

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie
Chair and Department of Management in Nursing
Faculty of Nursing and Health Sciences Medical University in Lublin

KINGA KULCZYCKA, ANNA KSYKIEWICZ-DOROTA, AGNIESZKA SARACEN,
MONIKA KARAUDA, SYLWIA GRADOWSKA

Specificity of managing staff resources in health care system.

Specyfika zarządzania zasobami kadrowymi w systemie opieki zdrowotnej

Doświadczenia zarządzających są zgodne co do twierdzenia, że najcenniejszym zasobem organizacji są jej pracownicy. Powyższa przesłanka ma szczególne znaczenie w systemach opieki zdrowotnej, gdzie produktem każdego zakładu jest niematerialna usługa zdrowotna bezpośrednio związana z wiedzą, umiejętnościami, motywacją i zaangażowaniem zatrudnionych pracowników. Utrzymanie na właściwym poziomie gotowości pracowników do świadczenia dobrych jakościowo usług jest szczególnie trudne w okresie dużych zmian organizacyjno-prawnych systemu zdrowotnego, które są charakterystyczne dla ostatnich kilkunastu lat w naszym kraju.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie specyfiki zarządzania zasobami kadrowymi – lekarzami, pielęgniarkami i położnymi w systemie opieki zdrowotnej.

**SPECYFIKA ZARZĄDZANIA ZASOBAMI KADROWYMI
W SYSTEMACH ZDROWOTNYCH**

Amstrong definiuje zarządzanie zasobami kadrowymi (ZZL) jako „strategiczną, jednolitą i spójną metodę kierowania najcenniejszym z kapitałów każdej organizacji – ludźmi, którzy osobistym i zbiorowym wysiłkiem przyczyniają się do realizacji założonych przez organizację celów, a tym samym umożliwiają jej przewagę nad konkurencją” (1 s.13).

Według Szkoły Harwardzkiej, główne założenia zarządzania zasobami ludzkimi powinny być następujące:

- ludzi należy traktować jako cenny kapitał firmy, który można pomnażać, a nie koszty zmienne,
- przyjąć założenie, że pracownicy potrafią się stale rozwijać,
- wytwarzać świadomość wspólnoty interesów pracowników i organizacji,
- dążyć do zachowania równowagi między centralizmem decyzji a delegowaniem jej na niższe szczeble w strukturze organizacji,
- zaakceptować fakt, że liczy się kreatywność pracowników, a nie posłuszeństwo (1 s.13-42)

Przesłankami, które wymuszają takie podejście do zarządzania zasobami kadrowymi są: rosnąca konkurencja, rozrastające się struktury organizacyjne i ich złożoność, rewolucja technologiczna, słabszy rozwój i kurczące się rynki, coraz wyższy poziom wykształcenia pracowników, pacjentów i ich rodzin, zmieniające się oczekiwania wymienionych grup, zmiany demograficzne na rynku pracy i rynku usług medycznych.

Specjaliści od zarządzania są zdania, że najtrudniej jest zarządzać systemem zdrowotnym, w porównaniu np. z systemami: handlowym, przemysłowym, bankowym. Przyczyną trudności jest niema-

terialność usługi, jej ścisły związek ze świadczeniodawcą i unikalność oferty, która nie jest produktem materialnym, a potrzebą wyższego rzędu (4).

Stąd zarządzanie profesjonalistami medycznymi – lekarzami, pielęgniarkami i położnymi jest trudniejsze, niż pracownikami innych sektorów, którzy wiedzą, że głównym celem ich instytucji, a więc i ich jako pracowników jest wypracowanie zysku.

Włodarczyk i Poździoch podają cechy profesjonalizmu w odniesieniu do lekarzy. W przypadku tej grupy zawodowej profesjonalizm odnosi się do autonomii:

- klinicznej, polegającej na uznaniu prawa każdego lekarza do samodzielnego diagnozowania, leczenia wraz z użyciem sprzętu, leków i innych środków o najwyższym poziomie diagnostyczno-terapeutycznym, a także do samodzielnej oceny efektów terapii,
- grupowej, odnoszącej się do prawa kształtowania zasad organizowania systemu zdrowotnego, a w szczególności określenia klinicznych i jakościowych standardów postępowania medycznego,
- indywidualnej, czyli decydowania o organizacyjnych elementach pracy, zwłaszcza samodzielności decyzyjnej poszczególnych członków zespołu, ustalania, gdzie i kiedy praca powinna być wykonana (6 s. 53).

Kierowanie takim zespołem jest trudne zwłaszcza, gdy wprowadzane są zmiany, z którymi lekarze się nie godzą. Profesjonalizm medyczny w wyżej wymienionym wymiarze ma charakter przejściowy, gdyż coraz większe grupy specjalistów muszą się podporządkować decyzjom menedżerów kierujących złożonymi strukturami organizacyjnymi, firmom ubezpieczeniowym ograniczającym koszty leczenia i opieki, a także przyjętym standardom postępowania, procedurom, liście leków standardowych, ograniczeniom typu koszt/efekt.

Zdaniem Kritek, zarządzanie pielęgniarkami wymaga innego podejścia, w porównaniu z lekarzami (5). W pracy pielęgniarek warunkiem dobrego funkcjonowania w miejscu pracy są ich umiejętności negocjacyjne, nawet wtedy, gdy sobie tego faktu nie uświadamiają. Uzasadnienie jest następujące:

- na pielęgniarkach skupiają się oczekiwania pacjentów, ich rodzin, lekarzy i dyrekcji, że będą dobrze sprawowały opiekę z także koordynowały jej komponenty i godziły różne racje,
- fakt negocjowania nie jest werbalizowany ani doceniany przez współpracowników, choć często pielęgniarki tak muszą postępować, że ich interesy są podporządkowane innym,
- wymiar negocjowania jest dostrzegany w sytuacji, gdy dochodzi do nieporozumień lub innego rodzaju zakłóceń.

Warunkiem dobrego funkcjonowania tej grupy zawodowej jest nauczenie pielęgniarek asertywnej obrony swojego zdania oraz przygotowanie do profesjonalnego a nie intuicyjnego negocjowania oraz rozwiązywania konfliktów. Cechą charakterystyczną zarządzania podsystemem pielęgniarstwa jest stopniowe poszerzanie jego autonomii decyzyjnej, często wymuszone rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej.

Specyfika zarządzania położnymi w strukturze organizacyjnej instytucji zdrowotnych jest nieco inna niż lekarzy i pielęgniarek. Położne z racji swojej roli, jakie pełniły przy kobiecie rodzącej były przyzwyczajone do autonomii decyzyjnej. Ich zawód do początków XX wieku był traktowany jako samodzielny. Zmiany cywilizacyjne, rozwój nauk medycznych i szkolnictwa wyższego spowodował, że stopniowo ich funkcje zaczęły przejmować lekarze, którzy specjalizowali się nie tylko w patologii ciąży, porodu i położu, ale i w opiece nad zdrową kobietą, fizjologicznym porodem i położiem. W odniesieniu do zawodu położnej, odmiennie niż w przypadku pielęgniarek, postępowało ograniczenie ich samodzielności decyzyjnej. Analiza piśmiennictwa dotycząca zakresu ich uprawnień w poszczególnych krajach wykazuje, że obszar decyzji położnych jest zróżnicowany od dosyć dużej autonomii np. w Holandii do prawie całkowitego podporządkowania decyzjom lekarzy – np. w Polsce i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej (3).

OMÓWIENIE

Rosnące koszty opieki zdrowotnej, poważny udział płac w budżecie każdej instytucji zdrowotnej (60 – 80% kosztów funkcjonowania szpitala) powoduje, że w wielu krajach podejmuje się badania nad oceną efektywności opieki sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki i położne (2). I tam, gdzie jest to uzasadnione, próbuje się pracę wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarze) zastąpić pracą innych dobrze przygotowanych osób (pielęgniarki, położne). Zjawisko to jest określane mianem sub-

stytucji usług i oznacza oferowanie tej samej usługi na tym samym poziomie jakości przez inną grupę zawodową.

W systemie opieki zdrowotnej odnosi się to najczęściej do przekazywania niektórych świadczeń przez lekarzy – pielęgniarkom i położnym (7 s. 72-74). Natomiast czynności prostsze, nie wymagające wiedzy i umiejętności pielęgniarek i położnych dyplomowanych lub licencjatów są delegowane na inny szczebel organizacyjny, najczęściej do osób, które są zatrudnione na stanowiskach pomocy pielęgniarskich bądź położniczych. Zjawisko to charakterystyczne dla wielu krajów tzw. „starej” Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych, Kanady i Australii jest akceptowane przez wszystkie grupy zawodowe, które są świadome potrzeby obniżania kosztów opieki i wspólnoty losów instytucji i pracowników w niej zatrudnionych. Wynika to z dosyć dobrego przygotowania organizacyjnego i z zakresu ekonomiki zdrowia, zarówno kadry zarządzającej jak i profesjonalistów medycznych.

WNIOSKI

W zarządzaniu systemem zdrowotnym następuje coraz większe organizacyjne oddzielenie postępowania promocyjnego i profilaktycznego, od postępowania w chorobach ostrych i przewlekłych.

Działania promocyjne i częściowo profilaktyczne a także opieka w chorobach przewlekłych wymaga nasilenia zadań ze strony położnych i pielęgniarek, co bardziej zbliża te działania do specyfiki podsystemu pielęgnowania niż leczenia.

Udział lekarzy w promocji i częściowo w profilaktyce oraz opiece nad przewlekle chorymi będzie się systematycznie zmniejszał, a działania położnych i pielęgniarek będą ulegały poszerzeniu.

W przypadku chorób ostrych dominującą rolę odgrywają lekarze, jednak znacznego zwiększenia ich liczebności nie należy się spodziewać, gdyż wymóg stabilizacji kosztów opieki zdrowotnej wymaga zwiększonego zapotrzebowania na wysoko specjalistyczne pielęgnowanie.

Prawdopodobnie wystąpi zrównoważony popyt zarówno na położne w opiece nad zdrową kobietą, fizjologicznym porodem i położem jak i pielęgniarki specjalistki w poszczególnych dziedzinach klinicznych oraz w zakresie opieki długoterminowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Armstrong M.: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategia i działanie. Wyd. II. Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1998.
2. Dyk. D., Wołowicka L.: Badania naukowe w pielęgniarstwie z perspektywy międzynarodowej. Piel. Polskie 1999, 8:5-11.
3. Emons J.K., Luiten M. I. J. : Raport z piętnastu krajów członkowskich Unii Europejskiej: Opieka położnicza w Europie. (tłum.) Otffinowski J., Deloitte&Touche, Warszawa 2001.
4. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wyd. UJ, Kraków 2001.
5. Kritek P. B.: Pielęgniarstwo: negocjowanie przy kanciastym stole. W: Marcus L. J. i in.(red.): Renegocjowanie w opiece zdrowotnej. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 2000.
6. Włodarczyk C. Poździuch S.: Systemy zdrowotne. Zarys problematyki. Wyd. UJ, Karków 2001.
7. Włodarczyk C.: Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1998.

STRESZCZENIE

Oferowanie specyficznego produktu, jakim jest niematerialna usługa zdrowotna oraz jej charakterystyka jako potrzeby wyższego rzędu powoduje, że zarządzanie systemem zdrowotnym jest znacznie trudniejsze niż sektorami nastawionymi na wypracowanie zysku. Stąd utrzymanie wysokiej jakości pracy wymaga z jednej strony wiedzy na temat cech charakteryzujących poszczególne grupy pracowników medycznych, z drugiej – uwzględnienia wymogów organizacyjnych i ograniczeń jakim muszą się oni podporządkować.

Celem pracy było przedstawienie specyfiki zarządzania lekarzami, pielęgniarkami i położnymi w systemie opieki zdrowotnej.

Doświadczenia krajów lepiej zorganizowanych pozwalają przyjąć założenie, że w krajowym systemie opieki zdrowotnej, dla potrzeb stabilizacji kosztów opieki będzie musiała być wprowadzona

substytucja usług. Substytucja polega na zastąpieniu niektórych czynności wykonywanych przez wysoko wykwalifikowaną, a tym samym kosztowniejszą grupę pracowników pracą innych osób, oferujących pracę na tym samym poziomie jakości ale znacznie tańszą. W systemach opieki zdrowotnej odnosi się to do przekazania niektórych świadczeń przez lekarzy – pielęgniarcom i położnym.

SUMMARY

Offering a specific product, such as a non-material health service, the specific characteristic of which is higher-grade needs, results in the managing of the health care system being much more difficult than the management of sectors biased towards profit-making.

Hence, maintaining a high quality of services requires on the one hand, knowledge concerning characteristic traits of individual groups of the medical staff, and on the other hand, the consideration of organizational requirements and limitations to which this staff must be subordinate.

The objective of the study was the presentation of the specificity of managing physicians, nurses and midwives in the health care system.

The experiences of better organized countries allow us to assume that in order to stabilize the costs of care it will be necessary to introduce the substitution of services in the national health care system. The substitution consists in replacing selected activities performed by a highly qualified, therefore more costly group of staff, by activities of other employees who offer services of the same quality, but are considerably cheaper. In health care systems this refers to delegating certain services of doctors to nurses and midwives.