



Kapitał ludzki w szpitalach

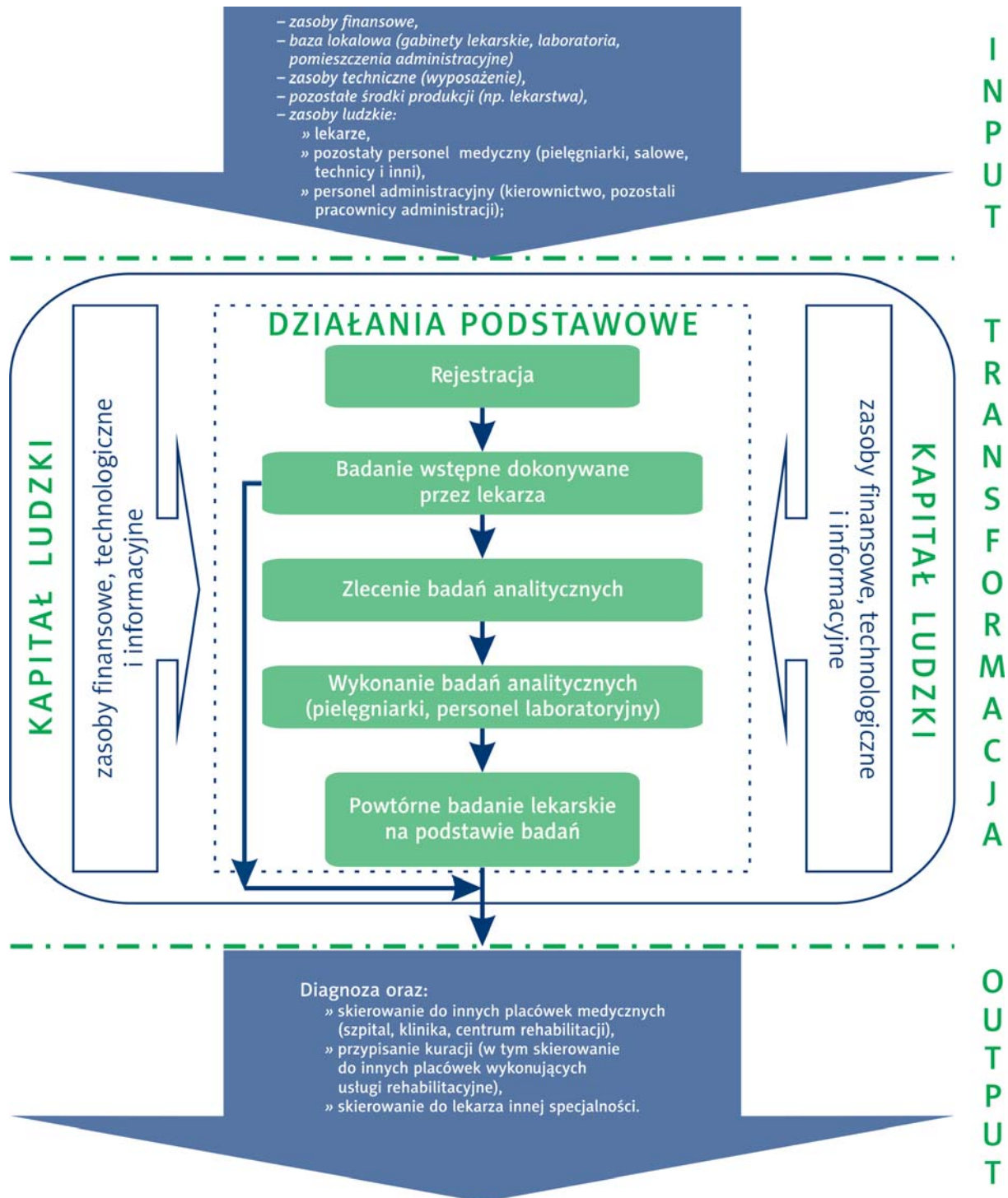
Dbaj o pracownika swego

Beata Buchelt

W polskich szpitalach, tych publicznych, nie zarządza się personelem, lecz administruje się nim. To poważny błąd, gdyż to właśnie pracownicy mają największy wpływ na to, czy placówki medyczne osiągną cele strategiczne i odniosą sukces, innymi słowy ujmując – pracownicy są źródłem konkurencyjności jednostek sektora usług medycznych.

Gdy zaczynałam badania dotyczące strategii zarządzania personelem w SPZOZ-ach, większość menedżerów chętnie podejmowała dyskusję na ten temat, wykazując się dużą świadomością znaczenia kapitału ludzkiego w procesie świadczenia usługi medycznej. Rozmowy zwykle kończyły się jednak tym, że to nie

czas na zmiany w systemach zarządzania pracownikami. Ważniejsze były wtedy kontrakty, długi i poprawa wyposażenia. Od 2 lat kwestie zarządzania zasobami ludzkimi nabierają jednak coraz większego znaczenia. Jest to, jak sędzę, konsekwencją zarówno zmian na rynku pracy (emigracja personelu medycz-



nego), jak i metod zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Przede wszystkim wiedza i umiejętności pracowników

Badania prowadzone przede wszystkim poza granicami naszego kraju, ale też i w Polsce, wskazują, że istnieje ścisła zależność między jakością usług medycznych a jakością kapitału ludzkiego, czyli wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem przede wszystkim personelu medycznego, ale i administracyjnego. Na każdym etapie świadczenia usługi medycznej decydujące znaczenie mają przecież wiedza i umiejętności pracowników. Wspomniane czynniki (wiedza i umiejętności zatrudnionych pracowników) w głównej mierze

decydują o sukcesie placówki medycznej. Jak zatem wygląda zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach publicznych? W skrócie ujmując – nie jest dobrze.

Po prostu rzeczywistość...

W drugiej połowie 2006 r. na zlecenie Departamentu Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Marszałkowskiego zrealizowałam projekt badawczy *Strategiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – szpitalach – w kontekście emigracji personelu medycznego wyższego i średniego szczebla po wejściu Polski do Unii Europejskiej*. Jego celem była analiza i ocena praktyk zarządzania personelem w wybranych SPZOZ-ach oraz wskazanie możliwych usprawnień. W badaniu wzięło

udział 10 wyselekcjonowanych przez Departament Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Marszałkowskiego szpitali, które poproszono o wypełnienie ankiety. Przedsięwzięcie to sfinansowane zostało z funduszy INTERREG III Health Cluster NET.

Sądzę, że wyniki tych badań można odnieść do większości szpitali funkcjonujących w formule samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w naszym kraju.



„ Wydatki na personel postrzegane są jako koszty, a nie inwestycje w kapitał ludzki ”

Jak zatem wyglądało strategiczne zarządzanie personelem?

- 8/10 szpitali zadeklarowało, że ma strategię zarządzania (7 placówek w formie pisemnej). Wskazane przez nie cele strategiczne dotyczyły jakości usług, dopasowania struktury usług do potrzeb społeczności, poprawy warunków lokalowych i modernizacji wyposażenia.
- 8/10 jednostek wskazało cele strategiczne dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL). Były nimi re-

krutacja kompetentnych specjalistów, doskonalenie kompetencji zatrudnianych pracowników, budowa systemów motywowania.

- 3/10 szpitali miało strategię zarządzania zasobami ludzkimi.

Oto, jak przedstawiała się struktura organizacyjna funkcji personalnej:

- w szpitalach funkcjonowało wiele podmiotów ZZL, w tym dyrektor szpitala, zastępca dyrektora ds. medycznych (zwany też zastępcą dyrektora ds. lecznictwa), naczelną pielęgniarką (zwana również zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa lub przełożoną pielęgniarek), komórka organizacyjna ds. pracowników, kierownicy liniowi (w tym ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe), kierownicy liniowi sfery administracyjnej, związki zawodowe, pracownicy, doradcy zewnętrzni;
- podział zadań pomiędzy poszczególne podmioty zarządzania zasobami ludzkimi jest nieklarowny – zakresy zadań i obowiązków, zwłaszcza kadry menedżerskiej, często się przenikają;
- występuje zbyt aktywny udział kierownictwa naczelnego w zarządzaniu personelem – decyzje związane z zarządzaniem pracownikami są scentralizowane, zwykle podejmuje je dyrektor szpitala;
- nie ma jasno zdefiniowanego udziału kierowników liniowych w realizacji funkcji personalnej;
- rola komórek personalnych sprowadza się do administracji sprawami personalnymi.

W badaniach poddałam analizie także działania związane z zarządzaniem pracownikami (poszczególne procesy zarządzania personelem). Oto wyniki:

Pozyskiwanie pracowników:

- Osiem placówek nie miało długoterminowych planów zatrudnienia, co oznacza, że nie wiedziały, jakich i ilu pracowników będą potrzebowały. Plany zatrudnienia tworzone były na bieżąco pod kontrakty z NFZ (najczęściej roczne).
- Cztery szpitale miały formalne (spisane) procedury rekrutacji – w pozostałych tego nie zrobiono, co mogło spowodować brak klarowności procesów rekrutacyjnych i zatrudnianie pracowników niekoniecznie zgodnie z potrzebami jednostek.
- Pięć szpitali miało opisy wszystkich stanowisk pracy – zatem w pozostałych mogły funkcjonować zdezaktualizowane zakresy zadań i obowiązków, co oznacza, że pracownicy mogli wykonywać zadania, których te zakresy nie uwzględniają.
- Tylko jedna placówka utworzyła profile kompetencyjne stanowisk pracy; ich brak oznacza zaś, że jednostki nie mają precyzyjnych i specyficznych dla siebie kryteriów oceny kandydatów do pracy. Stosują one zapewne kryteria stażu pracy oraz wykształcenia, a to nie wystarcza, by racjonalnie ocenić potencjalnych pracowników.

Motywowanie pracowników:

- Jeden szpital oceniał efekty pracy.
- Trzy placówki okresowo oceniały pracowników, a wyniki tych ocen służyły głównie do aktualizacji danych osobowych i nie miały powiązania z pozostałymi funkcjami zarządzania zasobami ludzkimi, jak np. szkolenia.
- Systemy wynagradzania miały charakter egalitarny.
- Kategorie zaszeregowania przenikały się.
- Premie zastąpiono nagrodami.

Rozwój personelu:

- Pięć szpitali zadeklarowało, że ich celem strategicznym jest systematyczny rozwój kapitału ludzkiego, a pozostałe, że bieżące zaspokajanie potrzeb. W tych ostatnich jednostkach istnieje ryzyko budowania nieefektywnej struktury pracowników.
- Najczęściej wykorzystywanym narzędziem rozwoju pracowników są szkolenia oraz przemieszczenia pracownicze.
- Cztery placówki analizowały potrzeby szkoleniowe.
- Grupą najczęściej szkoloną był personel medyczny.
- Szkolenia zewnętrzne finansowali zwykle pracownicy, przy czym szpitale starały się dofinansować szkolenia personelu medycznego średniego szczebla.

Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań, można stwierdzić, że większość biorących udział w przeprowadzonym projekcie badawczym SPZOZ-ów zatrzymało się na poziomie administrowania sprawami personalnymi, a nie zarządzania pracownikami. W badanych placówkach nie było pełnej integracji strategicznej – cele dotyczące zarządzania pracownikami zgodne są z celami strategicznymi szpitali, ale w większości szpitali brak jest strategii zarządzania personelem. Wydatki na personel postrzegane są jako koszty, a nie inwestycje w kapitał ludzki. Ponadto kierownicy liniowi nieformalnie angażują się w sprawy związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi, formalnie jednak wszystkie decyzje podejmowane są przez dyrektorów badanych jednostek. Komórki personalne administrują sprawami personalnymi, to w sumie główna, a nierzadko jedyna usługa, jaką świadczą dla klientów wewnętrznych. Można dojść do wniosku, że w badanych jednostkach pracowników nie traktuje się jako źródła pozyskiwania trwałej przewagi konkurencyjnej – deklaracje kadry zarządzającej o strategicznej istotności kapitału ludzkiego oraz cele strategiczne dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi nie zostały przełożone na działania.

Zestawiając zatem ze sobą argument o istotności wpływu kapitału ludzkiego na jakość usługi medycznej oraz stan faktyczny w polskich szpitalach, można dojść do wniosku, że warunkiem koniecznym do tego, aby kapitał ludzki stał się źródłem konkurencyjności jed-

nostek świadczących usługi medyczne, zwłaszcza tych publicznych, jest fundamentalna restrukturyzacja zarządzania pracownikami.

Moim zdaniem, prace powinny być rozpoczęte od przełożenia deklarowanych celów strategicznych zarządzania personelem na działania, a zatem na:

- opracowanie długoterminowych planów zatrudnienia – uniezależnienie planów zatrudnienia od jednorocznych kontraktów z NFZ; wprowadzanie elastycznych form zatrudnienia (kontraktów) zwłaszcza w wypadku personelu medycznego wyższego szczebla, a także – jeśli to możliwe – średniego szczebla;
- opracowanie aktualnych opisów stanowisk pracy oraz odpowiadających im profilów kompetencyjnych;

„ Szpitale nie mają precyzyjnych i specyficznych dla siebie kryteriów oceny kandydatów do pracy ”

- opracowanie przejrzystych procedur pozyskiwania personelu medycznego i administracyjnego;
- opracowanie i wdrożenie systemów ocen pracowniczych opartych np. na koncepcji zarządzania przez efekty;
- zbudowanie efektywnych systemów wynagradzania – przeprowadzenie wartościowania stanowisk pracy;
- aktywizację kierowników liniowych w zakresie zarządzania podległymi pracownikami – delegacja uprawnień dyrektorów;
- zmianę zakresu zadań komórek ds. personalnych, aby te realizowały zadania związane z projektowaniem i wprowadzaniem w życie systemów zarządzania personelem, a nie tylko administrowaniem sprawami personalnymi.

Wskazane powyżej działania restrukturyzacyjne, choć zamknięte w krótką listę działań usprawniających, faktycznie są działaniami, które nie są proste w realizacji. Wymagają one nie tylko zmiany mentalności zarówno kadry menedżerskiej, jak i zatrudnionych pracowników, ale również dużych nakładów materialnych i niematerialnych przy ich realizacji. Trzeba przy tym pamiętać, że realizacja wymienionych działań może zapewnić organizacjom świadczącym usługi medyczne nie tylko zwiększenie efektywności działań realizowanych w obszarze zarządzania personelem, ale przede wszystkim całej organizacji.

dr Beata Buchelt
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie