

Aspekty prawne i społeczno-gospodarcze w zabezpieczeniu personelu medycznego w publicznych podmiotach leczniczych

Legal and social-economic aspects of the protection of medical
personnel in public healthcare entities

mgr Piotr Parjaszewski

E-mail: parjaszewski@gmail.com

Streszczenie

W artykule przedstawiono czynniki ekonomiczne i pozaekonomiczne motywujące personel medyczny do podejmowania i kontynuowania zatrudnienia w podmiotach leczniczych. Przeprowadzona analiza wskazuje, że najważniejszymi czynnikami nieekonomicznymi są: forma zatrudnienia, czas pracy, jakość procesu rekrutacji, jakość świadczonych usług medycznych, atmosfera oraz ogólna satysfakcja z pracy. Czynniki te zostały przeanalizowane w artykule pod kątem możliwych działań, które mogą podjąć kierownicy podmiotów leczniczych w celu poprawy zarządzania zasobami ludzkimi i zabezpieczenia odpowiedniego personelu medycznego w zarządzanej jednostce. Ogólnym wnioskiem jest zalecenie wprowadzenia „miękkiego” modelu zarządzania zasobami ludzkimi, który koncentruje się na kulturze organizacyjnej i relacjach międzyludzkich, a nie na rachunku ekonomicznym i konkurencji między członkami personelu, co jest typowe dla częściej spotykanego „twardego” zarządzania zasobami ludzkimi.

Słowa kluczowe: : personel medyczny, zatrudnienie, zasoby ludzkie

Summary

The article presents economical and non-economical factors motivating medical personnel to take up and continue employment in medical entities. Analyzed practical tests indicate that the most important non-economical factors are: form of employment and the agreed working time, a quality of the recruitment process, level of medical services provided to a healthcare entity and general work atmosphere as well as level of satisfaction in a healthcare entity. These factors were analyzed in the article in terms of what is possible for heads of healthcare entities to improve human resource management to ensure the appropriate medical personnel in the managed entity. The general conclusion is the recommendation to introduce a "soft" model of human resource management, which is focusing on organizational culture and interpersonal relations rather than on economic calculation and competition between members of personnel, which is typical for more often encountered "hard" model of human resource management.

Key words: medical personnel, employment, human resource

Wstęp

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane są w Polsce przez wysokospecjalistyczne podmioty lecznicze. Fundamentalne znaczenie dla zgodnej z aktualną wiedzą medyczną realizacji ich ustawowych celów ma, z oczywistych względów, zabezpieczenie potencjału pracowniczego, który ma odpowiednią wiedzę, predyspozycje, umiejętności i wykazuje pożądane postawy.

To od kierownika podmiotu leczniczego i stopnia skuteczności wykorzystywanego przez niego systemu zarządzania zasobami ludzkimi, w tym rekrutacji nowych lekarzy, za-

leży, czy prowadzona przez niego „firma” będzie sprawnie realizowała kontrakt medyczny z Narodowym Funduszem Zdrowia, poprawiała wyniki finansowe poszczególnych oddziałów szpitalnych, a także sprawnie działała w obszarze planowania, monitorowania i kontrolowania ilości i jakości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Personel medyczny, z którego można wyodrębnić lekarzy, diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarki, rehabilitantów, techników oraz położne na odpowiednim poziomie profesjonalizmu, jest więc najważniejszym i najbardziej wartościowym składnikiem aktywów, który umożliwia szpitalom prawidłowe funkcjonowanie.

Jednocześnie z raportów OECD wynika, że „jeszcze w 2017 r. wykonujących zawód lekarzy było 134.397, co pozwalało nam uzyskać wskaźnik 2,3 lekarzy na 1.000 mieszkańców i klasyfikowało nas to na końcu unijnej stawki” (PW, 2017). Sytuacja niewiele poprawiła się w roku 2018 — według danych na 31.10.2018 r. liczba lekarzy wykonujących zawód wzrosła do 137.654 (Kędziński, 2018)

Istotny jest w tym kontekście problem związany z odpływem personelu medycznego do krajów starej Unii. Lekarze oraz pozostali członkowie personelu medycznego stają się więc silniejszą stroną stosunku zatrudnienia, która może stawiać wysokie wymagania pracodawcom przy negocjacji warunków swojego zatrudnienia. Jak pokazał w 2017 r. protest Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, interes lekarzy zatrudnianych w podmiotach leczniczych znacznie różni się od interesu podmiotów zatrudniających te osoby, dlatego również środki — argumenty ekonomiczne i pozaekonomiczne, którymi muszą posługiwać się osoby zarządzające szpitalami, aby zachęcić lekarzy do podjęcia pracy na ich rzecz — muszą być coraz efektywniej wykorzystywane. Bez tego niemożliwa będzie stopniowa poprawa sytuacji kadrowej w służbie zdrowia,

Celem niniejszego artykułu jest omówienie wybranych aktualnych uwarunkowań prawnych i społeczno-gospodarczych dotyczących personelu medycznego, które stanowiąc będzie jednocześnie wskazanie kierunków, w jakim powinno iść prawidłowe ukształtowanie regulacji prawnej w odniesieniu do tej grupy pracowników. Uwzględnienie uwarunkowań społeczno-gospodarczych i rzeczywistego stosowania już obowiązujących norm prawnych pozwoli na zaproponowanie wprowadzenia regulacji odpowiadających potrzebom podmiotów leczniczych, a zwłaszcza publicznych podmiotów leczniczych w sferze rynku pracy funkcjonującego w środowisku medycznym. W artykule wskazano wybrane aspekty społeczno-gospodarcze i prawne, które mogą być ważne dla personelu medycznego przy decydowaniu o podejmowaniu i kontynuowaniu zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym, oraz środki organizacyjne i prawne, z których kierownicy podmiotów leczniczych powinni korzystać przy kontraktowaniu i motywowaniu personelu, zwłaszcza takie, które odpowiadają niematerialnym potrzebom pracowników i nie muszą wymagać znaczącego podniesienia nakładów finansowych ponoszonych przez podmiot leczniczy.

Podaż kadrowa w służbie zdrowia

Wspomniana wcześniej liczba 137.654 aktywnie wykonujących zawód lekarzy jest uważana za dalece niewystarczającą w świetle zapotrzebowania społecznego oraz w porównaniu do innych krajów unijnych. Według przeprowadzonych w 2017 r. badań OECD w tymże roku wskaźnik lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców kraju wynosił w Polsce 2,3 lekarzy na 1.000 mieszkańców, co plasowało nas na końcu statystyk unijnych. Więcej lekarzy na osobę przypadało chociażby w Grecji (6 lekarzy na 1.000 mieszkańców) czy w Niemczech (4 lekarzy na 1.000 mieszkańców). Na

Litwie było to 4,3 lekarza na 1000 mieszkańców a w Czechach 3,7 lekarza na 1000 mieszkańców. Średnia dla krajów OECD, do których należą również takie państwa jak Indie czy Meksyk, wynosi 3,4 lekarza na 1000 mieszkańców. (Infor.pl, 2018).

Problem stanowi również liczba pielęgniarek, których ubywa z roku na rok. Głównym czynnikiem wpływającym na taki stan rzeczy jest emigracja zarobkowa wykwalifikowanych pielęgniarek i położnych do krajów „starej Unii”, gdzie mogą one liczyć na większe zarobki. Jak wynika z danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, aktualnie w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych zarejestrowanych jest ich nieco ponad 280.000. Oznacza to, iż statystycznie na 1.000 mieszkańców przypada 5,4 pielęgniarek, co plasuje Polskę w końcówce krajów OECD (dla porównania w Niemczech wskaźnik ten wynosi 11,3 a w Szwajcarii — 16, w Czechach — 7,93 a na Węgrzech — 6,41) (Infor.pl, 2018).

Oddzielnym problemem jest średnia wieku pozostających na rynku lekarzy i pielęgniarek. Jak wynika z przytoczonych wyżej danych Naczelnej Rady Lekarskiej, najwięcej aktywnych lekarzy znajduje się w grupie wiekowej 51–55 lat. Średnia wieku rośnie także wśród pielęgniarek, gdzie wynosi około 50 lat. Nie stanowi to optymistycznej prognozy na przyszłość.

Niedobór kadrowy występujący na rynku zatrudnienia prowadzi do kluczowego wniosku, iż konieczne są systemowe działania ustawodawcy, które pozwolą podmiotom leczniczym na zatrudnienie i utrzymanie odpowiedniej liczby odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego.

W tym kontekście ryzykowne byłyby beczynność ustawodawcy i stawianie w trudnej sytuacji kierowników podmiotów leczniczych. Warto dodać, że nawet w obecnym stanie prawnym muszą oni podejmować zintensyfikowane wysiłki w celu zapewnienia sobie należytego zasobu kadrowego, przy niejednokrotnie ograniczonych możliwościach finansowych. Powinno to zwrócić uwagę kierowników na poszukiwanie innych niż materialne motywatorów oddziałujących na lekarzy i pozostały personel medyczny, skłaniających pracowników do podejmowania i kontynuowania zatrudnienia w prowadzonych przez tychże kierowników placówkach.

Dychotomia materialnych i niematerialnych czynników motywacyjnych

Nie ulega wątpliwości, że realizacja celów stojących przed publicznym podmiotem leczniczym wymaga zapewnienia przez kierownika podmiotu należytego zaplecza osobowego w postaci wykwalifikowanego, kompetentnego i odpowiednio zmotywowanego personelu medycznego. Jeśli chodzi o personel medyczny szczególnie kluczowa pozostaje rola zatrudnionych lekarzy.

Czynniki wpływające na decyzje członków personelu medycznego w przedmiocie własnego zatrudnienia można podzielić na te, które będą miały większe znaczenie przy podejmowaniu decyzji o podjęciu zatrudnienia w danym podmiocie, oraz te, które w większym stopniu będą wpły-

wać na motywację do kontynuowania zatrudnienia w aktualnym miejscu.

Zasadnicze rozróżnienie należy jednak przeprowadzić na linii: czynnik materialny (szeroko pojęte zasady wynagrodzenia) oraz czynniki niematerialne. Intuicyjne postrzeganie zagadnienia sugerować może, iż zdecydowane i niemal wyłączne znaczenie będzie miał przede wszystkim czynnik materialny — spełnienie oczekiwań finansowych kandydatów na członków personelu czy też oczekiwań personelu już zatrudnionego. Jednakże pogłębiona analiza zagadnienia wskazuje, że większą niż można by przypuszczać rolę odgrywają również czynniki niematerialne, takie jak: czas pracy i realne obciążenie pracą, forma zatrudnienia, jakość usług medycznych świadczonych w danym podmiocie leczniczym czy relacje ze współpracownikami oraz przełożonymi.

Czynnik materialny — spełnienie oczekiwań finansowych członków personelu medycznego

Mimo rosnącej roli czynników niematerialnych nie sposób nie podkreślić szczególnej roli, jaką odgrywa czynnik ekonomiczny w postaci szeroko pojętego wynagrodzenia za wykonywaną pracę.

Dostępna wiedza teoretyczna oraz przeprowadzone badania praktyczne wskazują, że czynnik materialny rzeczywiście pozostaje najistotniejszą okolicznością decydującą o stosunku do pracy w opinii lekarzy. Wyniki nie są jednak tak jednoznaczne w odniesieniu do pozostałych grup członków personelu medycznego.

Badania przeprowadzone przez Joannę Jończyk wskazują, iż wynagrodzenie jako czynnik wpływający na stosunek do pracy wskazało najwięcej, bo aż 95% spośród przepytanych lekarzy. Co ciekawe, na czynnik ten wskazało jedynie 50% badanych porównawczo lekarzy amerykańskich. Przytoczone badanie przeprowadzono na próbie 50 lekarzy — 20 z polskiego szpitala i 30 ze szpitala amerykańskiego. Wzięto pod uwagę odpowiedzi zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Przedział wiekowy badanych objął zakres od 30 do 50 lat.

Niemal równie często wskazywano jednak na takie czynniki, jak „satysfakcja z pracy” — 90% czy „atmosfera w pracy” — 86%, a niejednokrotnie zaznaczano również „rozwój zawodowy” czy „organizację pracy” (Jończyk, 2008, s. 267). Wszystkie te czynniki należy zakwalifikować jako niematerialne, a do tego powiązane z konkretnym miejscem, w jakim praca lekarza jest wykonywana.

Do podobnych wniosków prowadzą badania przeprowadzone przez Katarzynę Zadros w 27 szpitalach Województwa Śląskiego na próbie 635 pielęgniarek, 481 lekarzy oraz 364 pozostałych członków personelu medycznego (rehabilitanci, fizjoterapeuci, psychologowie kliniczni, laboranci medyczni, technicy radiologii oraz dietetycy). Badani zostali poproszeni o wskazanie czynnika najsilniej motywującego ich do pracy. Wyniki wskazują, że wynagrodzenie pozostaje najważniejszym i najsilniej motywującym czynnikiem do pracy w odniesieniu przynajmniej do lekarzy — czynnik

ten wskazało 162 na 481 badanych. Na drugim miejscu znalazł się prestiż, który jako kategoria związana nie tyle z pracą w konkretnym środowisku (podmiocie leczniczym), co z ogólnym wykonywaniem zawodu lekarza pozostaje neutralny w kontekście porównania wpływu czynników materialnych i niematerialnych. Na trzecim miejscu znalazła się odpowiedź „to, że lubię moją pracę”, którą można zakwalifikować jako powiązaną z miejscem pracy (podmiotem leczniczym) wartość niematerialną. Odmienne okazały się odpowiedzi zatrudnionych z pozostałych kategorii personelu medycznego — pielęgniarki i położne w pierwszej kolejności wskazały na „współpracowników” oraz „to, że lubię swoją pracę” (czynniki niematerialne i silnie związane z konkretnym miejscem pracy), a u pozostałych grup zawodowych odpowiedzi rozkładały się dość równomiernie, przy czym na pierwszym miejscu wskazano „prestiż”, na drugim „to, że lubię swoją pracę”, a dopiero na trzecim miejscu „pieniądze” (Zadros, 2011, s. 317). Z badań wyprowadzono również wnioski, iż „duże znaczenie pieniądza w motywacji tej grupy zawodowej [lekarzy — przyp. aut.] może wynikać z faktu, iż większość lekarzy (317 z 481 badanych) zatrudniona była w oparciu o kontrakt medyczny. To sprawia, iż byt lekarzy i ich rodzin jest całkowicie uzależniony od wielkości kontraktu i rzeczywistych możliwości świadczenia pracy” (Zadros, 2011, s. 321). Warto również w tym kontekście zwrócić uwagę, iż w badaniu Joanny Jończyk na stabilność zatrudnienia jako ważny czynnik motywacji do pracy wskazało aż 55% badanych. Będzie to stanowiło punkt wyjścia do omówienia roli formy zatrudnienia jako jednego z istotnych czynników niematerialnych.

Czynniki niematerialne motywujące personel medyczny do podjęcia i kontynuowania pracy w podmiocie leczniczym

Wymiar czasu pracy i przewidywany stopień obciążenia pracą w ramach zatrudnienia w podmiocie leczniczym

Przytaczane wcześniej badania wskazują na istotne znaczenie czynników niematerialnych dla poziomu motywacji personelu medycznego, wśród których szczególne znaczenie nadać trzeba często wskazywanym: atmosferze w miejscu pracy (relacje ze współpracownikami) oraz relacjom z przełożonymi. Czynniki te jednak zazwyczaj nie muszą być znane pracownikowi medycznemu rozważającemu podjęcie pracy w danym podmiocie leczniczym, jako że ich ocena kształtuje się dopiero w trakcie podjętego już zatrudnienia w danej placówce.

Upřednio więc należy zwrócić uwagę na te czynniki, które będą miały znaczenie jeszcze w momencie podejmowania decyzji o podjęciu zatrudnienia przez danego lekarza bądź innego członka personelu w danym podmiocie.

Nie ulega wątpliwości, iż lekarz lub inny członek personelu medycznego, podejmując decyzję o podjęciu zatrudnienia

w danym podmiocie leczniczym, będzie oczekiwał uwzględnienia jego oczekiwań dotyczących przyszłego wymiaru czasu pracy jak i formy zatrudnienia. Jednocześnie kierownik podmiotu leczniczego będzie zainteresowany takim ustaleniem powyższych kwestii, by w pełni zaspokoić potrzeby personalne prowadzonego podmiotu. Jednym z czynników decydujących o powodzeniu negocjacji będzie umiejętne doprowadzenie do porozumienia w tej materii.

Z pewnością przedmiotem ustalenia będzie, czy czas pracy kandydata na członka personelu będzie stały czy ruchomy, a także uregulowaniu podlegać będą kwestie jego maksymalnego wymiaru. Szczególna rozbieżność może pojawić się na polu zastosowania klauzuli opt-out (czyli dobrowolnej i wyrażonej na piśmie zgodzie lekarza do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym), stanowiącej *de facto* zgodę pracownika medycznego na pracę w wymiarze wykraczającym poza ustawowe normy czasu pracy. Kierownik podmiotu leczniczego może być zainteresowany zatrudnieniem pracownika z uwzględnieniem przedmiotowej klauzuli, co pozwoli mu w większym stopniu pokryć zapotrzebowanie kadrowe, a z kolei może nie spotkać się to z przychylnością pracownika, niekoniecznie zainteresowanego ponadnormatywnym świadczeniem pracy.

Należy w tym miejscu zaakcentować powszechnie znany i częsty problem przepracowania dotyczący pracowników personelu medycznego, w szczególności lekarzy. Niezbędne z punktu widzenia zarówno należytej realizacji celów podmiotu leczniczego, jak i dobrostanu psychicznego i satysfakcji lekarza jest, by ostatecznie ustalone wymiar i zasady pracy lekarza nie przekraczały akceptowalnych norm i fizycznych ograniczeń każdego organizmu.

Wziąwszy pod uwagę powyższe, a także fakt, iż klauzula opt-out może być w każdym czasie wypowiedziana przez pracownika medycznego, należy skłonić się ku stanowisku, że kierownik podmiotu leczniczego powinien być zainteresowany nie tylko pokryciem potrzeb kadrowych prowadzonej placówki, ale też należyty poziomem świadczenia usług medycznych przez zatrudniony personel, co wiąże się z akceptowalnym i obopólnie, w sposób niewymuszony, ustalonym wymiarem czasu pracy każdego poszczególnego pracownika. Wydaje się, że realia rynku pracowniczego, jakie panują obecnie w środowisku medycznym, w połączeniu z prawnymi instrumentami dopuszczającymi jednostronne wypowiedzenie klauzuli opt-out, powinny skłonić kierowników podmiotów medycznych do zliberalizowania swoich oczekiwań w zakresie czasu pracy kandydatów na członków personelu medycznego, w szczególności ograniczenia zawierania klauzuli opt-out tylko do tych przypadków, w których jest to rzeczywiście niezbędne z punktu widzenia potrzeb kadrowych placówki i gdzie występuje wyraźna zgoda pracownika na zawarcie takiej klauzuli. Powinno zwiększyć to szanse kierownika podmiotu na każdorazowe znalezienie kandydata na poszukiwane stanowisko pracy.

Powyższe wnioski w zakresie dużego znaczenia wymiaru czasu pracy zostały również potwierdzone w odniesieniu do pielęgniarek w badaniu przeprowadzonym przez Kamilę Cwandę, Natalię Jabłońską, Natalię Bartczyk i Annę Stan-

kiewicz-Mróz. Wnioski płynące z badania jednoznacznie wskazują, iż istnieje pozytywna korelacja między rzeczywistym wymiarem czasu pracy pielęgniarek a odczuwaną przez nie motywacją do pracy oraz jakością świadczonej pracy (Cwanda *et al.*, 2017, s. 5–21).

Forma zatrudnienia

Kwestia formalnie ustalonego oraz rzeczywistego czasu pracy członków personelu medycznego pozostaje w ścisłym związku z proponowaną i zawartą formą zatrudnienia. Członkowie personelu medycznego mogą być zatrudniani na podstawie umowy o pracę oraz kontraktów cywilnoprawnych. Jak wskazują dostępne badania, w przypadku lekarzy występują różne preferencje co do formy — zależnie od oczekiwań, lekarze mogą być zainteresowani zaletami zarówno umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej (tzw. kontraktu). Argumentami przemawiającymi za kontraktem są: dowolność w zakresie ustalenia czasu jego trwania, zasad rozwiązania, określenia zasad wynagrodzenia (np. od godziny lub od pacjenta), a także niższy sumaryczny koszt, wynikający z mniejszych obciążeń z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego dla obu stron umowy. Z reguły przekładać się to będzie na uzyskiwanie przez lekarza wyższego dochodu netto. Negatywnym aspektem zawierania kontraktu jest ryzyko związane z zaprzestaniem świadczenia usług przez lekarza, np. wskutek choroby własnej. Zależnie od konkretnych uregulowań umowy łączącej strony, konsekwencją może być, wobec braku ochrony Kodeksu pracy, brak prawa do wynagrodzenia bądź zasiłku w okresie zaprzestania usług, czy nawet nałożenie kar umownych lub wprowadzenie obowiązku zapewnienia zastępstwa (Bugdol, Bugaj, Stańczyk, 2012, s. 20).

W przypadku pielęgniarek wyraźną preferencją jest zawarcie umowy o pracę, a jedną z głównych tego przyczyn jest obowiązywanie regulacji dotyczących dopuszczalnego czasu pracy. Na formę umowy o pracę na czas nieokreślony jako preferowaną wskazało 72% badanych pielęgniarek przy bardzo niskim odsetku odpowiedzi negatywnych. Dokładnie taki sam odsetek badanych wskazał, iż taka forma zatrudnienia pozytywnie wpływa na ich motywację i chęć pozostania w aktualnym miejscu pracy. Wśród korzyści posiadania umowy o pracę badane wskazywały w kolejności od najczęstszej odpowiedzi: stabilizację i bezpieczeństwo zatrudnienia, przywileje z tytułu pracownika w postaci urlopów, pewność stałego wynagrodzenia, określony czas pracy. Jako zagrożenia z tytułu umowy o pracę badane wskazywały głównie mniejsze podstawowe wynagrodzenie oraz problemy z indywidualnym dostosowaniem czasu pracy do pracownika (Cwanda *et al.*, 2017, s. 5–21).

Wydaje się zatem, że o ile w odniesieniu do lekarzy kwestia formy zatrudnienia powinna pozostawać każdorazowo przedmiotem ustaleń z poszczególnym kandydatem, o tyle w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i pozostałych członków personelu medycznego można wyjść z założenia, że proponowanie umowy o pracę powinno generalnie przełożyć się na zwiększoną skuteczność rekrutacji pracowników.

Powyższe wskazuje, że ustalenia w przedmiocie czasu pracy będą miały istotne znaczenie dla każdej kategorii personelu, a dodatkowo w przypadku pielęgniarek — istotne znaczenie mieć będzie proponowana forma zatrudnienia, gdzie preferowaną formą jest najczęściej umowa o pracę na czas nieokreślony. Kierownik podmiotu leczniczego, chcąc zachęcić odpowiadającego jego preferencjom kandydata na członka personelu do wstąpienia w szeregi pracowników, powinien mieć na uwadze przedstawiane przez niego oczekiwania co do ram czasowych pracy oraz, w miarę możliwości, oczekiwania co do przyszłej formy zatrudnienia.

Jakość przygotowania procesu rekrutacyjnego oraz jakość usług medycznych w podmiocie leczniczym

Przeprowadzone przez Joannę Jończyk badania dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych doprowadziły do wniosku, iż można wskazać liczne błędy i zaniedbania na etapie wewnętrznych procedur regulujących proces rekrutacji i selekcji potencjalnych kandydatów na członków personelu medycznego (Jończyk, 2008, s. 126–143). „Podmioty lecznicze nie tworzą w procesie doboru personelu medycznego dostatecznych opisów stanowisk prac, nie wskazują profili kwalifikacyjnych na poszczególne stanowiska, które mogłyby poprawić mechanizm wylaniania najlepszych kandydatów. Źle przygotowana — uboga i nieprecyzyjna oferta zatrudnienia na danym stanowisku, co dotyczy zarówno lekarzy jak i innych członków personelu, może doprowadzić do jej pominięcia przez potencjalnie zainteresowanego i odpowiadającego potrzebom podmiotu leczniczego kandydata” (Kautsch, 2015, s. 300–302).

Czynnikiem, który może wpłynąć na decyzje lekarza lub innego członka personelu o podjęciu bądź niepodjęciu pracy w danej placówce leczniczej, jest również „uzyskana wiedza w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie. Przeprowadzone badania w zakresie poziomu zmotywowania do pracy lekarzy i innych członków personelu medycznego wskazują na wyraźne znaczenie jakości sprzętu medycznego jakim dysponuje placówka lecznicza. Od jakości sprzętu medycznego w zasadniczym stopniu zależy często jakość przeprowadzonego zabiegu czy postawionej diagnozy, co w oczywisty sposób przekłada się na poziom zadowolenia »obsłużonego« klienta-pacjenta, a zarazem, na poziom satysfakcji czy też odmiennie — frustracji »świadczącego usługę« lekarza czy innego członka personelu” (Bugdol, Bugaj, Stańczyk, 2012, s. 52).

Poziom ogólnego zadowolenia z pracy panujący wśród zatrudnionego w podmiocie leczniczym personelu medycznego

Mimo iż zasadniczo czynniki takie jak atmosfera pracy panująca w podmiocie leczniczym czy też ogólny poziom satysfakcji z pracy odczuwany przez członków personelu będą istotne raczej dla decyzji o kontynuowaniu zatrudnienia

w aktualnym miejscu pracy (a nie samego podjęcia nowej pracy), niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, w której lekarz lub inny pracownik podejmie działania zmierzające do ustalenia stanu rzeczy w tym zakresie już na etapie podejmowania decyzji o podjęciu zatrudnienia. W tym celu można chociażby zasięgnąć informacji od znanych sobie zatrudnionych w podmiocie leczniczym innych osób.

Badania wskazują, że „brak satysfakcji z pracy jest, obok niskich zarobków, główną przyczyną rezygnacji z pracy niższego personelu medycznego. Jako proponowane rozwiązanie tego problemu wskazuje się wzmacnianie kultury korporacyjnej panującej w podmiocie leczniczym poprzez budowanie zespołów pracowniczych. Rozwiązanie to opiera się na założeniu, że istnieje korelacja między poziomem satysfakcji zawodowej pracownika a pracą w grupie, przy czym szczególnie istotne jest, by zespoły te nie były jednorodne i umożliwiały personelowi medycznemu możliwość pozyskiwania wiedzy z różnych dziedzin (a więc nie tylko medycznej, ale też z zakresu np. zarządzania, psychologii, ekonomii) oraz od zróżnicowanych osób z różnym doświadczeniem zawodowym” (Bugdol, Bugaj, Stańczyk, 2012, s. 17–18).

Podsumowanie

Jakkolwiek czynnik materialny pozostaje niezwykle istotny, być może najważniejszy co najmniej w stosunku do grupy zawodowej lekarzy, to na podjęcie decyzji o rozpoczęciu zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym, jak również na motywację w kierunku kontynuowania pracy w podmiocie leczniczym, znaczący wpływ mają również czynniki niematerialne, ściśle związane z okolicznościami dotyczącymi danego konkretnego podmiotu leczniczego. Potwierdzają to dostępne badania praktyczne przeprowadzone w tym zakresie.

Dają się zauważyć wyraźne rozbieżności między stanowiskami lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz innych członków personelu medycznego. O ile w przypadku lekarzy czynnik materialny pozostaje najbardziej decydujący, to w przypadku pozostałych kategorii pracowników kluczowego znaczenia nabierają czynniki niematerialne związane z organizacyjnymi aspektami funkcjonowania danego podmiotu leczniczego. Można to zjawisko wyjaśnić znacznie wyższymi oczekiwaniami finansowymi lekarzy, dla których należyte ich spełnienie stanowi warunek *sine qua non* podjęcia pracy w danym podmiocie leczniczym. Ogólnie gorsze perspektywy materialne, jakie dotyczą pozostałych członków personelu medycznego, a w szczególności pielęgniarek i położnych, skłaniają do poszukiwania i znajdowania motywacji w podjęciu i kontynuowaniu pracy w danym podmiocie leczniczym w przyjaznych warunkach w nim panujących, dobrej kulturze organizacyjnej, a także w satysfakcji płynącej z samego faktu świadczenia innym ludziom pomocy medycznej.

Odpowiedzią na taki stan rzeczy ze strony kierowników podmiotów leczniczych powinno być jak najczęstsze wprowadzanie w zarządzanych placówkach „miękkiego” mode-

lu zarządzania zasobami ludzkimi, cechującego się skupieniem na relacjach i stosunkach międzyludzkich, kładącego nacisk na poczucie odpowiedzialności i misji społecznej wśród członków personelu. Model ten stanowi opozycję do dominującego obecnie modelu „twardego”, charakterystycznego dla podmiotów zorientowanych na produktywność i wydajność przy minimalizacji kosztów, kreującego

rywalizacyjną kulturę organizacyjną. Możliwie częste wprowadzanie modelu „miękkiego”, lepiej odpowiadającego postulowanym potrzebom personelu medycznego, może poprawić skuteczność kontraktowania oraz poziom motywacji wśród pracowników podmiotów leczniczych, bez ponoszenia dodatkowych nakładów pieniężnych przez ich kierowników.

Bibliografia

- Bugdol, M., Bugaj, J., Stańczyk, I. (2012). *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*. Wrocław: Conlinuo.
- Cwanda, K., Jabłońska, N., Bartczyk, N., Stankiewicz-Mróż, A. (2017). Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej. Organizacja i Zarządzanie* (69), 5–21.
- Infor. pl. (2018). *Brakuje lekarzy i pielęgniarek*. <https://ksiegowosc-budzetowa.infor.pl/kadry-i-place/pracownicy-sluzby-zdrowia/770069>, *Brakuje-lekarzy-i-pielęgniarek.html* (18.03.2019).
- Jończyk, J. (2008). Czynniki motywujące do pracy w opinii lekarzy pracujących w Polsce i Stanach Zjednoczonych — wyniki badań. W: W. Kowalczyński, W. Matwiejczuk (red.). *Aktualne problemy zarządzania organizacjami* (126–143). Warszawa: Difin.
- Jończyk, J. (2010). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa: Difin.
- Kautsch, M. (red.). (2015). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej — nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kędzierski, M. (2018). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. https://defactonil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0011/133958/zestawienie-nr-1.pdf (18.03.2019).
- PW. (2017). *Liczba lekarzy w Polsce, czyli spór o dane lokujące nas w europejskim rankingu*. <http://www.rynekzdrowia.pl/Politykazdrowotna/Liczba-lekarzy-w-Polsce-czyli-spor-o-dane-lokujace-nas-w-europejskim-rankingu,179116,14,1.html> (18.03.2019)
- Zadros, K. (2011). Pozamaterialne motywy do pracy stosowane w szpitalach Województwa Śląskiego. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management* (55), 314–329.

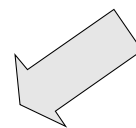
Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego

Business Law Journal

PRZEGLĄD
USTAWODAWSTWA
GOSPODARCZEGO

Publicznoprawne zadania państwa
Swoboda gospodarcza
dla przedsiębiorców
Ochrona znaków towarowych

ZNAJDZIESZ NAS TU



www.pug.pl

tel. 795 155 583

00-252 Warszawa

ul. Podwale 17