



Kapitał ludzki, człowieku

W Polsce od kilku lat przedsiębiorstwa inwestują głównie w infrastrukturę i wizerunek, pomijając inwestycje w kapitał ludzki. Kierownicy polskich przedsiębiorstw nie doceniają kultury zorientowanej na kapitał ludzki.

Takie praktyki nie pozwalają organizacjom w pełni się rozwijać. Przesłankami do tego typu zachowań są m.in.:

- zagrożenie menedżerów utratą stanowisk,
- zmniejszenie zakresu władzy tam, gdzie jest ona szeroka,
- konieczność uzupełnienia kompetencji i ciągłego treningu związanego z ich doskonaleniem,
- konieczność podjęcia nowych wyzwań, stawiania nowych zadań,
- wymagania dotyczące wysokiego poziomu jakości zarządzania,
- pogorszenie warunków pracy, w tym nieodpowiednie systemy motywowania pracowników,
- niski poziom kultury organizacyjnej.

Zmiany organizacyjne powinny ściśle współgrać ze strategią, zarządzaniem kapitałem ludzkim, strukturą i kulturą organizacyjną.

Na kapitał ludzki składają się: liczba osób zatrudnionych w danym przedsiębiorstwie, ich kwalifikacje, motywacja do pracy oraz elastyczność, czyli zdolność i umiejętność wykonywania zawodu, ale także umiejętność przekwalifikowania się. Czynniki te mają obecnie coraz większe znaczenie. Inwestowanie w kapitał ludz-

ki jest niezmiernie ważne, ponieważ dziś kluczowym składnikiem strategicznego zarządzania organizacją jest informacja i wiedza oraz nowe techniki i metody zarządzania. Kapitał ludzki jest najważniejszą siłą napędową rozwoju, ma ogromne możliwości motywacyjne, które ujawniają się dopiero w sytuacji, gdy przedsiębiorstwem zarządza się efektywnie, z uwzględnieniem jego misji i celów strategicznych.

Profesjonalne zarządzanie ludźmi zyskuje na znaczeniu, ponieważ zasoby ludzkie stają się strategicznym czynnikiem rozwoju przedsiębiorstwa w szybko zmieniającym się otoczeniu. O sile kapitału ludzkiego stanowi nie tylko zdobyta dotychczas wiedza ogólna i zawodowa oraz umiejętności wykształcone w toku pracy, lecz także możliwości wykazania się w zawodzie, zdolności dotychczas nieujawnione, aspiracje, własna głęboka motywacja do pracy i uczenia się, kreatywność, gotowość do podejmowania ryzyka oraz osobiste poczucie odpowiedzialności. Kapitałem ludzkim są więc ludzie umiejący ze sobą współpracować i trwale związani z przedsiębiorstwem.

Peter Drucker stwierdził: *Tym, co odróżnia organizacje od siebie, jest umiejętność sprawiania, by zwykli ludzie robili niezwykle rzeczy, a to zależy przede wszystkim od tego, czy*

wykonywają oni zadania pozwalające na pełne wykorzystanie ich mocnych stron. W związku z tym kierownik powinien zadać sobie kilka pytań:

1. Jacy ludzie powinni pracować w moim przedsiębiorstwie?
2. Czy zapewniam ludziom środki umożliwiające osiągnięcie maksymalnej efektywności i przyczynienie się do sukcesu przedsiębiorstwa?
3. Czy struktura organizacji i obowiązujące w niej procedury gwarantują szacunek dla pracowników i sprzyjają inwestowaniu w kapitał ludzki?
4. Czy wiedza i dostęp do niej są wbudowane w mój model prowadzenia działalności?
5. Jaka jest moja strategia inwestowania w ludzi i wiedzę?

Nie można wymagać od szeregowych pracowników czy kierownictwa efektywnego i skutecznego działania bez wyposażenia ich w odpowiednie środki do realizacji zadań bieżących i przyszłych. W praktyce zdarza się, że osoby kierujące organizacją nie mają odpowiednich pełnomocnictw decyzyjnych i informacyjnych, nie mogą zatem podejmować racjonalnych decyzji strategicznych. Podjęcie decyzji, a także ich niepodjęcie może prowadzić do poważnych następstw dla funkcjonowania przedsiębiorstwa.

Tyle teoria – a jak wygląda zarządzanie kapitałem ludzkim w praktyce z perspektywy ochrony zdrowia?

W dobie sporów o wynagrodzenia dla kadry medycznej – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych oraz pozostałego personelu, także niemedyckiego, zapominamy o innych bardzo istotnych kwestiach związanych z profesjonalnym zarządzaniem pracownikami. Nie tylko pieniądź jest motywatorem do pracy, lecz także inne czynniki, organizacyjno-zarządcze, które – mam wrażenie – zostały obecnie odsunięte w systemie ochrony zdrowia na dalszy plan. Nie zdajemy sobie nawet sprawy, jak motywacja do pracy wpływa na zaangażowanie pracowników i efektywne wykorzystanie ich potencjału. Z tym wiąże się kolejny problemem, jakim – obok zaostrzających się braków kadrowych – są kompetencje personelu medycznego. Bardzo dobitnie wykazuje to realizowany już od ponad roku przy wsparciu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości projekt „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”. Jakie są efekty tych prac? Zasadnicza konkluzja jest taka, że dla sektora ochrony zdrowia należy określić kompetencje kluczowe. Tak postępuje wiele krajów, np. USA, gdzie zdefiniowano pięć wspólnych, prostych kompetencji, którymi powinni się charakteryzować wszyscy pracownicy sektora ochrony zdrowia, nie tylko lekarz, lecz także pielęgniarka, diagnosta, dietetyk itd. Pierwszy, podstawowy obszar kompetencyjny to opieka skoncentrowana na pacjencie, nakierowana na jak najefektywniejsze zaspokajanie jego potrzeb i preferencji, ograniczenie bólu oraz zapewnienie ciągłości

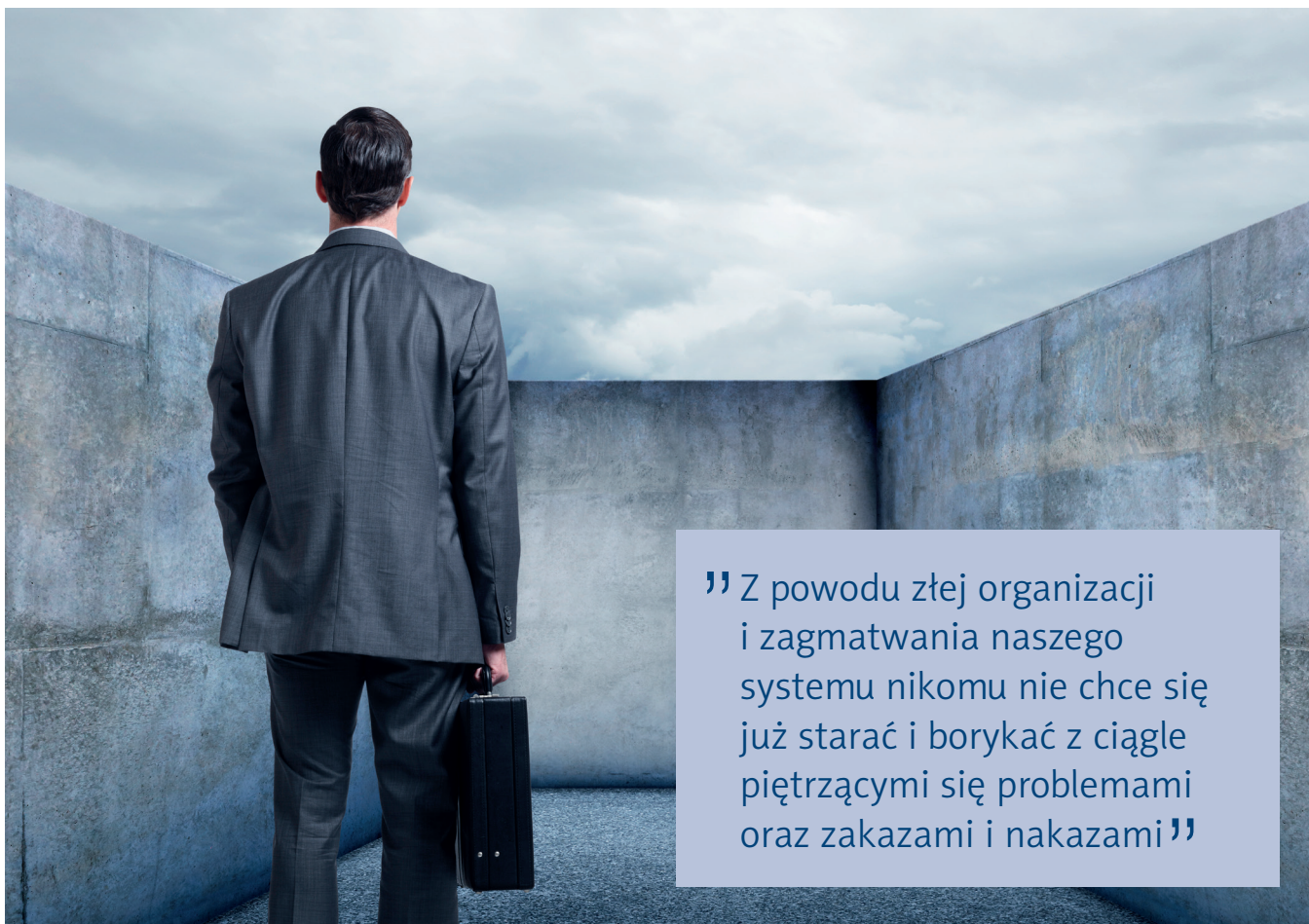
„ Nie można wymagać od szeregowych pracowników czy kierownictwa efektywnego i skutecznego działania bez wyposażenia ich w odpowiednie środki do realizacji zadań bieżących i przyszłych ”

opieki – z tym mamy ciągle ogromne problemy. Uwaga personelu medycznego musi być również skupiona na kształtowaniu właściwych postaw zdrowotnych populacji, czyli profilaktyce. Nie zdajemy sobie sprawy, że dzięki takiemu podejściu i w tym kierunku rozwijanym kompetencjom powiązanim z motywacją pracownika do efektywniejszej pracy rozwiązujemy szereg problemów epidemiologicznych.

Druga kompetencja to zdolność do pracy w zintegrowanych zespołach terapeutycznych, z czym w realiach polskiej ochrony zdrowia mamy ogromne problemy. Działamy w odosobnieniu, samodzielnie, a nie myślimy o całości. Przyszłość to zintegrowane modele działań, a nie resortowość i fragmentaryzacja w każdym aspekcie ochrony zdrowia. Ze skutkami takiego podzielonego myślenia borykamy się dzisiaj. Zintegrowane (kompleksowe) działanie, z którym już się powoli oswajamy, jest ogromnym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia, który jest nastawiony na pracę pacjent – lekarz. Wszystkie systemy zmierzają w kierunku integracji pracy nie tylko lekarzy różnych specjalizacji i pielęgniarki, lecz włączają do tego także dietetyka, farmaceutę, diagnostę laboratoryjnego itd.

Kolejnym bardzo ważnym obszarem, w którym kompetencje powinny być rozwijane, jest ciągle doskonalenie jakości, rozumianej zarówno jako skuteczne wdrażanie podstawowych zasad bezpieczeństwa, jak i jako identyfikacja błędów i zagrożeń, ich pomiar, ewaluacja i nieustanne dążenie do doskonalenia opieki z uwzględnieniem potrzeb pacjenta i społeczności. W tym miejscu widziałabym rolę mechanizmów zmierzających do poprawy jakości *świadczeń*, tak jak to działa w Szwecji, tj. informowania społeczności pacjentów o błędach medycznych i innych sprawach sądowych. Jaka to motywacja do lepszego działania, gdy za błędy nie ponosi się kary, a za dobrą pracę nie jest się odpowiednio gloryfikowanym? Nie jest sztuką wyszkolić personel, ale sprawić, by był on dobry jakościowo, by leczył skutecznie. O tym pisałam w artykule „Porównujemy!” („Menedżer Zdrowia” numer 8/2013).

Ostatni obszar to umiejętności w zakresie stosowania nowoczesnych technologii informatycznych.



„ Z powodu złej organizacji i zagmatwania naszego systemu nikomu nie chce się już starać i borykać z ciągle piętrzącymi się problemami oraz zakazami i nakazami „

Jest to naturalna konsekwencja szeroko rozumianej cyfryzacji. Wszyscy współcześni pracownicy ochrony zdrowia, tacy jak lekarze, pielęgniarki czy farmaceuci, będą musieli dynamicznie zwiększać swoje kompetencje cyfrowe. Jest to nieuchronne, a wywołuje ogromny opór. Bez wiarygodnych danych nie możemy sprawnie leczyć, zarządzać i podejmować racjonalnych decyzji.

Podwyżka płac czy zwiększenie liczby miejsc na studiach itd. nic nie da, jeśli nie spojrzymy na problem braku personelu kompleksowo. Przy obecnym deficycie personelu medycznego potrzebne są także rozwiązania, które zwiększą jego efektywność w codziennej pracy, o czym zapominamy. Najprostsze jest delegowanie uprawnień i zadań na pracowników o niższych kwalifikacjach. Bez tego system ochrony zdrowia nie będzie w stanie w pełni wykorzystać umiejętności lekarzy specjalistów i podolać rosnącemu popytowi na świadczenia zdrowotne. Personel medyczny bardzo często nie wykorzystuje swojego czasu na to, do czego jest przygotowany, czyli na leczenie, operowanie, stawianie diagnozy i szukanie optymalnego dla pacjenta planu leczenia. Zamiast tego jest obciążony gigantycznymi obowiązkami biurokratycznymi, które zabierają czas, a które mogłaby wykonać sekretarka medyczna. Z kolei kompetencje, które zabierają czas pielęgniarkom, mogłyby być delegowane na opiekunów medycznych czy opiekunów osób starszych.

Wdrożenie w życie kompetencyjnego modelu zarządzania kadrami w systemie ochrony zdrowia to jedno z kluczowych wyzwań każdego menedżera.

Właśnie teraz przyszedł czas na rozwiązania optymalizujące wykorzystanie i rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia na rzecz polskiego pacjenta. Do tego należy dołączyć skuteczną motywację kadry. Inaczej nadal powszechne będą bylejakość i wyciekanie pieniędzy, z czego nie zdajemy sobie sprawy. Dlaczego lekarze i pielęgniarki wyjeżdżają do pracy za granicę? Jestem pewna, że odpowiedzą, że tam im się lepiej pracuje – pieniądze to rzecz drugorzędna. Dziś dyrektorzy szpitali proponują lekarzom spore sumy za dyżury, a oni i tak ostatecznie nie podejmują tej pracy. Dlaczego? Odpowiedź jest prosta. Bo z powodu złej organizacji i zagmatwania naszego systemu ochrony zdrowia nikomu nie chce się już starać i borykać z ciągle piętrzącymi się problemami oraz zakazami i nakazami. Nasz system jest zawily, niezrozumiały i nierzadko paradoksalnie odstaje od rzeczywistości. Pracownicy to widzą i wolą uzyskać większe zarobki za spokojniejszą pracę – to normalne.

Przy obecnych problemach w ochronie zdrowia pojawia się konieczność wprowadzania nowych rozwiązań, i to już na poziomie szpitali. Coraz większą popularność wśród kadry zarządzającej zdobywa idea motywacyjnego systemu pracy. Polega ona na zawieraniu pewnego rodzaju umowy pomiędzy pracodawcą

a zatrudnionym lekarzem. Głównym przesłaniem jest prosta zasada: „Im więcej, lepiej i taniej zrobisz, tym więcej zarobisz”. W Polsce idea ta dopiero raczkuje, ale na rynku usług zdrowotnych powoli zaczyna wzrastać liczba placówek, które wynagradzają lub w najbliższej przyszłości zamierzają wynagradzać pracowników za faktycznie wykonaną pracę. W większości polskich szpitali lekarze są opłacani niezależnie od jakości i ilości udzielonych świadczeń. W trudnych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce coraz częściej wychodzi się z założenia, że zadaniem lekarzy jest nie tylko zapewnienie pacjentom odpowiednich świadczeń zdrowotnych, lecz także ochrona systemu przed nadużyciami i wymuszaniem przez pacjentów zbędnych badań i terapii (niekiedy bardzo kosztownych). W przypadku stałej płacy istnieje ryzyko braku zainteresowania obniżaniem kosztów związanych z diagnostyką i terapią. Motywacyjny system pracy stanowi natomiast bodziec do racjonalnego gospodarowania zasobami finansowymi szpitala. Czy opisana powyżej idea to panaceum na coraz trudniejszą sytuację finansową wielu placówek? Czy dzięki temu rozwiązaniu udało by się zlikwidować zjawisko tzw. moralnego hazardu, polegające na zleceniu zbyt dużej ilości, często niepotrzebnych, a niekiedy niezwykle kosztownych badań diagnostycznych? Praktyka pokazuje, że tak. Według badań Logana efektem wprowadzenia tego rozwiązania w szpitalach w USA już po roku od jego wdrożenia było: skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów o 17%, zmniejszenie liczby wykonywanych zabiegów o prawie 50% oraz redukcja kosztów generowanych przez pracowników o 11%. Nie zbadano niestety, jak często rozwijały się powikłania, które były powodem ponownych hospitalizacji.

Nie jest to jednak system bez wad. Niektórzy jego przeciwnicy uważają, że jest on pułapką uniemożliwiającą skuteczne zarządzanie ludźmi. Inni są zdania, że menedżerowie po to testują różne metody motywowania pracowników i wciąż szukają nowych, aby uniknąć najbardziej przez nich pożądanego podwyżki. Wprowadzenie tego rozwiązania w życie to również dodatkowe koszty. Kontrola jego efektów jest czynnością trudną, wymagającą wprowadzenia odpowiedniego systemu informatycznego i zatrudnienia dodatkowych pracowników administracyjnych. Równie trudny do oceny jest sam wynik zdrowotny, a dużo łatwiejszy całkowity koszt hospitalizacji. Niestety, najczęściej nie jest brany pod uwagę fakt, że niedoleczony pacjent po szybkim wypisie ze szpitala może w krótkim czasie wymagać ponownej hospitalizacji w tej samej lub innej placówce. Koszty rosną jeszcze szybciej, jeśli wystąpią powikłania będące wynikiem zbyt wczesnego wypisania ze szpitala.

Czy wprowadzenie tej metody to krok w dobrym kierunku? Tak, ale tylko w przypadku spełnienia kilku niezbędnych warunków. We wzorowym modelu



„Motywacja i efektywność wyników to podstawa sprawnego zarządzania kadrami medycznymi w ochronie zdrowia”

wypłata dodatkowych środków powinna być powiązana z osiągniętymi wynikami zdrowotnymi, a także opierać się na wynikach ankiet dotyczących jakości opieki lekarskiej wypełnianych przez pacjentów. Wprowadzenie nowych rozwiązań nie może ograniczać lub zmniejszać liczby koniecznych świadczeń. Dodatkowe wynagrodzenie bezwzględnie powinno być uwarunkowane przestrzeganiem obowiązujących standardów medycznych. Środki wypłacane w formie bonusów muszą się wiązać zarówno z poprawą wydajności pracy lekarzy, jak i jakości udzielanych przez nich świadczeń. Według Hillmana wzrost dochodów lekarzy o co najmniej 5% może mieć korzystny wpływ na zmianę ich postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Jak sugerują inni eksperci, gratyfikacja za wyniki w tym modelu nie powinna przekraczać 25% wartości podstawowej pensji, bo inaczej istotnie wzrasta ryzyko dążenia do optymalizacji własnych dochodów kosztem interesu pacjentów. Warunkiem skuteczności systemu jest również uczciwe określenie udziału poszczególnych lekarzy w procesie leczenia pacjenta. Skuteczny system motywacyjny nie powinien opierać się wyłącznie na indywidualnej motywacji pracownika. Dodatkowe środki przyznawane za wyniki powinny zależeć od wzajemnej motywacji pracowników, uwzględniającej pracę zespołową, opartą m.in. na pozytywnych relacjach pomiędzy nimi, wzajemnej pomocy i wsparciu.

Motywacja i efektywność wyników to podstawa sprawnego zarządzania kadrami medycznymi w ochronie zdrowia.

*dr n. ekon. Greta Kanownik
Autorka jest kierownikiem Działu Administracji Medycznej
w SP ZOZ w Brzesku.*