource management are driven by the accomplishment of goals of a particular organisation, which employs these human resources. The author attempts to find out what are the goals of a public hospital and describes (at the level of an organisation) issues and challenges involved in managing human resources in these medical institutions.

Keywords: public hospital, managing human resources

JEL classification codes: O15
