

**KATEDRA BIOLOGII I OCHRONY ŚRODOWISKA  
UNIwersytet MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**Paweł Grocki**

**WARTOŚCIOWANIE STANOWISK PRACY  
JAKO CZYNNIK  
OPTYMALIZACJI KOSZTÓW ZATRUDNIENIA  
NA PRZYKŁADZIE WYBRANEGO  
PODMIOTU LECZNICZEGO**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz  
Promotor pomocniczy: dr Piotr Pagórski**

**Poznań 2014**

# SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP</b> .....	<b>4</b>
<b>ROZDZIAŁ 1</b> .....	<b>6</b>
1. Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce .....	6
1.1. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2012.....	6
1.2. Funkcjonowanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej .....	16
1.3. Współczesne koncepcje zarządzania podmiotem leczniczym .....	27
1.4. Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym .....	40
<b>ROZDZIAŁ 2</b> .....	<b>50</b>
2. Proces tworzenia optymalnego taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego .....	50
2.1. System wynagrodzenia i jego elementy .....	50
2.2. Istota i metody wartościowania stanowisk pracy .....	56
2.3. Proces wartościowania stanowisk pracy .....	70
2.4. Wykorzystanie wartościowania stanowisk pracy w budowaniu taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego uwzględniającego optymalny poziom kosztów zatrudnienia pracowników .....	81
2.5. Zarządzanie wartościowaniem stanowisk pracy .....	90
<b>ROZDZIAŁ 3</b> .....	<b>93</b>
3. Założenia badawcze .....	93
3.1. Cel pracy .....	93
3.2. Hipotezy badawcze .....	93
3.3. Materiał badawczy .....	94
3.4. Narzędzia i metody badawcze .....	94
3.5. Procedura badawcza .....	102

<b>ROZDZIAŁ 4</b> .....	<b>105</b>
4. Wyniki badań .....	105
4.1. Wyniki wartościowania stanowisk pracy: personelu medycznego, obsługi i administracji .....	105
4.2. Wzorcowa tabela i taryfikator wynagrodzenia zasadniczego zbudowana na podstawie przeprowadzonych badań .....	136
4.3. Analiza porównawcza tabeli wynagrodzenia zasadniczego z tabelą wzorcową, uwzględniającą optymalny poziom kosztów zatrudnienia .....	150
4.4. Analiza porównawcza uzyskanych wyników z badaniami przeprowadzonymi w innych podmiotach leczniczych .....	156
<b>ROZDZIAŁ 5</b> .....	<b>169</b>
5. Dyskusja i wnioski .....	169
5.1. Dyskusja .....	169
5.2. Wnioski .....	177
<b>STRESZCZENIE</b> .....	<b>178</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>180</b>
<b>PIŚMIENNICTWO</b> .....	<b>182</b>
<b>ŹRÓDŁA INTERNETOWE</b> .....	<b>188</b>
<b>AKTY PRAWNE</b> .....	<b>188</b>
<b>WYKAZ TABEL</b> .....	<b>189</b>
<b>WYKAZ RYSUNKÓW</b> .....	<b>190</b>
<b>WYKAZ WYKRESÓW</b> .....	<b>191</b>
<b>ZAŁĄCZNIKI</b> .....	<b>192</b>

## WSTĘP

Polski system opieki zdrowotnej w ostatnim piętnastolecu przechodził kolejne fundamentalne zmiany. Jednym z głównych nurtów zmian są przekształcenia Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, których zadłużenie osiągnęło poziom destabilizujący system. Trudna sytuacja finansowa oraz panująca opinia o niskiej efektywności gospodarowania środkami publicznymi była zasadniczym argumentem za podjęciem działań systemowych, mających na celu zmiany własnościowe, które pozwolą na optymalne gospodarowanie posiadanymi zasobami. Podmioty lecznicze w wyniku zmiany formy własnościowej, działając według reguł gospodarki rynkowej, zostały zmuszone do szybkiego przystosowania się do nowych realiów, wymuszających usprawnienie bieżącego funkcjonowania oraz budowania przewagi konkurencyjnej. Zmiany dostosowawcze mają charakter prorozwojowy polegający na wprowadzaniu nowych technologii medycznych, osiągnięciu wysokiego poziomu usług oraz zmian w strukturach organizacyjnych, co wpływa również na poziom zadowolenia pacjenta. Ważnym problemem stojącym przed przekształconymi podmiotami wykonującymi świadczenia zdrowotne jest szybkość dostosowania się do zmian zachodzących wewnątrz organizacji, jak i w otoczeniu oraz elastyczność realizowanej strategii. Czynniki charakteryzujące wolny rynek bezpośrednio wpływają na stopień akomodacji w nowej rzeczywistości, stanowiąc potencjał w budowaniu przewagi konkurencyjnej. Urynkowanie usług zdrowotnych i wprowadzenie odpowiedzialności jednostek za gospodarkę finansową stanowi impuls do utrzymania rentowności na odpowiednim poziomie, jednocześnie dąży do podwyższania jakości usług medycznych, mając na względzie postęp naukowy i technologiczny.

Podmiot leczniczy, udzielając świadczeń zdrowotnych, stara się, aby jego funkcjonowanie było sprawne, zarządzanie efektywne, a koszty utrzymywały się na racjonalnym poziomie. Niezbędnym czynnikiem do osiągnięcia tego celu będzie wprowadzenie skutecznych strategii zarządzania. Stosowane strategie powinny obejmować koncepcje zarządzania jako celowe i spójne elementy procesu zarządzania, które uwzględniają również zarządzanie zasobami ludzkimi, przejawiające się w takim stworzeniu ilościowego i jakościowego potencjału pracowniczego, który zapewni realizację bieżących celów organizacji na optymalnym poziomie kosztów.

W rozprawie podjęto kwestie związane z wartościowaniem stanowisk pracy oraz sposobem, w jaki należy odzwierciedlać i ujmować wartość pracy, aby w rezultacie tych rozważań otrzymać określony zestaw informacji, umożliwiający stworzenie taryfikatora

kwalifikacyjnego i zbudowaniu na jego podstawie tabeli wynagrodzenia zasadniczego. Z uwagi na fakt, że krąg odbiorców jest duży i zróżnicowany, informacje płynące z wartościowania stanowisk pracy powinny być przygotowane w sposób wiarygodny i rzetelny, aby zaspokoić różnorodne potrzeby oraz odzwierciedlić optymalny dla podmiotu leczniczego poziom kosztów wynagrodzenia zasadniczego. W ostatnim okresie wartościowanie stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nabiera coraz większego znaczenia, gdyż jego wykorzystanie wykracza poza obszar polityki wynagrodzeń, dostarczając niezbędnej wiedzy różnym funkcjom zarządzania zasobami ludzkimi.

Wartościowanie stanowisk pracy jako czynnik optymalizacji kosztów zatrudnienia, które jest tematem rozprawy, ma za zadanie dostarczenie informacji niezbędnych dla całokształtu zarządzania zasobami ludzkimi, budowy tabel wynagrodzenia zasadniczego, planowanie zatrudnienia, szkoleń, pozyskiwania pracowników i ich rozwoju oraz planowanie ścieżek karier. Dokonanie oceny trudności pracy jest sprawą bardzo złożoną. Określenie różnicy wykonywanych czynności na poszczególnych stanowiskach pracy, niezbędnego wykształcenia czy doświadczenia oraz w jakim stopniu uwzględnić kwalifikacje, jak wycenić wysiłek umysłowy lub fizyczny, wymaga zastosowania odpowiednich technik.

Podjęmowane działania określające trudność pracy stanowią ważny czynnik prowadzący do usprawnienia organizacji pracy. Analiza wyników prowadzi do właściwej alokacji zasobów i zadań wynikających z realizowanej przez podmiot leczniczy strategii. Wpływają także na kształtowanie optymalnego poziomu kosztów zatrudnienia w wyniku uporządkowania procesów pracy pod kątem ich przydatności w realizacji zadań i roli w odniesieniu do innych prac oraz zależności, które zachodzą między nimi.

W związku z przedstawionym zarysem problemowym, powstał problem badawczy sprowadzający się do zbadania, jak wpływa ocena trudności pracy, w procesie kształtowania kosztów zatrudnienia na optymalnym poziomie w podmiotach leczniczych.

## ROZDZIAŁ 1

### 1. Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

#### 1.1. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2012

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu obywatelowi państwa polskiego, niezależnie od sytuacji materialnej, prawo do ochrony zdrowia<sup>1</sup>. W literaturze polskiej zdrowie jest rozumiane jako stan pełnej sprawności fizycznej, jak i psychicznej oraz społecznej, wskazując jednocześnie jej węższe znaczenie, rozumiane jako nieobecność chorób lub kalectwa<sup>2</sup>. Do polskiego systemu ochrony zdrowia definicja zdrowia została zaczerpnięta z Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, którą podpisali 22 lipca 1946 r. przedstawiciele 61 państw, a która weszła w życie 7 kwietnia 1948 r. Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia, która została zawarta w Konstytucji: „zdrowie jest to stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania (ułomności)”.

Mała encyklopedia medyczna ochronę zdrowia definiuje jako „zorganizowaną działalność mającą na celu zapobieganie chorobom i ich leczenie; działalność na rzecz zdrowia, która ujęta jest w system odpowiadający ustrojowym założeniom państwa”. Działalność państwa w zakresie ochrony zdrowia w praktyce obejmuje „system instytucji, norm prawnych i działalności mającej na celu zapobieganie chorobom, szerzenie oświaty zdrowotnej, organizowanie rozpoznawania chorób, ich leczenie i rehabilitacja”<sup>3</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia wśród najważniejszych zadań w zakresie ochrony zdrowia wymienia: zapobieganie chorobom, szerzenie oświaty sanitarnej, walkę z chorobami zakaźnymi, przedłużanie życia ludzkiego, organizację opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zapobieganie i leczenie chorób. „W skład systemu ochrony zdrowia wchodzi opieka zdrowotna oraz działalność innych pionów mających wpływ na stan zdrowia ludności (gospodarka żywnościowa, komunalna, wodna, sport i turystyka oraz inne). Służba zdrowia ma za zadanie zapewnienie ochrony zdrowia obywateli poprzez sprawowanie opieki zdrowotnej w systemie świadczeń profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i orzecznich. Opieka zdrowotna jest pojęciem węższym niż ochrona zdrowia i jest definiowana jako „działanie systemu świadczeń zdrowotnych oparte na instytucjach służby zdrowia”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. z 1997, nr 78, poz. 483.

<sup>2</sup> *Nowa encyklopedia powszechna*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998, tom 6, s. 1003.

<sup>3</sup> *Mała encyklopedia medycyna*, red. T. Roźniatowski, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1990, s. 404.

<sup>4</sup> Tamże, s. 799.

Opiekę zdrowotną ze względu na specyfikę realizowanych świadczeń zdrowotnych możemy podzielić na podstawową oraz specjalistyczną. Podstawowa opieka zdrowotna zaspokaja większość potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w ramach udzielanych świadczeń. Do świadczeń tych możemy zaliczyć świadczenia zdrowotne z zakresu: pediatrii, którymi objęte są niemowlęta, dzieci i młodzież ucząca się, ginekologii, sprawującej opiekę nad kobietami ciężarnymi i chorującymi na choroby narządu rodnego, stomatologii oraz świadczeń wykonywanych przez lekarza rodzinnego, a także chorób wewnętrznych, gdzie świadczenia zdrowotne realizowane są dla młodzieży studiującej oraz ogółu społeczeństwa. Opieka specjalistyczna stanowi uzupełnienie opieki podstawowej, zapewniając konsultacje medyczne oraz pomoc specjalistyczną, a realizowana jest w formie: ambulatoryjnej, szpitalnej oraz doraźnej.

Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowych ze środków publicznych spoczywa na władzy publicznej. Zakres świadczeń zdrowotnych oraz warunki ich udzielania są określone aktami prawnymi m.in. ustawą o działalności leczniczej, ubezpieczeniu zdrowotnym czy dotyczącą funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

System ochrony zdrowia w Polsce ewaluował na przestrzeni lat, czerpiąc wzorce rozwiązań z innych państw. Ewolucję systemu w kolejnych latach jego funkcjonowania prezentuje poniższa tabela.

Tabela 1. Ewolucja systemu opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1999–2012

1999	Wechodzi w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zmieniając dotychczas obowiązujący system nakazowo-rozdzielczy. Państwo zobowiązało się do finansowania i kontroli systemu ochrony zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego otrzymały uprawnienia organu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej czyniąc je zarazem odpowiedzialne za określenie potrzeb zdrowotnych. Powstają kasy chorych, których zadaniem jest zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez ich kupowanie.
2003	Brak równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, zróżnicowana jakość usług medycznych spowodowała likwidację kas chorych a w ich miejsce utworzenie centrali Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia
2009	Zostaje opublikowany koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
2011	W wyniku wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej następuje reforma systemu opieki zdrowotnej, mająca na celu: wyeliminowanie ułomnej, nieefektywnej formy prawnej zakładów opieki zdrowotnej, zahamowanie zadłużania się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych.
2012	Minister Zdrowia przedstawia dokument „Strategia Zdrowia” zawierający reformę systemu ochrony zdrowia w latach 2012–2015 mający na celu poprawę efektywności systemu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania literatury przedmiotu.

Istotną zmianę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia wprowadziła ustawa, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r.<sup>5</sup>, zmieniając system budżetowy (nakazowo-rozdzielczy) na powszechny system ubezpieczeń społecznych. Państwo zrezygnowało z pełnienia roli monopolisty w dziedzinie ochrony zdrowia, zachowując obowiązek jej finansowania oraz kontroli. Do życia powołano 17 kas chorych (po jednej w każdym województwie i odrębną dla służb mundurowych), które zarządzały zgromadzonymi środkami finansowymi i jednocześnie pełniły funkcję płatnika za świadczenia zdrowotne. W wyniku transformacji odstąpiono od przekazywania środków finansowych zakładom opieki zdrowotnej zastępując go kupowaniem usług medycznych.

Kasy chorych, zapewniając ubezpieczonemu wykonanie świadczenia, czyniły to poprzez kupowanie odpowiednich produktów, którym mogło być świadczenie zdrowotne, procedura medyczna, pakiet świadczeń i procedur medycznych<sup>6</sup>. Określały liczbę kupowanych świadczeń na podstawie danych historycznych, związanych z realizacją świadczeń w poprzednich okresach. Za główny cel postawiono kasom bardziej efektywne wykorzystanie posiadanych środków, kreując podaż na świadczenia zdrowotne. Kontrakty na świadczenia zdrowotne były limitowane w związku z budżetem, jakim kasa chorych dysponowała na dany rok kalendarzowy, a nie faktycznym na nie zapotrzebowaniem. Takie działanie było możliwe w związku z wprowadzeniem pojęcia nośnika kosztów na podstawie wydanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Medycznej rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Kontraktowanie usług na świadczenia zdrowotne odbywało się w formie umowy, w których ilość oraz cena były efektem rokowań. Umowy na realizację świadczeń z jednej strony zapewniały finansowanie podmiotów ochrony zdrowia, natomiast z drugiej określały opis oraz wycenę świadczeń i procedury rozliczeń. Możliwość zawierania kontraktów dano również niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej, które miały stanowić konkurencję na rynku usług medycznych dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Konkurencja w wykonywaniu świadczeń miała zaowocować zwiększeniem ich dostępności jak również poprawą jakości. Konsekwencją tego rozwiązania, z jednej strony było ograniczenie przekazywania środków finansowych do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co jak się później okazało w wielu przypadkach spowodowało zachwianie bądź utratę płynności finansowej, gdyż kasy chorych dowolnie określały wycenę świadczeń zdrowotnych, procedur medycznych oraz hospitalizacji,

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu społecznym, Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.

<sup>6</sup> J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedocenione interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 128–131.



nie miały ujednoczonych zasad kontraktowania. Natomiast z drugiej strony nastąpił rozwój niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej.

Bardzo ważną zmianę w systemie organizacji ochrony zdrowia było przejście 1 stycznia 1999 r. przez jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i samorządy województw) uprawnień organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Majątek ruchomy Skarbu Państwa, przekazany samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, stał się od 1 stycznia 1999 r. ich własnością. Zgodnie z zapisami ustawy w obszarze ochrony zdrowia samorządy terytorialne stały się odpowiedzialne za określenie potrzeb zdrowotnych, dbałość o infrastrukturę, promocję i profilaktykę zdrowotną. Natomiast samorządy województw odpowiadały za strategię planowania ochrony zdrowia opartej na potrzebach zdrowotnych mieszkańców. Jednostki samorządu terytorialnego każdego szczebla obok pełnienia funkcji organu założycielskiego zostały odpowiedzialne za planowanie inwestycji. Sprawowały jednocześnie funkcje kontrolne i uzyskały uprawnienia do dokonywania przekształceń podmiotów publicznych w niepubliczne.

Krytycznie oceniono wdrożenie nowego systemu opieki zdrowotnej, wskazując następujące przyczyny<sup>7</sup>:

- całkowita dekompozycja dotychczasowych struktur, zasad organizacji i finansowania,
- niezagwarantowanie dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych,
- SP ZOZ-y nie były przygotowane do funkcjonowania w nowych warunkach,
- brak uregulowań prawnych (aktów wykonawczych), w sferze np. organizacyjnej,
- upolitycznienie kas chorych,
- brak kompleksowej polityki zdrowotnej państwa.

Do osiągnięć nowatorskiego rozwiązania z zakresu funkcjonowania opieki zdrowotnej, choć krytycznie ocenianego, można zaliczyć:

- wzrost znaczenia instytucji samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia,
- możliwość wyboru lekarza,
- zwiększenie konkurencyjności na rynku usług medycznych,
- szacunkowe określenie kosztów procedur medycznych,
- częściowe uniezależnienie się systemu opieki zdrowotnej od budżetu.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu spowodowały niski poziom akceptacji społecznej wprowadzonych zmian. Mankamenty nowej ustawy oraz nieustabilizowanie

---

<sup>7</sup> Zmiany w Organizacji Opieki Zdrowotnej w III kadencji Sejmu, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Październik 2001, nr 809, s. 12–13.

nowych rozwiązań, jak również niewprowadzenie ubezpieczeń prywatnych spowodowały niski poziom efektywności systemu ochrony zdrowia. Stąd po zaledwie trzech latach funkcjonowania kas chorych zastąpiono je centralną instytucją ubezpieczeniową – NFZ. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>8</sup> zlikwidowała kasy chorych, a w ich miejsce powstała centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz 16 oddziałów, po jednym w każdym województwie.

Ustawa po krótkim czasie obowiązywania, z uwagi na to, że zawierała wady, została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał w wydanym 24 sierpnia 2004 r. wyroku uznał zapisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niezgodne z Konstytucją RP. Zakwestionowane zostały następujące ustawy:

- nieprecyzyjne sformułowanie postanowień ustawy,
- brak wystarczających gwarancji dostępu do świadczeń,
- brak mechanizmów kontrolowania finansów NFZ przez Ministerstwo Finansów, Parlament i ubezpieczonych;
- brak zdefiniowania relacji między NFZ a budżetem Państwa, co mogłoby implikować odpowiedzialność Państwa za długi NFZ,
- inne nieprecyzyjne i sprzeczne postanowienia, np. ustalenia pokrywające się kompetencje NFZ i Ministerstwo Zdrowia<sup>9</sup>.

Zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny zapisy zmienione zostały w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>10</sup>. Ustawa przekazywała uprawnienia centrali NFZ na poziom wojewódzkich oddziałów, które przejęły odpowiedzialność za kontraktowanie usług (podpisywanie umów ze świadczeniodawcami). Oddziały sporządzały plany finansowe, które wchodziły w skład całego budżetu NFZ. Ustawa zdefiniowała tzw. koszyk świadczeń, które nie są finansowane ze środków publicznych. Pozostałe świadczenia nieujęte w koszyku negatywnym przysługiwały pacjentom w ramach obowiązujących przepisów. Rozwiązanie miało na celu ograniczenie wydatków środków publicznych. Ministerstwo Zdrowia dopiero w 2009 r. opublikowało koszyk świadczeń gwarantowanych, tworząc katalog świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

---

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003, nr 45, poz. 391.

<sup>9</sup> Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska 2012, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s. 48.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej z środków publicznych Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.

Polski system ochrony zdrowia podlegał ciągłej reformie, mającej na celu bardziej efektywne finansowanie stale rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne przy ograniczonych na ten cel środkach finansowych. Zmiany, które zachodziły w służbie zdrowia, w szczególności dotyczyły finansowania świadczeń zdrowotnych, usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zwiększenie odpowiedzialności ich kierownictwa za osiągnięte wyniki oraz tworzenia rynku usług medycznych. Postawiono przed publicznymi placówkami służby zdrowia nowe zadania. Jednostki te znalazły się w nowej sytuacji ekonomiczno-prawnej, zostały zmuszone do poprawy efektywności gospodarowania ograniczonymi zasobami, działając na rynku, w którym pozycję dominującą i decydującą o warunkach kontraktu zapewniono Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Jednak podejmowane działania nie wyeliminowały trudności, jakie się pojawiały w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Do głównych przyczyn tego stanu zaliczano<sup>11</sup>:

- ułomną, nieefektywną formę prawną, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
- niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających,
- ograniczoną odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania SP ZOZ.

Zmiany w organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz podmiotów świadczących usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych wprowadzono ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>12</sup>. Ustawa, wprowadzając istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia, podaje definicję działalności leczniczej, która polega na: udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Działalność leczniczą mogą wykonywać podmioty lecznicze w formie organizacyjnej przewidzianej ustawą, które są przedsiębiorcami i podmioty niebędące przedsiębiorcą oraz lekarze i pielęgniarki w ramach praktyki zawodowej. Do kategorii podmiotów leczniczych ustawodawca zaliczył: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, które tworzą grupę podmiotów niebędących przedsiębiorcami oraz przedsiębiorców, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej i kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, jakim wykonują działalność leczniczą wchodzących w skład podmiotów leczniczych, będących przedsiębiorcami.

---

<sup>11</sup> Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu ustawy o działalności leczniczej, druk nr 3489, s. 1.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.

Projektodawca, czyli Minister Zdrowia, w uzasadnieniu do projektu ustawy wskazał na potrzebę kompleksowej regulacji dotyczącej organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia. Jednak z chwilą wejścia w życie, zdaniem M. Derecza, ustawa o działalności leczniczej nie określała<sup>13</sup>:

- podmiotów władzy publicznej, które ponoszą prawną odpowiedzialność za poszczególne rodzaje i poziomy świadczeń zdrowotnych,
- szczebli władzy publicznej ponoszących w państwie odpowiedzialność za wykonywanie wysokospecjalistycznych świadczeń szpitalnych, podstawowych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych i podstawowej opieki zdrowotnej,
- systemowych rozwiązań, które poprawią dostępność do świadczeń zdrowotnych i doprowadzą do sprawniejszego działania wykonawców świadczeń zdrowotnych a zwłaszcza szpitali,
- stabilności w dostępności do świadczeń zdrowotnych, w sytuacji likwidacji podmiotu leczniczego, co było ustalone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, tj. obowiązku określenia sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanej jednostki dalszego, nieprzerwanego udzielania takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości.

Jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą, przejęły odpowiedzialność za sytuację finansową podmiotów leczniczych, dla których są organem założycielskim. Nie otrzymując na realizację tego celu wsparcia finansowego z budżetu Państwa, zostały także zobowiązane do ponoszenia pełnej odpowiedzialności za ujemny wynik finansowy dotychczas funkcjonujących jak i nowo utworzonych podmiotów leczniczych. Nałożenie obowiązku realizacji nowych zadań spowodował przeniesienie z parlamentu i rządu odpowiedzialności za ochronę zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego.

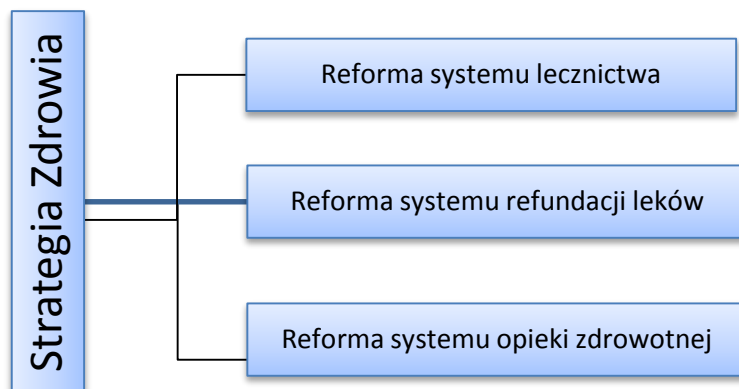
Ustawa o działalności leczniczej w opinii Ministerstwa Zdrowia miała spełniać postanowienia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zawarte w art. 68. gwarantujące każdemu prawo do ochrony zdrowia oraz równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przyjęty w ustawie model organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w rzeczywistości nie spełnił gwarancji zawartych w Konstytucji RP. System opieki zdrowotnej nie umożliwiał świadczeniobiorcom równego dostępu do usług medycznych

---

<sup>13</sup> M. Derecz, T. Rek, System Informacji Prawnej, Komentarz do ustawy o działalności leczniczej, Lex ABC, Warszawa 2012, s. 3.

jak również nie wyeliminował długiego czasu oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego.

Ministerstwo Zdrowia w 2012 r. przedstawiło *Strategię Zdrowia*, w której zaprezentowało przeprowadzenie trzech reform w latach 2012–2015, których zakres prezentuje poniższy rysunek.



Rysunek 1. Założenia reformy zawarte w dokumencie *Strategia Zdrowia*

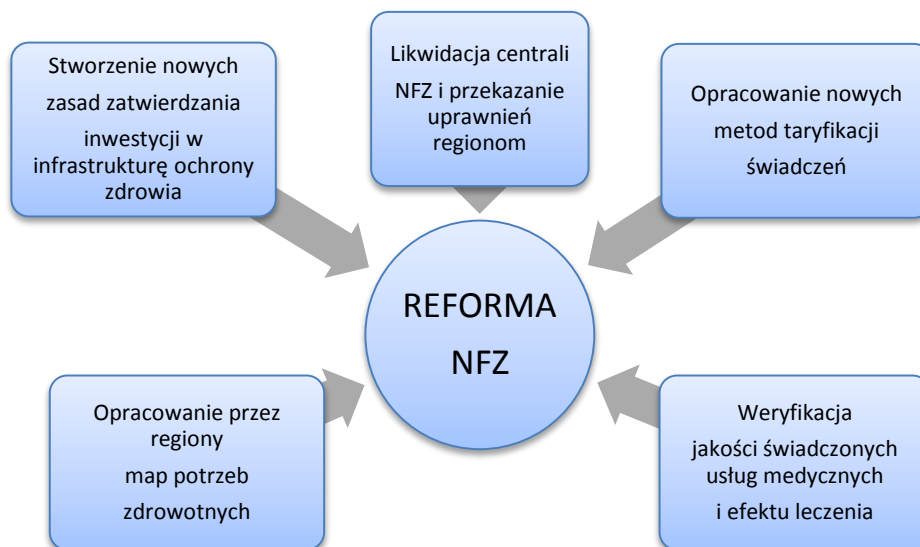
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów Ministerstwa Zdrowia.

*Strategia Zdrowia* przewiduje nowelizację szeregu aktów prawnych związanych z systemem opieki zdrowotnej w szczególności: ustawy o działalności leczniczej, zdrowiu publicznym, o refundowaniu leków, prawa farmaceutycznego czy o badaniach klinicznych.

Przeprowadzenie prac legislacyjnych i wdrożenie nowych rozwiązań w życie ma przynieść:

- poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej,
- stworzenie efektywnego systemu refundacji leków,
- informatyzację systemu opieki zdrowotnej.

Brak wystarczających środków finansowych w systemie, jego niesprawne funkcjonowanie doprowadziło do sytuacji, w której Ministerstwo Zdrowia, w ramach zaprezentowanych reform planuje również podjęcie prac związanych z reformą NFZ, której zakres ilustruje rysunek 2.



Rysunek 2. Elementy reformy NFZ

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia.

Reforma NFZ, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia przewiduje podjęcie działań mających na celu <sup>14</sup>:

- likwidację centrali NFZ,
- wprowadzenie nowych metod taryfikacji świadczeń,
- weryfikację jakości i efektu leczenia,
- wprowadzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych,
- wprowadzenie nowych zasad zatwierdzania inwestycji.

Likwidacja centrali NFZ, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, podyktowana jest m.in. nieefektywnym zarządzaniem polityką zdrowotną w poszczególnych regionach. Natomiast łączenie funkcji płatnika, wyceniającego procedury medyczne i kontrolującego, uniemożliwiało prawidłowe wykonywanie poszczególnych zadań, gdyż wszystkie skupione są w jednym urzędzie. W obecnym rozwiązaniu systemowym występują dwa ośrodki odpowiedzialne za kreowanie polityki zdrowotnej. W miejsce zlikwidowanej centrali NFZ powstanie 16 wojewódzkich Narodowych Funduszy Zdrowia, co spowoduje:

- rozdzielenie funkcji wyceny i nadzoru od finansowania świadczeń,
- wyznaczenie Ministra Zdrowia jako kreatora polityki zdrowotnej,
- przeniesienie kompetencji za kreowanie polityki zdrowotnej na regiony,

<sup>14</sup> <http://www.mz.gov.pl/wwwmz> dostęp 18 grudnia 2012 r.

- przeniesienie na regiony kompetencji związanych z wyceną i kontrolowaniem wykonania świadczeń,
- przygotowywanie przez regiony planów zakupu świadczeń,
- opracowywanie regionalnych map potrzeb zdrowotnych.

Reforma NFZ ma również na celu likwidację Agencji Ochrony Technologii Medycznych oraz Centrum Monitorowania Jakości. W miejsce zlikwidowanych instytucji ma powstać Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych. Nowo powstały urząd ma przejąć zadania związane z informatyzacją, kontrolą i nadzorem, taryfikacją świadczeń, kontrolą jakości i efektu leczenia.

Obecnie funkcjonująca taryfikacja świadczeń zawiera nieefektywne narzędzia wyceny, powodujące, że wycena jednych jest zawyżona, natomiast innych zaniżona, jednocześnie wpływając na nierówny dostęp pacjentów do usług medycznych. Reforma NFZ, która zawiera zmiany w taryfikacji świadczeń, ma spowodować:

- obiektywną wycenę świadczeń,
- lepszy dostęp do usług medycznych,
- porównywalność rentowności świadczeń,
- rzetelną wiedzę o kosztach leczenia.

Kolejnym elementem podlegającym reformie jest ocena jakości i efektu leczenia, gdyż w chwili obecnej:

- brak jest narzędzi umożliwiających ocenę jakości świadczeń,
- nie określono efektywnych narzędzi motywujących podmioty lecznicze do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń,
- jakość opieki nad pacjentem nie ma wpływu na wysokość publicznego finansowania.

Zgodnie z założeniami reformy spodziewanymi efektami będą:

- podział środków nastąpi z uwzględnieniem jakości opieki nad pacjentem,
- wzrost efektów leczenia,
- większe bezpieczeństwo pacjenta.

Obecnie finansowanie ochrony zdrowia zdaniem Ministerstwa Zdrowia nie uwzględnia faktycznego zapotrzebowania poszczególnych regionów. Samorządy nie mają wpływu na politykę zdrowotną oraz realizowane inwestycje w infrastrukturę medyczną. W wyniku zmian systemowych samorządy będą odpowiedzialne za stworzenie mapy potrzeb zdrowotnych. Takie rozwiązanie spowoduje wzrost zainteresowania środowisk na kształtowanie polityki zdrowotnej regionu. Przyczyni się także do opracowania wieloletnich

planów rozwoju opieki zdrowotnej, jednocześnie równoważąc dostęp do świadczeń medycznych w poszczególnych regionach.

Następną sferą działalności NFZ, która będzie podlegać reformie, są zasady inwestycji w infrastrukturę. Zasady obowiązujące nie zapewniały możliwości określenia priorytetów inwestycyjnych dla regionów, co powodowało dużą niepewność inwestorów w odniesieniu do późniejszego finansowania świadczeń zdrowotnych. Planowane zmiany w tej sferze funkcjonowania NFZ mają za zadanie:

- prowadzenie inwestycji na podstawie rzeczywistych potrzeb,
- harmonijne rozłożenie inwestycji w regionach,
- stworzenie jasnych perspektyw inwestycyjnych i kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- zwiększenie dostępności pacjentów do mniej popularnych świadczeń zdrowotnych.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia mają zapewnić lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych o wyższej jakości przy jednoczesnym zwiększeniu efektu leczenia.

## **1.2. Funkcjonowanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej**

Trudna sytuacja finansowa wielu Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej determinuje władze publiczne do poszukiwania rozwiązań własnościowo-organizacyjnych, które mogą naprawić sytuację w ochronie zdrowia. Wprowadzane zmiany systemowe mają na celu stworzyć warunki sprzyjające efektywnemu wykorzystaniu środków publicznych, tworząc jednocześnie konkurencyjny rynek, umożliwiający pacjentom lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Z tego też powodu w 2011 r. ustawą o działalności leczniczej<sup>15</sup> wprowadzono zmiany ustrojowe podmiotów realizujących świadczenia medyczne. Zgodnie z zapisami ustawy działalność leczniczą mogą wykonywać podmioty będące przedsiębiorstwami i nie będące przedsiębiorstwami. Do grupy podmiotów nie będących przedsiębiorstwami zostały przez ustawodawcę zaliczone Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ). Z chwilą wejścia w życie ustawy forma organizacyjna SP ZOZ- u została zarezerwowana dla podmiotów leczniczych już istniejących lub powstałych w wyniku połączenia dwu lub więcej SP ZOZ-ów bez możliwości tworzenia nowych.

---

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.



Ustawa o działalności leczniczej nie definiuje pojęcia SP ZOZ-u, jak również nie wskazuje faktu posiadania przez ten podmiot osobowości prawnej.

Zdaniem J. Goździkowskiego, SP ZOZ-y w dalszym ciągu posiadają osobowość prawną, gdyż uzyskały ją z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego przy ich tworzeniu, w świetle przepisów poprzednio obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i nie można uznać, że po uchyleniu przepisów tej ustawy utraciły osobowość prawną<sup>16</sup>.

„Ustawa o działalności leczniczej, nazywając SP ZOZ podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcą, równocześnie nie pozbawia ich cech charakterystycznych dla przedsiębiorcy”<sup>17</sup>. Statusu przedsiębiorcy nie nadaje forma prawna podmiotu, lecz fakt posiadania osobowości prawnej i prowadzenie działalności gospodarczej na własny rachunek. Zakwalifikowanie działalności SP ZOZ zostało zawarte w art. 55 ust. 1 pkt 2, który mówi, że „wydzielona działalność gospodarcza inna niż odpłatna działalność lecznicza”. Ustawowy zapis wskazuje, że działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą. Prowadzenie działalności gospodarczej przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą musi przewidywać statut.

Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, do których zaliczono SP ZOZ-y, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej podlegają szczegółowym regulacjom, dotyczącym następujących kwestii:

- ustrój podmiotu określa statut, który nadaje podmiot tworzący,
- odpowiedzialność za zarządzanie ponosi kierownik,
- podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną,
- wymienione w ustawie stanowiska muszą być obsadzone w drodze konkursu, zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia,
- w podmiocie leczniczym należy powołać radę społeczną,
- istnieje wymóg stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek,
- ustawodawca wzmocnił nadzór podmiotu tworzącego w przypadku podjęcia przez kierownika innego zatrudnienia bądź wykonywania świadczeń zdrowotnych.

---

<sup>16</sup> J. Goździkowski, *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*, w: *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, red. D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski, Warszawa 2012, s. 35.

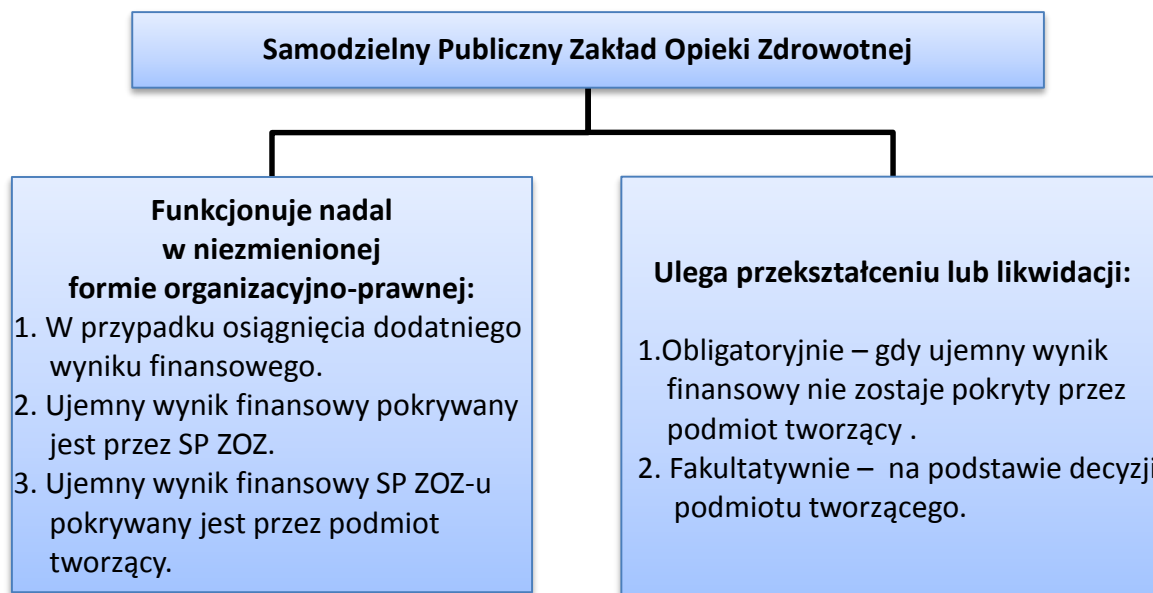
<sup>17</sup> Cyt. *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, red. E. Nojszewska, Lex Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 607.

Nadzór nad Samodzielnymi Publicznymi Zakładami Opieki Zdrowotnej został poszerzony i obejmuje również zasady gospodarki finansowej, źródła uzyskiwania przychodów, uprawnienia pracowników, procedury łączenia czy procesu likwidacji.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej organem założycielskim Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej jest: minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego oraz uczelnia medyczna.

Szczególną regulację prawną zawarł ustawodawca wobec SP ZOZ-ów w zależności od osiąganego przez nich wyniku finansowego. Wprowadzone przepisy mają na celu zwiększenie odpowiedzialności podmiotu tworzącego za sytuację finansową oraz podjęcie stosownych działań w przypadku wystąpienia ujemnego wyniku finansowego. Ujemny wynik finansowy może pokryć SP ZOZ samodzielnie lub podmiot tworzący. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza niejako przymus w sytuacji permanentnego osiągania ujemnego wyniku finansowego przez SP ZOZ do jego komercjalizacji lub likwidacji, by uniknąć konieczności pokrywania zobowiązań przez podmiot tworzący.

Zasadniczym założeniem ustawodawcy przez wprowadzenie odpowiedzialności podmiotu tworzącego za sytuację finansową SP ZOZ-ów było stworzenie właściwego podłoża rozwoju oraz funkcjonowania stabilnych ekonomicznie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Sytuacja ekonomiczna wytycza dalsze możliwości funkcjonowania SP ZOZ-u, co ilustruje rysunek 3.



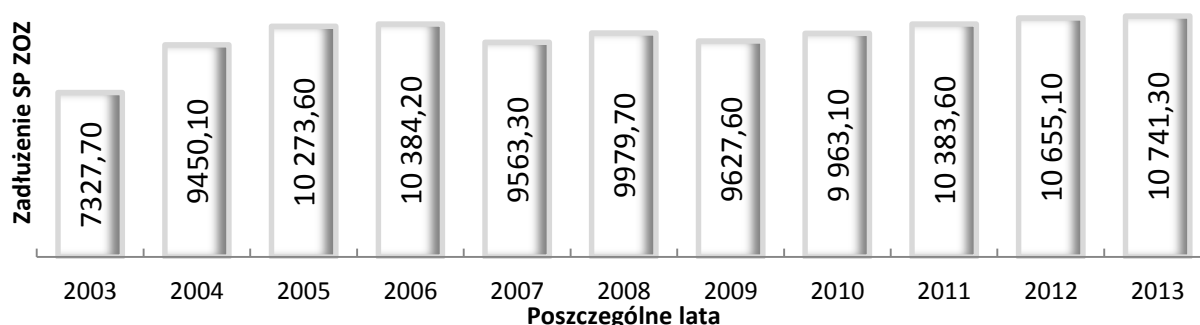
Rysunek 3. Perspektywa dalszego funkcjonowania SP ZOZ w zależności od osiągniętego wyniku finansowego

Źródło. Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

W zależności od sytuacji finansowej zgodnie z ustawą możemy przyjąć następujące scenariusze dalszego funkcjonowania SP ZOZ-u:

- osiągnięty jest dodatni wynik finansowy – zysk netto zasila fundusz zakładu,
- osiągnięty został ujemny wynik finansowy – zostaje pokryty we własnym zakresie,
- osiągnięty ujemny wynik finansowy nie zostaje pokryty przez SP ZOZ z funduszu zakładu – podmiot tworzący może w terminie trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokryć ujemny wynik finansowy za dany rok obrotowy, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości<sup>18</sup>, wówczas podmiot funkcjonuje w dalszym ciągu,
- osiągnięty ujemny wynik finansowy nie zostaje pokryty przez SP ZOZ i podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego – podmiot tworzący podejmuje decyzję o zmianie formy organizacyjno-prawnej (przekształcenie w spółkę lub połączenie z innym SP ZOZ) albo likwidacji.

Ograniczenia co do nadmiernego zadłużania się SP ZOZ-ów zostały wprowadzone z uwagi na bardzo wysoki wzrost zadłużeń. Wysokość zobowiązań ogółem w poszczególnych latach przedstawia poniższy wykres.



Wykres 1. Zobowiązania ogółem SP ZOZ (w mln zł) na koniec IV kwartału w latach 2003–2012 i I kwartału 2013 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dostęp 26.06.2013 r.

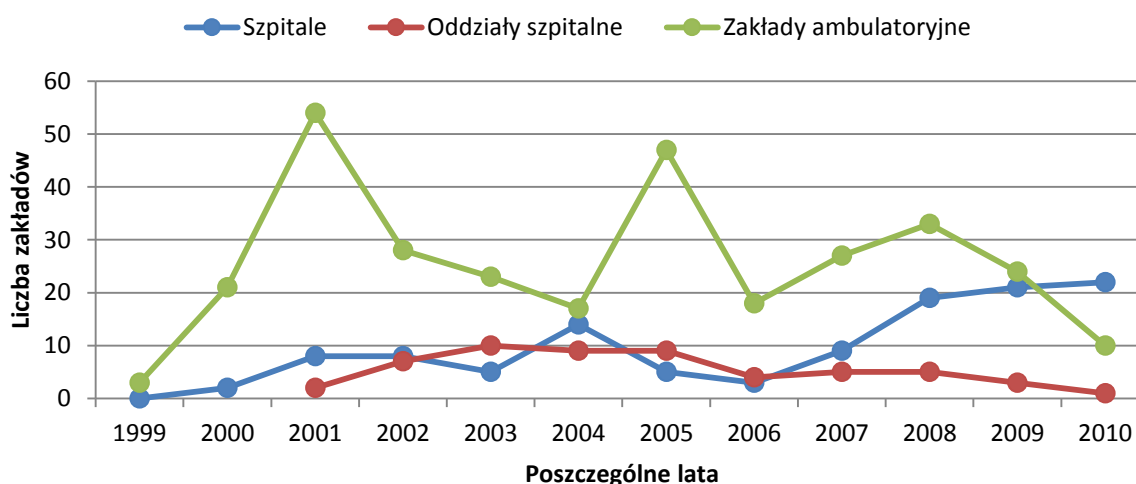
Wprowadzone w ustawie o działalności leczniczej rozwiązania w zakresie zahamowania zadłużania się SP ZOZ-u poprzez wymuszenie zmian organizacyjno-prawnych w sytuacjach

<sup>18</sup> Koszty amortyzacji podmiotów leczniczych, które dysponują nowoczesnym sprzętem bądź prężnie inwestują, zapewniając sobie dysponowanie nowym majątkiem przy jednoczesnym wykorzystaniu na ten cel środków finansowych pochodzących np. z dotacji budżetowych, ponoszą wysokie koszty amortyzacji, powodując generowanie ujemnego wyniku finansowego. Rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę zapobiega likwidacji bądź zmianom organizacyjno-prawnym podmiotów leczniczych szybko rozwijających się i inwestujących w nowe technologie.

osiągania ujemnego wyniku finansowego miało swoje przyczyny, wśród których można wymienić<sup>19</sup>:

- ryzyko szybkiego wzrostu kosztów starych długów,
- ryzyko powstania nowych długów,
- ryzyko utraty możliwości realizacji zadań statutowych,
- ryzyko destabilizacji politycznej w przypadku masowego zaprzestania wypłacania wynagrodzeń i likwidacji zakładów z przyczyn ekonomicznych,
- wzrost ryzyka licznych firm zaopatrzeniowych,
- próby wymuszenia zmian w strukturze usług,
- duże zainteresowanie prywatnych firm medycznych rynkiem, na którym są obecnie publiczne zakłady mające umowy z publicznym płatnikiem,
- silne zainteresowanie firm ubezpieczeniowych tworzeniem warunków rozwoju popytu na polisy prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia niejednokrotnie podejmowało próby zmiany formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ-ów, które zahamowałyby proces zadłużania. Bardzo wolne tempo przekształceń było spowodowane brakiem odpowiednich regulacji prawnych, bodźców ekonomicznych oraz uwarunkowań społecznych i politycznych. Dynamikę przekształceń w latach 1999–2010 przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Dynamika przekształceń własnościowych w latach 1999–2010

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Urzędów Wojewódzkich, jednostek samorządu terytorialnego oraz Ministerstwa Zdrowia.

<sup>19</sup> K. Tymowska, Zmierzch publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. I Jesienne Seminarium Dyrektorów Szpitali „Zarządzanie długiem szpitalnym i przekształcenia w spółki użyteczności publicznej”, Warszawa 3–4 października 2003 r., s. 2.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2010 r. zmiana formy organizacyjno-prawnej nastąpiła wobec 478 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej na ogólną liczbę 2474 w 1999 r.

Zmiana formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania SP ZOZ pozostaje w gestii podmiotu tworzącego. Na gruncie ustawy o działalności leczniczej możemy wyróżnić następujące zmiany formy organizacyjno-prawnej:

- przekształcenie SP ZOZ-u w spółkę kapitałową,
- połączenie istniejących SP ZOZ-ów w jeden SP ZOZ.

Przekształcenie podmiotu leczniczego w spółkę kapitałową (spółkę z o.o. lub spółkę akcyjną) odbywa się bez konieczności likwidacji. Szczegółową procedurę postępowania, tryb i zasady przekształcenia zawiera art. 70-82 ustawy. Powstała w wyniku przekształcenia spółka będzie następcą prawnym, wstępując w prawa i obowiązki SP ZOZ-u. Założeniem ustawodawcy był fakt, iż spółki kapitałowe efektywniej wykorzystują majątek, skuteczniej pozyskują środki finansowe z różnych źródeł oraz w sposób racjonalny ponoszą koszty funkcjonowania. Zgodnie z art. 75 ustawy o działalności leczniczej organem dokonującym przekształcenia SP ZOZ jest:

- minister właściwy do spraw Skarbu Państwa, dla których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej lub wojewoda,
- organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego,
- rektor, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum.

Ustawa o działalności leczniczej, nie tworząc obligatoryjnego wymogu przekształcenia SP ZOZ-u w spółki kapitałowe, wprowadza wiele zachęt do dokonania zmiany formy organizacyjno-prawnej, które mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej nowo powstających podmiotów leczniczych. Pierwszą z nich, na podstawie art. 191–192 ustawy, jest możliwość umorzenia zobowiązań publiczno-prawnych, które są znane na dzień 31 grudnia 2009 r. wraz z odsetkami. Kolejną zachętą ekonomiczną jest uzyskanie dotacji na spłatę zobowiązań przejętych przez podmiot tworzący od SP ZOZ-u zobowiązań, odsetek oraz kosztów przekształcenia. Warunkiem uzyskania dotacji celowej z budżetu państwa jest przekształcenie

SP ZOZ na zasadach określonych w art. 69–82 u.d.l. do dnia 31 grudnia 2013 r. oraz zgodnie z art. 197 ustawy o działalności leczniczej<sup>20</sup>.

Przekształcenie SP ZOZ-u w spółkę kapitałową niesie za sobą konsekwencje przedstawione w tabeli 2, dotyczą one podmiotu leczniczego, jak i organu tworzącego.

Tabela 2. Konsekwencje przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową

	<b>SP ZOZ</b>	<b>Spółka Kapitałowa</b>
Uregulowania prawne dotyczące funkcjonowania podmiotu leczniczego	– Ustawa o działalności leczniczej	– Kodeks Spółek Handlowych – Ustawa o działalności leczniczej
Nadzór i kontrola	– Minister Zdrowia – Organ tworzący – Organ Rejestrujący	– Walne zgromadzenie akcjonariuszy/ wspólników – Rada Nadzorcza – Komisja Rewizyjna
Upadłość	– nie podlega prawu upadłościowemu	– podlega prawu upadłościowemu
Struktura organów	– Rada Społeczna – Kierownik	– Zarząd – Walne zgromadzenie akcjonariuszy/ wspólników – Rada Nadzorcza – Komisja Rewizyjna
Pobieranie opłat za usługi medyczne	– ograniczone możliwości	– duża możliwość realizacji płatnych usług zdrowotnych
Odpowiedzialność za sytuację finansową podmiotu tworzącego/ właścicieli	Podmiot tworzący odpowiada w pełni za zobowiązania	Odpowiedzialność za zobowiązania ograniczona do wysokości kapitału wniesionego do spółki
Gwarancja dostępności do świadczeń	Pełne zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. W przypadku likwidacji realizację świadczeń przejmują inny podmiot leczniczy	Likwidacja podmiotu leczniczego bez konieczności zapewnienia dostępności do świadczeń realizowanych przez inny podmiot leczniczy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Ustawodawca w odniesieniu do pracowników przekształcanych podmiotów leczniczych dał im pełną gwarancję dalszego zatrudnienia, w chwili przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową. Z mocy prawa z dniem przekształcenia stają się pracownikami nowo utworzonego podmiotu leczniczego, zachowując wszelkie dotychczasowe uprawnienia oraz obowiązki<sup>21</sup>.

Podmioty tworzące SP ZOZ-y mają pełną swobodę w kształtowaniu struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne na danym

<sup>20</sup> <http://www.mz.gov.pl> dostęp 15.11.2012 r.

<sup>21</sup> R. Budzisz, *Nowa ustawa o działalności leczniczej – wybrane zagadnienia*, „Medycyna Praktyczna” 2011, 7–8, s. 118.

terenie<sup>22</sup>. Racjonalizacja działalności SP ZOZ-ów polega również na przekształceniu kilku podmiotów leczniczych o niskim potencjale w jedną spółkę. Przekształcenie SP ZOZ-u możliwe jest w sytuacji, gdy mają ten sam podmiot tworzący. Od reguły, iż tylko ten sam podmiot tworzący może przekształcić w jedną spółkę kilka SP ZOZ-ów, jest jeden wyjątek dopuszczający przekształcenie w jedną spółkę SP ZOZ-ów podległym różnym jednostkom samorządu terytorialnego (np. powiatowi i gminie, gminie i województwu). „Nie ma przy tym wymogu, aby były to jednostki samorządu terytorialnego z tego samego terenu. Teoretycznie mogą to być powiaty (gminy) znajdujące się na terenie różnych województw, jak też różne województwa. Nie można natomiast w jedną spółkę przekształcić SP ZOZ-ów podległych np. ministrowi i jednostce samorządu terytorialnego”<sup>23</sup>. Przekształcenia SP ZOZ-ów, dla których podmiotem tworzącym są różne jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą wymaga zawarcia porozumienia. Istotne jest, aby ustalić wskaźnik zadłużenia w przypadku tworzenia spółki z kilku SP ZOZ-ów. Zgodnie z zapisami ustawy wskaźnik zadłużenia ustalany jest dla spółki na dzień przekształcenia. „Ustalenia wskaźnika dla każdego SP ZOZ-u w takim przypadku ustawodawca nie przewidział. Taka sytuacja może spotkać się ze sprzeciwem wierzycieli danego SP ZOZ-u oraz pracowników, których podmiot leczniczy znajdował się w korzystniejszej sytuacji finansowej”<sup>24</sup>.

Przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe zgodnie z ustawą o działalności leczniczej nie obliuguje podmiotu tworzącego do przekazania na własność nieruchomości spółce. Majątek nieruchomy może zostać udostępniony spółce na podstawie umowy: najmu, dzierżawy użyczenia lub użytkowania. Taka sama sytuacja występuje w przypadku majątku ruchomego, gdyż na podstawie art. 43 u.o d.l. podmiot tworzący może pozbawić podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą składników przydzielonego lub nabytego mienia.

Zdaniem M. Derecz i T. Rek, przekształcenie SP ZOZ-ów w spółkę kapitałową wywołuje wiele kontrowersji zarówno dotychczasowemu podmiotowi tworzącemu, jak i podmiotowi leczniczemu. Podstawowe z nich to<sup>25</sup>:

- zasadnicza zmiana stanu prawnego, któremu podlegać będzie podmiot leczniczy – do spółek kapitałowych stosuje się przede wszystkim kodeks spółek handlowych z niewielkimi modyfikacjami wynikającymi z ustawy o działalności leczniczej,

---

<sup>22</sup> M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Aktualne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Ustawa o działalności leczniczej – wybrane zagadnienia*, w: *Zdrowie Publiczne. Aktualne uwarunkowania i zmiany*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanowska, Poznań 2011, s. 14.

<sup>23</sup> Cyt. M. Derecz, T. Rek, System Informacji Prawnej, Komentarz do ustawy o działalności leczniczej, Lex ABC, Warszawa 2012, s. 20.

<sup>24</sup> Tamże, s. 22.

<sup>25</sup> Tamże, s.24.

w przypadku SP ZOZ-u regulacje zawiera głównie ustawa o działalności leczniczej, zmienia się więc struktura organów i zasady ich odpowiedzialności za wyniki podmiotu leczniczego;

- zmienia się zakres odpowiedzialności dotychczasowego podmiotu tworzącego SP ZOZ jako właściciela spółki za zobowiązania (w przypadku SP ZOZ-u odpowiedzialność ma charakter pełny i nieunikniony – art. 59 ust. 2, art. 61, w przypadku spółki odpowiedzialność ogranicza się do wysokości wkładu, a wspólnicy bądź akcjonariusze nie odpowiadają za zobowiązania spółki (art. 151 §4 i art. 301 §5 k.s.h.);
- spółka kapitałowa posiada zdolność upadłościową, której nie ma SP ZOZ;
- spółka kapitałowa uzyskuje znacząco większe możliwości pobierania opłat od pacjentów, co w przypadku SP ZOZ-u jest bardzo ograniczone (art. 44 u.d.l.).

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza zakaz tworzenia nowych SP ZOZ-ów. Jedynym odstępstwem jest sytuacja, w której następuje połączenie już istniejących SP ZOZ-ów. Ustawodawca przewidział dwie formy połączenia SP ZOZ-ów<sup>26</sup>:

- poprzez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SP ZOZ-u na inny,
- poprzez utworzenie nowego SP ZOZ-u powstałego z co najmniej dwóch łączących się SP ZOZ-ów.

W przypadku SP ZOZ-ów, dla których podmiotem tworzącym jest minister lub centralny organ administracji państwowej, może zostać dokonane połączenie w drodze rozporządzenia. Jednostki samorządu terytorialnego lub uczelnie medyczne decyzję o połączeniu SP ZOZ-ów podejmują uchwałą właściwego organu. Natomiast dyrektor Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego decyzję o połączeniu podejmuje w formie zarządzenia. Odmienna jest sytuacja w przypadku, gdy dla łączonych SP ZOZ-ów są różne podmioty tworzące, np. dwie różne gminy, powiaty lub województwa. Wówczas utworzenie nowego podmiotu leczniczego nastąpi w drodze porozumienia zawartego między podmiotami tworzącymi. Zawarcie porozumienia przez organ wykonawczy poprzedza podjęcie stosownej uchwał przez np. radę gminy.

Utworzenie SP ZOZ-u poprzez przeniesienie całego mienia, co najmniej jednego z podmiotów (przejmowanego) na inny SP ZOZ (przejmujący), nie pozbawia podmiotu przejmującego bytu prawnego. W wyniku przejęcia następuje przeniesienie mienia i prawa do rozporządzania nim SP ZOZ-u przejmowanego wraz z jego zobowiązaniami oraz zadaniami.

---

<sup>26</sup> J. Zdanowska, J. Sielska, *Podmiot leczniczy jako organizacja*, w: *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 27.



Przejęcie SP ZOZ-u wiąże się również z przejęciem pracowników. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przed przejęciem niezbędne jest zawarcie przez podmioty tworzące aktu o połączeniu. Powstanie SP ZOZ-u w wyniku przejęcia następuje bez przeprowadzania procesu likwidacji podmiotu przejmowanego.

Natomiast w drugim wariantcie mamy do czynienia z powstaniem nowego SP ZOZ-u w wyniku połączenia dwóch lub więcej już istniejących SP ZOZ-ów. Nowy podmiot leczniczy przejmuje mienie, pracowników oraz zadania, wstępuje w stosunki prawne, których podmiotem były łączone SP ZOZ-y bez względu na ich charakter.

Z chwilą połączenia dotychczas działające SP ZOZ-y tracą osobowość prawną dopiero w chwili wykreślenia z rejestru. Podmiot tworzący łączone SP ZOZ-y może ich pozbawić składników przydzielonego lub nabytego mienia, co przewiduje art. 43 u.d.l. W przypadku powstania podmiotu leczniczego w wyniku połączenia SP ZOZ-ów ustawodawca również przewiduje obowiązek zawarcia porozumienia

Zmiana formy organizacyjno-prawnej poprzez przejęcie bądź połączenie SP ZOZ-ów może sprawić dodatkowe problemy w określeniu zasad odpowiedzialności za zobowiązania.

W wyniku przekształcenia nowo powstałe podmioty lecznicze przejmują zobowiązania SP ZOZ-u przejmowanego bądź SP ZOZ-ów łączących się. Jednostki samorządu terytorialnego w zawartym porozumieniu powinny określić zasady odpowiedzialności za zobowiązania SP ZOZ-ów w częściach ułamkowych w odniesieniu do zobowiązań, które powstały w okresach pełnienia przez nich funkcji podmiotu tworzącego. W takiej sytuacji każda jednostka samorządu terytorialnego będzie odpowiadała za zobowiązania powstałe w okresie wykonywania uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego.

Ustawa nie wprowadza żadnych ograniczeń, w przypadku możliwości połączenia SP ZOZ-ów w chwili uzyskiwania przez nich bądź jednego z nich ujemnego wyniku finansowego.

„Na gruncie ustawy o działalności leczniczej ustawodawca nie przewiduje i nie ogranicza ryzyka wystąpienia, w związku z połączeniem SP ZOZ-ów, istotnego ograniczenia dostępności warunków udzielania i jakości oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych przejmowanego SP ZOZ-u albo łączących się SP ZOZ-ów”<sup>27</sup>.

Podmiot tworzący ma pełną swobodę w podjęciu decyzji co do dalszego funkcjonowania SP ZOZ-u. W przypadku wystąpienia przesłanek finansowych, takich jak niepokrycie ujemnego wyniku SP ZOZ-u w ustawowym terminie podmiot tworzący musi podjąć decyzję

---

<sup>27</sup> Cyt. M. Derecz, T. Rek, System Informacji Prawnej, Komentarz do ustawy o działalności leczniczej, Lex ABC, Warszawa 2012, s.35.

o jego likwidacji. Taka sytuacja może być podyktowana brakiem środków finansowych, zbyt dużą liczbą SP ZOZ-ów bądź chęcią dokonania reorganizacji lub zmianą formy prawnej. Likwidacja SP ZOZ-u i jego wykreślenie z rejestru, może nastąpić także na podstawie art. 108 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, w związku z naruszeniem wymogów sanitarnych lub utraty uprawnień przez osoby wykonujące zawód medyczny.

Proces likwidacji ma na celu zaspokojenie wierzycieli. Ustawodawca nie przewidział możliwości przejęcia SP ZOZ-u przez wierzycieli jako formy zaspokojenia roszczeń. Zaspokojenie wierzycieli powinno nastąpić w okresie od zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych do dnia zakończenia czynności likwidacyjnych.

Ustawa o działalności leczniczej zawiera mechanizmy pozwalające na płynne przekształcenie SP ZOZ-u w spółkę kapitałową bez konieczności przeprowadzenia procesu likwidacyjnego. Taka forma przekształcenia jest wyłącznie możliwa na gruncie ustawy o działalności leczniczej. Nie można uznać przekształcenia SP ZOZ-u w sytuacji likwidacji przez podmiot tworzący SP ZOZ-u a następnie utworzenia w jego miejsca spółki. Spółka kapitałowa, zapewniając ciągłość wykonywania świadczeń zdrowotnych, bezkolizyjnie przejmuje pracowników, mienie oraz kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dla prawidłowego funkcjonowania SP ZOZ zasadnicze znaczenie mają dopuszczone przez prawo formy finansowania jego działalności. Zgodnie z art. 55, ustawy o działalności leczniczej SP ZOZ może uzyskiwać środki finansowe:

- z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
- z wydzielonej działalności innej niż wymieniona powyżej jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej,
- na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114-117 u.o.d.l.,
- na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami,
- na pokrycie ujemnego wyniku finansowego,
- z realizacji odpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów z zakładem ubezpieczeń.

Podstawowym źródłem przychodów SP ZOZ-u powinny być środki finansowe uzyskiwane z realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie podpisanego z NFZ kontraktu. Ustawodawca przewidział także inne możliwości poprawy wyniku finansowego podmiotu leczniczego.

Podmiot leczniczy, jakim jest SP ZOZ, może uzyskiwać środki finansowe od Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, podmiotu tworzącego oraz ZUS i KRUS<sup>28</sup>.

### 1.3. Współczesne koncepcje zarządzania podmiotem leczniczym

Współczesne koncepcje<sup>29</sup> zarządzania podmiotem leczniczym mają na celu dostarczenie menedżerom wachlarza instrumentów niezbędnych, w radzeniu sobie ze zmianami zachodzącymi w środowisku wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Zmiany w środowisku mają swoje źródło w inicjatywach ustawodawczych, sposobie życia, postępie technologicznym oraz w sposobie świadczenia usług zdrowotnych. W efekcie zachodzących od wielu lat zmian coraz bardziej widoczna staje się potrzeba stosowania nowoczesnych koncepcji zarządzania. Do ugruntowanych nowoczesnych koncepcji zarządzania można zaliczyć zarządzanie strategiczne. Polega ono na identyfikowaniu elementów funkcjonowania organizacji, które będą ważne w przyszłości. Zawierać powinna ustalenie misji i wizji oraz określenie celów, które organizacja zamierza osiągnąć w przyszłości.

Zarządzanie strategiczne w podmiocie leczniczym nie powinno polegać tylko na odpowiedzi na pytanie: „Jakimi metodami i przy użyciu jakich rozwiązań technologicznych będziemy realizować określone świadczenia zdrowotne w przyszłości?”. Natomiast powinno koncentrować się również na udzieleniu odpowiedzi na pytania: Czy powinniśmy w dalszym ciągu realizować określone świadczenie zdrowotne?, Jaki katalog nowych świadczeń zdrowotnych podmiot leczniczy wprowadzi do realizacji?, Które świadczenia zdrowotne zostaną wyłączone z realizacji? Odpowiedź na tak sformułowane pytania powinien zawierać opracowany przez podmiot leczniczy plan strategiczny, ukierunkowujący na działania i głównie koncentrujący się na osiągnięciu postawionych w nim celów.

Niewystarczające środki finansowe na bieżącą działalność podmiotu leczniczego, które głównie pochodzą od NFZ, zmusiły podmioty lecznicze do tworzenia strategii, mającej na celu poszukiwanie różnych możliwości ograniczania kosztów bieżącego funkcjonowania oraz pozyskiwania środków na inwestycje, rozwój oraz poprawę jakości świadczonych usług

---

<sup>28</sup> A. Zemke-Górecka, *Czy możliwa jest naprawa systemu opieki zdrowotnej poprzez zmianę statusu prawnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych?*, w: *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, red. E. Nojszewska, Lex Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 611.

<sup>29</sup> W literaturze przedmiotu nie zdefiniowano różnicy między koncepcją a metodą zarządzania. Przyjmuje się, że koncepcja jest najwyższym stopniem ogólności i stanowi filozofię zarządzania organizacją. Pojęcie koncepcja może zawierać w sobie metody zawierające sposób rozwiązania problemów zarządzania. Współcześnie używa się terminu „współczesne koncepcje zarządzania”, (B. Kożuch, A. Tylek, *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia, Współczesne koncepcje w zarządzaniu*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XIII, z. 5, Łódź 2012, s. 100.

i zwiększenie konkurencyjności<sup>30</sup>. W celu usprawnienia funkcjonowania podmiotu leczniczego wykorzystywane są współczesne koncepcje zarządzania, które można podzielić w zależności od stawianych celów, co ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Cele współczesnych koncepcji zarządzania

<b>Współczesne koncepcje zarządzania</b>		
<p>Ograniczenie kosztów</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– outsourcing [zlecenie wykonania usług na zewnątrz]</li> <li>– kompleksowe zarządzanie jakością</li> <li>– reengineering [rekonstrukcja]</li> <li>– lean management [zarządzanie szczupłe (odchudzające)]</li> <li>– zarządzanie projektami,</li> <li>– zrównoważona karta wyników,</li> <li>– organizacja ucząca się,</li> <li>– time based management [wzorcowe zarządzanie czasem pracy]</li> </ul>	<p>Zwiększenie poziomu jakości</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– TQM - Total Quality Management [zarządzanie przez jakość, kompleksowe zarządzanie jakością]</li> <li>– benchmarking [stan wzorcowy, punkt odniesienia]</li> <li>– zarządzanie projektami</li> </ul>	<p>Zwiększenie konkurencyjności</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– reengineering</li> <li>– time based management</li> <li>– TQM</li> <li>– benchmarking</li> <li>– zarządzanie projektami</li> <li>– organizacja ucząca się</li> <li>– marketing</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Jednym ze sposobów obniżenia kosztów jest korzystanie z usług obcych podmiotów, tzw. outsourcing. Dla instytucji opieki zdrowotnej zaletą takiego rozwiązania jest przemieszczenie kosztów stałych do kategorii kosztów zmiennych, co pozwala na większą możliwość oddziaływania na ich poziom<sup>31</sup>.

W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji outsourcingu. W rozprawie autor przyjął definicję outsourcingu, iż jest on rozumiany jako długoterminowy kontrakt między firmami, w którym następuje zlecenie wykonania określonych zadań firmie zewnętrznej, powodując jednocześnie odchudzenie organizacji zlecającej. Metoda ta umożliwia koncentrację podmiotu leczniczego na działalności podstawowej, natomiast pozostałe funkcje (pomocnicze) zostają wyłączone i przekazane do realizacji podmiotom zewnętrznym.

Do podstawowych korzyści zastosowania tej metody zarządzania możemy zaliczyć zmniejszenie kosztów działalności pomocniczej i możliwość elastycznego nawiązywania współpracy z podmiotami świadczącymi usługi.

<sup>30</sup> Por. K. Opoliski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 136.

<sup>31</sup> M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, *Rozważania o outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2002, t. IV, nr 1, s. 7.

Wyróżniamy outsourcing kapitałowy, polegający na przekazaniu do realizacji określonych usług podmiotowi powiązanemu, np. spółce-córce, lub outsourcing kontraktowy, polegającego na zakupie usług w niezależnym podmiocie.

Cechy outsourcingu kontraktowego i kapitałowego prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Cechy charakterystyczne outsourcingu kontraktowego i kapitałowego

<b>Outsourcing kontraktowy</b>	<b>Outsourcingu kapitałowy</b>
Brak realizacji funkcji na odpowiednio wysokim poziomie w strukturze organizacyjnej	Wysoka współzależność w realizacji funkcji w strukturze organizacyjnej
Działalność odbywa się w małej skali	Skala działalności uzależniona jest od możliwości pozyskania zleceń z zewnątrz
Niska jakość zasobów niezbędnych do realizacji funkcji	Specjalizacja zasobów związanych z realizacją określonej funkcji
Konkurencja występująca na rynku zewnętrznym uniemożliwia pozyskanie dużej liczby zleceń	Zakres działalności może się zwiększyć w związku z możliwością pozyskania zleceń z zewnątrz
Restrukturyzacja zatrudnienia oraz majątku	Możliwość pozyskania kapitału niezbędnego do funkcjonowania odrębnego podmiotu oraz ograniczenie skutków społecznych restrukturyzacji podmiotu leczniczego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego*, Vol. 1, *Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, Budżetowanie-controlling-outsourcing*, red. J. Drobniak, P. Kolbek, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 20.

Jednym z obszarów outsourcingu o znacznie zwiększającej się popularności w podmiotach leczniczych jest Business Process Outsourcing (BPO)<sup>32</sup>. BPO charakteryzuje się wykorzystaniem nowych technologii, zaawansowanych rozwiązań i wysoko wyspecjalizowanej wiedzy. Jest efektywnym kanałem wymiany wiedzy i know-how.

Podmioty lecznicze najczęściej zlecają do wykonania podmiotom zewnętrznym usługi, które są związane w mniejszym stopniu z działalnością podstawową (usługi rehabilitacyjne, diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, usługi psychologiczne), kierowniczymi (inwestycje, obsługa informatyczna), a w większym zakresie z działalnością pomocniczą (obsługa techniczna, ochrona mienia, utrzymanie terenów zielonych, prace remontowo-budowlane, utylizacja odpadów, transport zewnętrzny, utrzymanie czystości, usługi pralnicze, żywienie,

<sup>32</sup> M. Alper, *New Trends in Healthcare Outsourcing*, *Employee Benefit Plan Review*, February 2004, vol. 58, iss 8, s. 14–16.

sterylizacja)<sup>33</sup>. Wśród najważniejszych zagrożeń outsourcingu można wymienić: wzrost zależności od innych firm, częste zmiany cen usług czy niezyskanie spodziewanych obniżek kosztów. Natomiast do podstawowych zalet outsourcingu zaliczamy: unowocześnienie stosowanych technologii, wyższą jakość i wydajność oraz zmniejszenie zatrudnienia i zapotrzebowania na inwestycje kapitałowe<sup>34</sup>. Kupowanie usług oparte na koncepcji outsourcingu daje również podmiotowi leczniczemu możliwość szybkiego reagowania na zachodzące zmiany otoczenia.

Jakość świadczenia usług przez podmiot leczniczy, rozumiana jako struktura postępowania medycznego w odniesieniu do wyników leczenia, dopiero w ostatnim czasie została postrzegana, w kontekście kluczowego elementu zarządzania. Świadczeniodawcy w coraz większym stopniu starają się, aby świadczenie zdrowotne było udzielone w jak najwyższej jakości i spełniały oczekiwania pacjenta powodując wzrost konkurencyjności na rynku usług medycznych. W tym celu podmioty lecznicze starają się wprowadzić zarządzanie przez jakość polegające na odniesieniu wszelkich elementów zarządzania w kategoriach jakościowych. Filozofię zarządzania, w której jakość jest pojmowana jako nadrzędny cel działalności organizacji w literaturze przedmiotu nazywane jest kompleksowym zarządzaniem jakością (Total Quality Management – TQM). Elementami wchodzącymi w skład TQM są: koncentracja na potrzebach klienta, zaangażowanie, współdziałanie oraz dążenie do stałego udoskonalania i uczenia się<sup>35</sup>.

Uogólniając definicję TQM, można stwierdzić, iż jest to określenie strategicznych ram zarządzania organizacją, dostarczające zasad oraz narzędzi w celu totalnej zmiany sposobu działania. Metoda ta charakteryzuje się ciągłym doskonaleniem w sposób umożliwiający osiągnięcie najlepszych rezultatów we wszystkich dziedzinach funkcjonowania podmiotu leczniczego, aby zaspokoić zmieniający się popyt na kliniczną skuteczność, poprawę jakości i bezpieczeństwa<sup>36</sup>. Efektem kompleksowego zarządzania, jakością może być przyznanie podmiotowi leczniczemu akredytacji lub certyfikacji, które potwierdza spełnienie wymogów jakościowych w świadczeniu usług medycznych. Akredytacja wiąże się z przeglądem podmiotu leczniczego opartym na określonych standardach stanowiących podstawę oceny i na tej

---

<sup>33</sup> M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, *Rozważania o outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2002, t. IV, nr 1, s. 9. M. Trocki, *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, Warszawa 2002, s. 48.

<sup>34</sup> A. Nalepka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Warszawa–Kraków 1999, s. 139.

<sup>35</sup> M.K. Golec, S. Soluch, G. Augustyniak, *Kompleksowe zarządzanie jakością w służbie zdrowia*, „Zdrowie publiczne”, 2001, nr 1, s. 44.

<sup>36</sup> C.D. Shaw, *Developing hospital, Accreditation Europe*, Division of Country Support WHO Regional Office for Europe, December 2004, s. 5.

podstawie przyznanie statusu jednostki akredytowanej. System akredytacji ma na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych oraz jest także ukierunkowany na zwiększenie aktywności i współdziałania pracowników na rzecz jej poprawy. Uzyskanie przez podmiot leczniczy akredytacji jest postrzegane przez pacjenta jako symbol świadczenia usług o najwyższej jakości, zgodnie z zaakceptowanymi przez ustawodawcę normami.

W szpitalach realizowanych jest szereg procesów zarówno medycznych – wynikających z opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej, jak i niemedycznych – związanych z działalnością administracyjną podmiotu leczniczego, dlatego też ważnym elementem TQM jest działanie procesowe oparte na standardach ISO 9001:2000 (standardy zostały rozwinięte o tłumaczenia, doradztwo i przykłady)<sup>37</sup>. Orientacja na procesy w działalności podmiotu leczniczego charakteryzuje się identyfikowaniem powiązań między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi podczas projektowania oraz realizacji procesów w całościowym ujęciu funkcjonowania organizacji. „Opieka nad pacjentem traktowana jest przy tym jako praca zespołowa, obejmująca kompleksową usługę medyczną, począwszy od przyjęcia, poprzez proces diagnostyczny, terapeutyczny, rehabilitacyjny a skończywszy na wypisie pacjenta do domu”<sup>38</sup>.

W przypadku świadczenia usług medycznych na nieodpowiednim jakościowo poziomie podmiot leczniczy narażony jest na utratę dotychczasowych bądź potencjalnych pacjentów, ponosząc koszty utraconych możliwości.

Współczesne zarządzanie podmiotem leczniczym charakteryzuje się ciągłym poszukiwaniem koncepcji zarządzania, które pozwolą połączyć cele strategiczne z działalnością operacyjną, w efekcie uzyskując lepszą pozycję rynkową. Do takich koncepcji możemy zaliczyć reengineering, określany jako zarządzanie zmianami. Reengineering uwzględnia przede wszystkim strategię organizacji i procesy organizacyjne, oczekiwania pacjentów, sposób tworzenia wartości dodanej, niedoskonałości obecnych procesów i wizję stanu, gdy zostaną wyeliminowane wszystkie niedociągnięcia. Istotną rolę odgrywa integracja procesów, wykorzystanie najnowszych osiągnięć techniki, traktowanych jako inspirację do dokonania radykalnych zmian w zarządzaniu procesami<sup>39</sup>. Przeciwnicy reengineeringu wskazują, że zmiany mogą zachodzić w sposób spokojny, zapewniając pewną stabilizację,

---

<sup>37</sup> New Improved ISO 9000 Guidelines for Health Sector, Press releases, Ref: 977, 9 November 2005,

<sup>38</sup> Cyt. M. Sobkowski, *System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej zgodną z normą ISO 9001:2000*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2004, s. 91–92.

<sup>39</sup> R.I. Manganelii, M.M. Klein, *Reengineering. Metoda usprawnienia organizacji*, PWE, Warszawa 1998, s. 45.

gdyż gwałtowne zmiany mogą prowadzić do utraty kontroli nad systemem. Zwracają także uwagę, aby nie utracić racjonalnego spojrzenia na zmiany, zachowując równowagę między pewnością a wyzwaniami. Twierdzą, że „jest rzeczą ważną, aby nie zmieniać wszystkiego na raz, lecz potrzebne działania przeprowadzić w dłuższym czasie. Innowacyjnych rzeczy nie należy realizować na wzór zarządzania kryzysem”<sup>40</sup>. Zdaniem A. Kiesera, „nie należy wszystkiego zaczynać od nowa. Można przecież postępować sukcesywnie – najpierw przeprowadzić badania pilotażowe, a potem analizować zakres po zakresie, a więc radykalne pociągnięcia są zbędne. Reengineering nie stanowi uniwersalnej recepty na rozwiązanie bieżących problemów firmy”<sup>41</sup>.

Różnice w ewolucyjnym a radykalnym podejściu do zmian w przedsiębiorstwie ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Różnice w podejściu do zmian w przedsiębiorstwie

Cechy zmian	Reengineering	Sukcesywne zmiany
Tempo zmian	Radykalne – bardzo szybkie	Sukcesywne – po dokonaniu analizy, stopniowo
Zakres zmian	Radykalna zmiana procesów we wszystkich funkcjach firmy	Zmiany zachodzą w procesach funkcjonalnych
Horyzont czasowy	Krótki	Długi
Stopień ryzyka	Ryzyko wysokie – zmiany mają na celu osiągnięcie stanu optymalnej produktywności	Ciągle uczenie się prowadzi do udoskonalenia dotychczasowych procesów – ryzyko umiarkowane
Inicjatywa zmian	Menedżerowie	Pracownicy średnich i niższych szczebli
Zaangażowanie	Pracownicy w stopniu bardzo ograniczonym	Pracownicy uczestniczą w procesie zmian i budowy nowych wzorców postępowania

Źródło: Ch. Emrich, *Business Process Reengineering: forciertier Unternehmerawandel durch “Revolution” statt “Evolution”*, „Management Zeitschrift” 1996, nr 6, s. 55.

Reengineering wymaga dokładnego przeanalizowania procesów gospodarczych, które będą podlegać przebudowie oraz ustalenia celu działania.

Benchmarking jest następną współczesną koncepcją zarządzania podmiotem leczniczym, mającą na celu poprawę efektywności funkcjonowania organizacji i zwiększenie dostępności do świadczonych usług medycznych. Zastosowanie metody, która ma na celu porównanie do najlepszych, umożliwia ulepszenie stosowanych procedur porównując je do stosowanych

<sup>40</sup> P. Gomez, G. Probst, *Die Praxis des ganzheitlichen Problemlosens. Vernetzt denken, Unternehmerisch handeln, Peronlich uberzeugen*, Bern–Stuttgart–Wien 1995, s. 194.

<sup>41</sup> A. Kieser, *Business Process Reengineering – neue Kleider fur den Kaiser?*, „Zeitschrift Führung + Organisation” 1996, nr 3, s. 184.



przez liderów rynku. Zakres wykorzystania koncepcji benchmarkingu jest nieograniczony i może obejmować wszystkie dziedziny działań podejmowanych w organizacji, począwszy od jakości oferowanych usług, a kończąc np. na zagadnieniach socjalnych<sup>42</sup>.

W podmiotach leczniczych w szczególności zalecany jest benchmarking<sup>43</sup>:

- usługowy polegający na porównaniu usług medycznych danej placówki z usługami placówki, która dysponuje najnowszymi technologiami i wyższą jakością usług,
- organizacyjny, który znajduje zastosowanie w procesach restrukturyzacji, a jego istota polega na tym, że porównywane są struktury organizacyjne i procedury zarządcze podmiotu, który wdraża zmiany z podmiotem wzorcowym,
- konkurencyjny polegający na porównaniu wybranych obszarów działalności organizacji z odpowiadającymi im obszarami organizacji, która jest uznawana za konkurenta.

Benchmarking nie jest tylko koncepcją zarządzania polegająca na naśladowaniu najlepszych, lecz jest filozofią postępowania, mającą na celu dążenie do doskonałości, wykorzystując w tym celu sprawdzone wzorce postępowania. Głównie służy do podnoszenia efektywności operacyjnej.

Jedną ze sprawdzonych i skutecznych koncepcji zarządzania, którą można zastosować w podmiocie leczniczym, jest lean management, zwane też „szcupidym zarządzaniem”. Zasadniczym przesłaniem tej koncepcji jest unikanie wszelkiego rodzaju marnotrawstwa, poprzez ciągły proces racjonalizacji całego podmiotu leczniczego oraz jego relacji z otoczeniem, polegający na redukowaniu zakresu wewnętrznych funkcji do działań absolutnie niezbędnych. Wszelkie czynności, za które klient nie zamierza płacić, gdyż jego zdaniem nie tworzą wartości produktu, są eliminowane<sup>44</sup>. W odniesieniu do podmiotów leczniczych, zdaniem M. Grabana, stosowanie koncepcji „szcupidego zarządzania” pozwala poprawić, jakość opieki nad pacjentami poprzez zmniejszenie liczby błędów i skracanie czasu oczekiwania.

System wspiera lekarzy i innych pracowników, eliminując utrudnienia i umożliwiając im skupienie się na tych działaniach, które służą leczeniu i opiece. Ma również za zadanie wzmocnienie podmiotu leczniczego na długi czas – przez redukcję kosztów oraz ryzyka i jednocześnie zwiększając możliwość wzrostu<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> B. Ziębicki, *Wykorzystanie benchmarkingu w doskonaleniu działalności instytucji użyteczności publicznej (na przykładzie PPUP „Poczta Polska”)*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Bochni, 2005, nr 3.

<sup>43</sup> T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 176.

<sup>44</sup> J. Czerska, *Koncepcja Lean wyzwaniem dla polskich przedsiębiorstw. Konferencja naukowa*, Zielona Góra 2002, s. 1.

<sup>45</sup> M. Graban, *Lean Hospitals – doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwa pacjentów i satysfakcja personelu*, ProdPublisking, Wrocław 2011, s. 2.

Koncepcja zarządzania oparta na lean management zawiera w sobie odmienny sposób myślenia od charakterystycznych sposobów myślowych, które przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Sposób myślenia charakterystyczny dla lean management na tle tradycyjnego

<b>Myślenie zgodne z koncepcją lean management</b>	<b>Tradycyjny sposób myślenia</b>
Podejmowane działania są szczegółowo zaplanowane w uzgodnieniu z pracownikami Wzrost efektywności zasobów ludzkich prowadzi do obniżki kosztów Proste rozwiązania zapewniają rozwój organizacji Do procesu produkcyjnego wykorzystywane są tylko materiały o odpowiedniej jakości Planowanie procesów odbywa się na bieżąco Pojawiające się błędy są natychmiast eliminowane Pracownik zaangażowany jest w proces optymalizacji kosztów	Normy ilościowe oraz plan produkcji zaplanowane są odgórnie Inwestycje oraz automatyzacja procesów produkcyjnych prowadzi do redukcji kosztów Kompleksowe rozwiązania umożliwiają postęp Organizacja usuwa wady materiałów o ile jest to możliwe we własnym zakresie Planowanie jest zadaniem dla kierownictwa Wystąpienie błędów jest z góry przewidziane Pracownik nie odpowiada za występujące w procesie produkcyjnym koszty

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Burhard, O. Sager, *Lean produktion-auch in Dienstleistungsbetrieben*, „Management Zeitschrift” 1993, nr 2, s. 70; K. Zimniewicz, *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2003, s. 79.

Do metod wspomagających szczupłe zarządzanie możemy zaliczyć: zarządzanie wizualne, 5S, a także kanban. Zarządzanie wizualne w ochronie zdrowia polega na stosowaniu takich metod, które zwiększają przejrzystość procesów. Przykładem takiego rozwiązania w ochronie zdrowia jest system identyfikacji pacjentów lub mapy oddziałów, pozwalające na szybkie wyszukiwanie pacjenta na oddziale. Kolejna metoda, jaką jest 5S, pozwala na podejmowanie działalności pro jakościowych, ciągłym doskonaleniu relacji międzyludzkich. Natomiast metoda kanban ma na celu zapewnienie pracownikom odpowiednich materiałów w wymaganej ilości i jakości, w określonym czasie przy optymalnym poziomie zapasów. Przykładem takiego rozwiązania może być system Unit Dose, polegający na przygotowywaniu indywidualnej dawki leku dla konkretnego pacjenta. Wprowadzenie systemu w znaczny sposób ogranicza koszty leków oraz czas związany z przygotowaniem leków. Eliminuje występowanie zbędnych zapasów leków na poszczególnych oddziałach. Koncepcja „szczupłego zarządzania” pozwala na szybkie wyeliminowanie czynności i procesów, które są zbędne w funkcjonowaniu organizacji, poprawiając efektywność i konkurencyjność podmiotu leczniczego, powodując wzrost wartości firmy w bardzo dynamicznym środowisku.

Podmioty lecznicze w coraz większym stopniu realizują niepowtarzalne przedsięwzięcia czyli projekty. Szczególne znaczenia nabiera proces zarządzania projektami, który ma na celu zorganizowane działanie ludzi w celu uzyskania zamierzonych efektów. Zarządzanie projektami można odnieść nie tylko do jednego przedsięwzięcia. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy podmiot leczniczy realizuje różnego rodzaju programy zdrowotne

finansowane z różnych źródeł, np. budżetu państwa. Kolejną grupą projektów możliwych do realizacji przez podmiot leczniczy są projekty związane z remontami bądź zakupem aparatury lub sprzętu medycznego. Ważnym źródłem pozyskiwania środków finansowych stają się projekty finansowane z budżetu Unii Europejskiej. Zarządzanie projektami związane jest ze ścisłą integracją projektu z działalnością operacyjną. Wymaga odpowiedniego dostosowania struktury organizacyjnej oraz podniesienia kwalifikacji personelu obsługującego dany projekt. W razie potrzeby podmiot leczniczy może powołać zespół czy zespoły projektowe, które zajmować się będą jednorazowymi działaniami, które mogą być skomplikowane i złożone oraz nie możliwe do zrealizowania w strukturze organizacji.

Kolejną współczesną koncepcją zarządzania wykorzystywaną w podmiotach leczniczych, jest strategiczna karta wyników, która zawiera cztery wzorcowe perspektywy:

- pacjenta (marketingowa) – wskazuje źródło sukcesu,
- rozwoju i wzrostu (innowacyjne) – tworzy bazę, dzięki której możliwa jest realizacja wytycznych zawartych w perspektywach, zawiera jednocześnie cele i mierniki,
- procesów wewnętrznych (organizacyjna) – identyfikuje działania zawarte w perspektywie klientów i finansów,
- finansowa – pozwala na określenie mierników (wg Maisela dotyczących rentowności, płynności i struktury kapitału, wykorzystanie majątku oraz kontroli zasobów<sup>46</sup>).

Skuteczne wdrożenie zrównoważonej karty wyników powiązanej z systemami informacyjnymi, motywowania i budżetowania wymaga zrozumiałego przez wszystkich formułowania celów oraz przyczynowo-skutkowego powiązania między sobą celów poszczególnych perspektyw, a także równoważenia celów finansowych z celami innych perspektyw, określając mierniki osiągnięć<sup>47</sup>.

Realizowana przez podmiot leczniczy strategia, opierająca się na przewadze konkurencyjnej, wymaga uczenia się szybszego niż konkurencja<sup>48</sup>. Taki obraz postrzegania organizacji przyczynił się do powstania koncepcji zarządzania – organizacji uczącej się. Organizacja ucząca się wzmacnia swoją przewagę konkurencyjną na rynku poprzez znajdowanie nowych rozwiązań możliwych do zastosowania. Różnice cech organizacji uczącej się do organizacji tradycyjnej przedstawia tabela 7.

---

<sup>46</sup> Cyt. G.K. Świdarska, *Informacja zarządcza w procesie formułowania i realizacji strategii firmy – wyzwania dla polskich przedsiębiorstw*, Difin, Warszawa 2003, s. 275.

<sup>47</sup> J. Czerska, *Koncepcja Lean lekiem na wysokie koszty produkcji*, [http://www.zie.pg.gda.pl/~jczlean\\_lekiem.pdf](http://www.zie.pg.gda.pl/~jczlean_lekiem.pdf), dostęp z 11.09.2012.

<sup>48</sup> N. Akhtar, R.A. Khan, *Exploring the Paradox of Organisational Learning and Learning Organisation*, „Interdisciplinary Journal Of Contemporary Reseach in Business” Vol. 2, No. 9, January 2011, s. 257.

Tabela 7. Cechy organizacji uczącej się i organizacji tradycyjnej

Cechy organizacji	
Organizacja tradycyjna	Organizacja ucząca się
Organizacja wobec pracowników popełniających błędy stosuje sankcje dyscyplinarne	W przypadku popełnienia błędu uruchamiany jest proces uczenia, eliminujący wystąpienie błędu w przyszłości
Organizacja procesu szkoleń pracowników, który nie zapewnia systematycznego rozwoju wiedzy	Planowany i systematyczny rozwój pracowników
Kadra zarządzająca przydziela zadania, monitoruje i kontroluje ich realizację	Kadra zarządzająca tworzy warunki do rozwoju pracowników w pełni wykorzystując ich potencjał
Kadra zarządzająca wydaje polecenia i kontroluje ich wykonanie	Kadra zarządzająca deleguje uprawnienia, dając pracownikom możliwość wykazania inwencji podczas realizacji zadań
Brak możliwości wystąpienia ryzyka	Podejmowanie ryzyka
Odradzanie eksperymentów	Zachęcanie do eksperymentów
Zachęcanie do kwestionowania skuteczności pracy	Zachęcanie do kwestionowania skuteczności pracy
Restrukturyzacje struktury bądź procesów zachodzą dopiero po wystąpieniu negatywnych zjawisk	Ciągłe przeglądy zjawisk występujących na zewnątrz i wewnątrz organizacji oraz udoskonalanie struktury organizacyjnej i procesów
Podejmowanie decyzji opartych na instrukcji lub intuicji	Dane empiryczne są podstawą do podejmowania decyzji
Słabo rozwinięta współpraca pomiędzy wydziałami	Realizacja zadań opiera się na współpracy z innymi wydziałami

Źródło: B. Mikula, B. Ziębicki, *Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie*, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, t. IV, Kraków 2001, s. 270.

Przedstawione powyżej cechy organizacji uczącej się wskazują, że organizacja powinna wspierać proces uczenia się jej członków, a tym samym sama się przekształcając. W wyniku uczenia się pracownik dostrzega możliwość tworzenia zmian w sobie i otoczeniu, co sprzyja wspólnemu osiągnięciu celów. Koncepcja działania zorientowana na przyszłość stara się rozwijać kwalifikacje pracowników. Organizacja ucząca się powinna być pragmatyczna, normatywna i inspirująca<sup>49</sup>. Organizacja pragmatyczna skutecznie gromadzi informacje, dokonuje transferu wiedzy do osiągnięcia założonego celu. Skuteczność osiągniętych celów zależy od tego, jak dobrze organizacja rozumie otoczenie, reaguje na nie i wpływa, przy czym efektywność wymienionych procesów jest wprost zależna od efektywności uczenia się danej organizacji<sup>50</sup>. Kolejna współczesna koncepcja zarządzania, możliwa do wykorzystania w podmiotach leczniczych, oparta jest na zarządzaniu czasem pracy

<sup>49</sup> L. Roper, J. Pettit, *Development and the Learning Organisation: an introduction*, „Development in Practice”, Volume 12, Numbers 3&4, August 2002, s. 259.

<sup>50</sup> A. Frąckiewicz-Wrona, K. Dyaczyńska, K. Szymaniec, *Wpływ i znaczenie interesariuszy jednostki ochrony zdrowia na proces podejmowania decyzji menedżerskich. Nowości przemysłu i usług. Współczesne wyzwania i uwarunkowania rozwoju przemysłu i usług*, pod red. J. Pytki, TNOiK, Katowice 2010, s. 309–321.

time based management, która jest istotnym czynnikiem kształtującym konkurencyjność. Jak pisze Z. Pierścionek, „czas stanowi ekwiwalent pieniądza, produktywności, jakości oraz innowacji, jest to czynnik mierzalny i stanowi podstawowy czynnik przewagi rynkowej przedsiębiorstwa”<sup>51</sup>. Podmioty lecznicze w coraz większym stopniu gospodarują potencjałem czasu pracy poprzez: optymalizację czasu trwania procesów medycznych, modelowanie struktur organizacyjnych, uwzględniając również optymalizację kosztów zatrudnienia oraz wprowadzanie wysoko zaawansowanych technologicznie usług medycznych. Czas jest priorytetem podczas realizacji świadczonych usług medycznych, w powiązaniu z jakością zaspokajając potrzeby pacjentów w sferach punktualności, aktualności oraz nowości. Przedstawiona koncepcja zarządzania ułatwia koncentrację na procesie osiągnięcia celu, wskazując jednocześnie, co należy usprawnić oraz jakie przeszkody wyeliminować<sup>52</sup>. Pomocnym w zarządzaniu czasem pracy mogą być metody lub zasady, które prezentuje tabela 8.

Tabela 8. Charakterystyka metod i zasad pomocnych w zarządzaniu czasem pracy

Metoda/Zasada	Charakterystyka
SMART	Polega na formułowaniu celów w planowaniu, cele powinny być: proste, mierzalne, realistyczne, istotne, określone w czasie.
ALPEN	Służy planowaniu czasu pracy opartego na pięciu podstawowych elementach: zestawieniu zadań, ocenie czasu trwania czynności, rezerwacji czasu na czynności niezaplanowane i nieprzewidziane w harmonogramie, ustalenie priorytetów oraz kontroli realizacji zadań.
Zasada Pareto – 80/20	Skromniejszymi środkami i mniejszym wysiłkiem można osiągnąć większe efekty – 80% wyników wypływa z 20% przyczyn.
Reguła 60/40	Planować należy 60% czasu, natomiast 40% należy pozostawić na zajęcia niezaplanowane, czyli różne nieprzewidziane zdarzenia oraz spontaniczne potrzeby.
Prawo Parkinsona	Im więcej czasu zostanie poświęcone na realizację celu, tym dłużej cel ten będzie realizowany – praca rozszerza się wprost proporcjonalnie do czasu wyznaczonego do jej wykonania.
Zasada Eisenhowera	Zadania przeznaczone do wykonania dzielą się na cztery kategorie: A – ważne i pilne wymagające natychmiastowego wykonania, B – ważne i mało pilne, ich wykonanie można odłożyć, C – nieważne, ale pilne, czyli drugorzędne pod względem ważności, D – zadania nieważne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Davidson, *Zarządzanie czasem pracy*, Liber Sp. z o.o., Warszawa 2002, s. 25–28; T. Urban, *Zasada 80/20 (zasada Pareto)*, <http://czas.ebiznes.org.pl/zasadapareto8020> data dostępu 03 kwietnia 2013 r., Zienkiewicz T., *Prawo Parkinsona*: <http://ebiznes.pl/index.php/content/view/34/163> data dostępu 23 marca 2013 r., T. Brian, *Zarządzanie czasem*, Muza S.A., Warszawa 2007, s. 29–48.

<sup>51</sup> Cyt. Z. Pierścionek, *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 237.

<sup>52</sup> Więcej na ten temat pisze T. Brian, *Zarządzanie czasem*, Muza S.A., Warszawa 2007, s. 29–48.

Zarządzanie jest procesem refleksji i budowania strategii rozwoju podmiotu leczniczego, która musi mieć przemyślany i logiczny plan działania. Działania organizacji muszą również uwzględniać orientację marketingową, ukierunkowaną na potrzeby pacjenta stosując określone instrumenty tzw. marketing-mix. W skład marketingu-mix wchodzi cztery elementy, do których zaliczamy: produkt, cenę, dystrybucję oraz promocję. W przypadku usług zdrowotnych listę elementów mieszanki marketingowej należy rozszerzyć o trzy składniki, którymi są: ludzie, procesy i obsługa<sup>53</sup>. Świadczenia zdrowotne charakteryzują się tym, iż pacjenci nie nabywają dóbr ale korzyści i wartości, jakie usługa im przynosi. „Usługę zdrowotną traktuje się w kategorii usług profesjonalnych, bazującą na relacjach międzyludzkich, gdzie istotną rolę odgrywa wykwalifikowany personel, który oprócz wiedzy specjalistycznej, doświadczenia zawodowego i zaangażowania w wykonywaną pracę, poprzez indywidualne podejście do problemów zdrowotnych pacjentów posiada także umiejętność współpracy z nimi”<sup>54</sup>. Bardzo ważną rolę w kreowaniu wizerunku odgrywa pierwszy kontakt pacjenta z podmiotem leczniczym. Niewłaściwa obsługa na tym poziomie – w momencie zetknięcia się pacjenta z pracownikiem danej jednostki – może wpłynąć negatywnie na wizerunek całej jednostki opieki zdrowotnej<sup>55</sup>.

Podmioty lecznicze powinny budować strategie marketingowe, które obejmują działania przed świadczeniem usług, w trakcie ich świadczenia oraz po wykonaniu świadczeń medycznych. Przed wykonaniem świadczenia medycznego działania marketingowe będą skierowane na potrzeby pacjenta. Badaniom będą poddawane grupy klientów opieki zdrowotnej, ich złożoność oraz różnorodność, w skład których wchodzi: lekarze, pacjenci, pracownicy i płatnicy. Działania marketingowe swoim zasięgiem obejmą segmentację rynku w celu ustalenia grupy docelowej i określenia wachlarza realizowanych usług. Należy również podjąć decyzję dotyczącą budowy marki, poziomu cen oraz działań promocyjnych. Istotną rolę odgrywa przygotowanie infrastruktury zewnętrznej podmiotu leczniczego do wykonywania świadczenia usług medycznych. Przygotowanie infrastruktury obejmować będzie w szczególności budowę parkingów i ciągów pieszych, które ułatwią potencjalnemu pacjentowi dostęp do podmiotu leczniczego. Działania marketingowe podczas świadczenia usług muszą być oparte na ścisłym związku pacjenta z personelem medycznym. Pacjenci w coraz większym stopniu oczekują od lekarza udzielenia informacji na temat sposobu wykonania świadczenia

---

<sup>53</sup> S. Bratek, J.J. Fedorowski, *Marketing usług zdrowotnych*, w: *Ekonomika medycyny*, red. J.J. Fedorowski, R. Nizankowski, Warszawa 2002, s. 135.

<sup>54</sup> Cyt. *Marketing w ochronie zdrowia*, red. A. Czerw, Warszawa 2010, s. 13.

<sup>55</sup> R. Wachowicz, *Marketing relacji, jako orientacja pomagająca kreować wizerunek placówki służby zdrowia*, w: *Ochrona zdrowia wizerunek, marketing, rynek*, red. G. Karasiewicz, Warszawa 2006, s. 98–99.

medycznego oraz stanu ich zdrowia. Lekarze spełniając oczekiwania pacjentów muszą cierpliwie tłumaczyć wszelkie zagadnienia związane z procesem leczniczym.

Zasadnicze znaczenie dla wizerunku podmiotu leczniczego mają takie kwestie, jak jakość, wydajność, innowacja, elastyczność i obsługa podczas świadczenia usług medycznych. Elementy składowe usługi medycznej, można odnieść do struktury warstwowej produktu, co ilustruje rysunek 4.



Rysunek 4. Struktura warstwowa produktu

Źródło. E. Kemicer-Chmielewska, A. Kotwas, I. Rotter, *Analiza źródeł pozyskiwania informacji na temat placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej przez mieszkańców Szczecina*, w: *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, red. W. Bojar, I. Rudowska, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011, s. 228.

W przypadku świadczenia usług przez podmiot leczniczy, rdzeniem tej usługi będzie np. ratowanie życia bądź zdrowia pacjenta. Natomiast analogią produktu rzeczywistego podczas realizacji świadczenia zdrowotnego można uznać jakość świadczenia usług, doświadczenie personelu oraz warunki socjalno-bytowe stworzone pacjentom. Istotne znaczenie odgrywają także działania podejmowane przez podmiot leczniczy po wykonaniu świadczenia medycznego. Obejmują one działania kliniczne (tzn. następne wizyty) i marketingowe (określenie, jakich usług lub świadczeń potrzebują pacjenci). Personel, kontaktując się z pacjentami najczęściej telefonicznie, bada ich zadowolenie oraz przeprowadza wywiad, w jakim zakresie niezbędne jest włączenie działań poprawiających satysfakcję pacjenta<sup>56</sup>. Podejmowane działania w tym zakresie można zaliczyć do produktu poszerzonego. Do produktu potencjalnego będziemy odnosić wszelkie działania mające na celu osiągnięcie takiego poziomu świadczenia usług, które wykraczają ponad oczekiwania pacjenta. Współcześnie marketing nie powinien być postrzegany przez podmioty lecznicze okazjonalnie, gdyż w warunkach rozwoju rynku oraz przymusu efektywnego wykorzystania zasobów, którymi dysponuje podmiot leczniczy potwierdza swoją użyteczność.

<sup>56</sup> L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 29.

## 1.4. Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym

Współczesne zarządzanie podmiotem leczniczym wiąże się z koniecznością sprostania mechanizmom rynkowym w dostarczaniu dóbr publicznych, jakimi są świadczenia zdrowotne. Sprawne zarządzanie jednostką ochrony zdrowia wymaga stosowania różnych koncepcji, tj.: rachunkowości zarządczej, controlingu czy zarządzania strategicznego. Spójne ich wykorzystanie, jako wiązki zarządzania czy każdego z osobna, pozwala na osiągnięcie konkretnych mierzalnych efektów w danym czasie. Istotne jest stosowanie takich metod zarządzania, aby w sposób najbardziej efektywny wykorzystać zasoby, jakimi dysponuje podmiot leczniczy. Wśród zasobów organizacji możemy wymienić: materialne (np. budynki, infrastruktura techniczna, wyposażenie itp.), finansowe, informatyczne oraz zasoby ludzkie (pracownicy). Efektywne wykorzystanie poszczególnych zasobów, wpływa na efektywność funkcjonowania całej organizacji. Efektywność organizacji, jak wynika z rysunku 5, przejawia się w wielu płaszczyznach funkcjonowania podmiotu leczniczego.



Rysunek 5. Efektywność organizacji

Źródło: [www.wikipedia.org.pl](http://www.wikipedia.org.pl) (data dostępu 12 lipca 2013 r.).

Analizę efektywności organizacji można rozpatrywać na różnych poziomach jej działalności, co umożliwi realizację badań wielu płaszczyzn funkcjonowania organizacji. Racjonalność działań organizacji można zwiększyć w wyniku uzyskania maksymalnej liczby efektów przy jednoczesnym zachowaniu nakładów na tym samym poziomie lub utrzymaniu efektów na niezmiennym poziomie, obniżając nakłady. Optymalna sytuacja zachodzi



wówczas, gdy następuje wzrost efektów, przy jednoczesnym minimalizowaniu nakładów. Relacja między nakładami a uzyskiwanymi efektami pozwala na zdefiniowanie pojęcia efektywności ekonomicznej. Efektywność ekonomiczna oznacza zdolność jednostki gospodarczej do wytwarzania w danym czasie i z pomocą danych sił wytwórczych określonej ilości dóbr i usług, które zaspakajają potrzeby odbiorców. Charakteryzuje się ona dwiema zasadniczymi i nierozłącznymi cechami, takimi jak szybkość i celowość działania<sup>57</sup>.

Efektywność organizacji G.A. Rummler i A.P. Brache zdefiniował jako interakcję trzech poziomów jej funkcjonowania: organizacji, procesu oraz stanowiska pracy. Dla poziomu organizacji kluczowe znaczenie przy pomiarze efektywności ma zgodność realizowanej strategii z celami firmy i sposobem wykorzystania zasobów. Badania przeprowadzane na poziomie procesu mają na celu ocenę wewnętrznych mechanizmów podczas funkcjonowania organizacji. Stanowisko pracy, jako trzeci poziom funkcjonowania organizacji, odzwierciedla stosowaną strategię zarządzania zasobami ludzkimi. Na każdym poziomie zostały określone trzy dodatkowe czynniki, tzw. potrzeby efektywnościowe organizacji, tj. określenie celów, sposób projektowania oraz metody zarządzania<sup>58</sup>.

W rozważaniach na temat efektywności nie należy pominąć teorii sprawnego działania, która zawiera zasady oceny działań i wyznaczenie metod ich usprawnienia. Działania, w szczególności oceniane są przy wykorzystaniu zasad ekonomiczności, skuteczności korzyści oraz racjonalnego działania, natomiast ich usprawnienie dokonywane jest za pomocą rozdzielania, kumulowania, aktywizowania, ograniczania lub koncentrowania i specjalizacji<sup>59</sup>.

Według powyższej teorii efektywności, aby dane działanie uznać za sprawne musi charakteryzować się następującymi cechami, tj.: skutecznością, korzystnością i ekonomicznością.

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele koncepcji skuteczności. Do celów niniejszej rozprawy autor przyjął, iż skuteczność rozumiana jest jako działanie zmierzające do osiągnięcia zamierzonego celu. J. Zieleniewski stwierdza, że skuteczność działania cechuje sytuacja, w której środki i cele nie wykluczają się. Ocenę dokonuje się w trzech aspektach: a) przez działającego; b) biorąc pod uwagę przewidywania działającego oraz c) znaczenia dla działającego<sup>60</sup>. Cechą charakterystyczną danego podmiotu jest jego skuteczność

---

<sup>57</sup> P. Salmicki, *Ekonomiczna efektywność*, w: *Mała encyklopedia ekonomiczna*, PWE, Warszawa 1974, s. 185. za Paszczołowski, *op.cit.*, s. 60.

<sup>58</sup> A.G. Rummler, A.P. Brache, *Podnoszenie efektywności organizacji*, PWE, Warszawa 2000, s. 42.

<sup>59</sup> I. Gorzeń-Mitka, *Skuteczność – próba interpretacji*, *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, Wrocław 2005, nr 1060, s.207-217.

<sup>60</sup> J. Zieleniewski, *Organizacja zespołów ludzkich, Wstęp do teorii organizacji i kierowania*, wyd. 7, PWN, Warszawa 1982, s. 194–195.

w osiągnięciu założonego celu. W obszarze ochrony zdrowia skuteczność działania będzie odnoszona zarówno do pojedynczego pacjenta jak i całej zbiorowości. Efektowi oceny może zostać poddana procedura medyczna oraz rozwiązania organizacyjne, zgodnie z którymi realizowane są działania sprzyjające zdrowiu.

Analizując literaturę przedmiotu, możemy wskazać kolejne wyznaczniki skuteczności odnoszące się do systemu ochrony zdrowia, do których zaliczamy: dostępność i jakość.

J.W. Thomas i R. Penchansky wyróżniają pięć elementów dostępności w kategorii technicznej<sup>61</sup>:

- osiągalność – rozumianą jako dostępność do świadczeń zdrowotnych,
- dostępność przestrzenną – czas niezbędny na dotarcie do podmiotu leczniczego,
- dostępność organizacyjną – obejmującą: czas pracy placówki, rejestracji pacjentów i wyznaczania wizyt oraz zakres spraw możliwych do załatwienia na odległość,
- dostępność kosztową – analiza obejmuje ofertę kosztową przedstawioną do NFZ,
- akceptowalność – oczekiwania pacjenta.

Kolejnym wyznacznikiem jest jakość, zdefiniowana przez Amerykański Instytut Medycyny, jako zakres, w jakim świadczenia zdrowotne udzielane jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskiwania pozytywnego efektu zdrowotnego i są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną<sup>62</sup>. Wzrost roli świadomości pacjentów, ich wymagania i oczekiwania zmuszają podmioty lecznicze do szukania obszarów, w których należy zwrócić szczególną uwagę na poziom jakości świadczonych usług medycznych. Świadczeniodawcy dostrzegają zależność między jakością świadczonych usług a sukcesem organizacji. Jakość jest również wyznacznikiem poziomu skuteczności organizacji.

Korzystność oznaczać będzie różnice wynikającą z poniesionych nakładów w odniesieniu do uzyskanych efektów. W literaturze przedmiotu podnoszona jest kwestia większej opłacalności nakładów związanych z innowacjami w technologii medycznej, w promocję zdrowia i w aktywną rekreację, jeśli efektem byłaby większa liczba lat życia w lepszej sprawności. Korzystność działań opisuje również D.M. Głowacka, zwracając uwagę na problemy w tworzeniu zespołów i optymalnych warunków ich pracy, jakość skutecznego zarządzania organizacją oraz sprawne kierowanie zespołem<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> J.W. Thomas, R. Penchansky, *Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services, Medical Care* 1984, Vol. 22, No. 6, s. 553–568.

<sup>62</sup> Cyt. *Szpitalne systemy informatyczne*, red. W. Trąbka, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999, s.20.

<sup>63</sup> M.D. Głowacka, *Mobilność organizacji wobec zmian*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 95.

Natomiast ekonomiczność wyrażać się będzie w ilorazie uzyskanych efektów do poniesionych nakładów. W teorii sprawnego działania ekonomiczność, w szerszym znaczeniu ujmowane jako relacja między efektami a nakładami, obejmuje swoim zasięgiem również korzystność.

Przedstawione cechy sprawnego działania mają jedną cechę wspólną, którą jest osiągnięcie przez podmiot leczniczy założonych celów przy wykorzystaniu optymalnego poziomu nakładów.

Istotnym zagadnieniem współczesnego zarządzania zasobami ludzkimi jest pomiar efektywności działań w różnych jego obszarach. Efektywność podmiotu leczniczego pozostaje w ścisłym związku z efektywnością pracy. M. Tyrańska wskazuje, że system pomiaru efektywności powinien charakteryzować się starannie dobranym zestawem mierników oraz standardami i powinien zawierać<sup>64</sup>:

- wskaźniki umożliwiające pomiar rentowności inwestycji w kapitał ludzki,
- ustalenie zależności przyczynowo-skutkowych z celami ekonomicznymi,
- ocenę istoty działalności personalnej danej firmy z punktu widzenia jej strategii,
- uwzględnienie najważniejszych z punktu widzenia celów strategicznych firmy miar,
- identyfikację popełnianych błędów i wskazanie działań naprawczych,
- informacje o przyszłych dokonaniach firmy w zakresie realizacji zadań personalnych.

Metodą spełniającą wymogi pomiaru efektywności zarządzania zasobami ludzkimi na wielu płaszczyznach jest koncepcja zarządzania oparta na strategicznej karcie wyników. W literaturze przedmiotu możemy spotkać kilka definicji strategicznej karty wyników, dlatego też autor rozprawy przyjął definicję, że strategiczna karta wyników jest instrumentem, dzięki któremu dochodzi do umiejscowienia długookresowej strategii firmy w systemie zarządzania przedsiębiorstwem poprzez mechanizm pomiaru. Istota metody zawiera skoordynowany zestaw mierników, który umożliwia pomiar skuteczności realizacji strategii organizacji przy uwzględnieniu czterech perspektyw: finansowej, klienta, wewnętrznej oraz innowacji i rozwoju<sup>65</sup>. Każda perspektywa łączy się w sposób bezpośredni lub pośredni ze wszystkimi składowymi pozostałych perspektyw. Należy pamiętać, że strategię musi cechować jedność co do osiągniętych celów, funkcji oraz efektów. Dlatego też istotne jest,

---

<sup>64</sup> M. Tyrańska, *Efektywność zarządzania zasobami ludzkimi w aspekcie terminologicznym i metodologicznym*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie”, Tarnów 2009, 1(12), s. 263.

<sup>65</sup> R.S. Kalpan, D.P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przelożyć strategię na działanie*, wyd. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 42–45.

aby podmiot leczniczy mógł dysponować odpowiednim zestawem mierników umożliwiającym pomiar osiąganych efektów w poszczególnych perspektywach.

Wyszczególnienie perspektyw oraz mierników oceny sprawności działania przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Perspektywy realizacji strategii organizacji oraz mierniki jej oceny

Obszar kontroli (perspektywy rozwoju firmy/cele firmy)	Mierniki oceny sprawności działania	Komentarz
<b>Perspektywa finansowa</b>		
– wzrost rentowności firmy	– wartość dodana kapitału ludzkiego – ekonomiczna wartość dodana kapitału ludzkiego – stopa zwrotu z inwestycji w kapitał ludzki (rentowność kapitału ludzkiego) – finansowy wskaźnik kapitału ludzkiego	– ocena zarządzania zasobami ludzkimi przez pryzmat finansowy
<b>Perspektywa klientów</b>		
– poprawa jakości obsługi klienta	– koszt obsługi klienta – liczba lojalnych klientów – odsetek nowych klientów pozyskanych w danym roku – wartość sprzedanych produktów/usług	– ocena dokonywana jest przez klientów i ma na celu odpowiedź na pytanie jak postrzegają nastawienie pracowników do klientów – ocena satysfakcji klienta
<b>Perspektywa procesów wewnętrznych</b>		
– usprawnienie realizacji procesów wewnętrznych	– poziom wydajności pracy – wskaźnik opłacania przyrostu wydajności przyrostem jednostkowego kosztu pracy – wskaźnik wykorzystania nominalnego czasu pracy – wskaźnik godzin nadliczbowych – wskaźnik czasu traconego – odsetek pracowników o elastycznym czasie pracy – odsetek pracowników zatrudnionych w nietypowych formach – jednostkowy koszt pracy – rentowność kosztów pracy – udział kosztów pracy w wartości sprzedaży – ilość reklamacji – wartość napraw gwarancyjnych – koszt usług świadczonych przez dział personalny	– ocena poziomu wydajności pracy jest konsekwencją efektu podnoszenia kwalifikacji i morale pracowników, innowacyjności oraz usprawnienia procesów wewnątrz firmy
<b>Perspektywa rozwoju</b>		
– pozyskiwanie pracowników – utrzymywanie pracowników – wynagradzanie pracowników – rozwój kompetencji	– liczba nowo zatrudnionych – wskaźnik przyjęć – wskaźnik stabilności zatrudnienia – stopień dopasowania systemu wynagrodzeń do strategii firmy – przeciętny poziom wykształcenia pracowników firmy	– ocena satysfakcji pracowników – ocena zdolności firmy do utrzymania kluczowych pracowników – ocena ponoszonych wydatków na realizację zarządzania zasobami ludzkimi i ich zgodności ze strategią firmy

Źródło: M. Tyrańska, *Efektywność zarządzania zasobami ludzkimi w aspekcie terminologicznym i metodologicznym*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej”, Tarnów 2009, z. 1(12), s. 267.

W wyniku zastosowanych miar system pomiaru efektywności zarządzania zasobami ludzkimi umożliwi identyfikację barier utrudniających wykonywanie zadań. Stała kontrola wskaźników pozwala na monitorowanie wdrażanych działań, zachowanie optymalnego poziomu kapitału ludzkiego, co wpływa na zwiększenie efektywności.

Kolejną metodą pomiaru efektywności zarządzania zasobami ludzkimi w odniesieniu do strategii organizacji jest model S. Penninga. Główną cechą modelu jest jego cykliczność powtarzalności etapów, co wiąże się z ich przyporządkowaniem do fazy planowania. Graficzne przedstawienie etapów zostało zaprezentowane na poniższym rysunku 6.



Rysunek 6. Model S. Penninga pomiaru efektywności w zarządzaniu zasobami ludzkimi

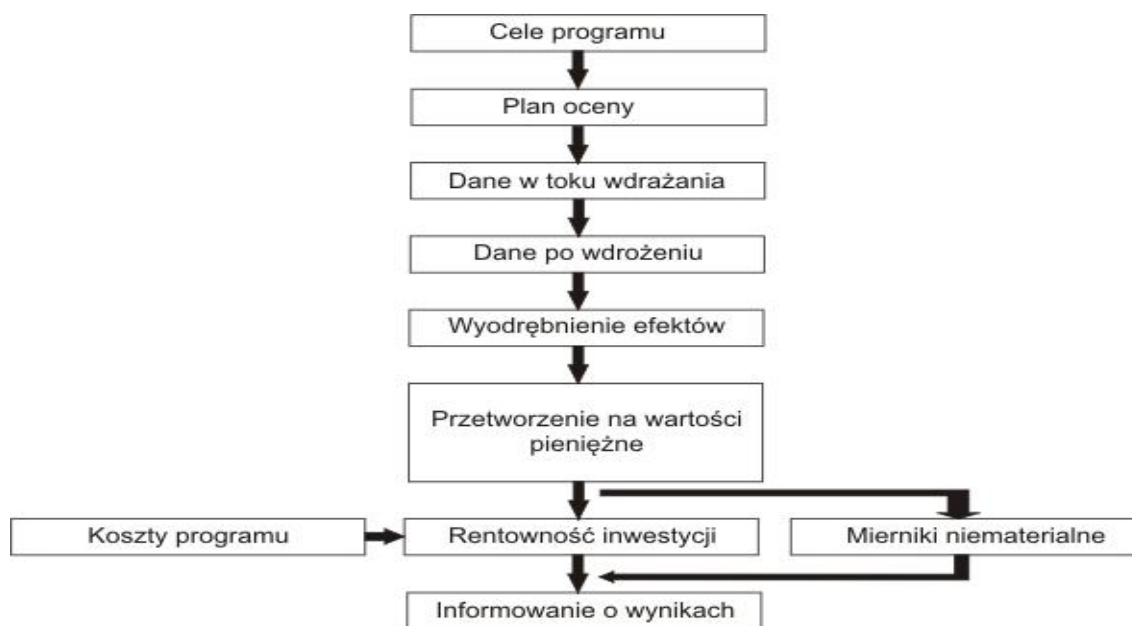
Źródło: S. Penning, *HPM: a model to relate costs, benefits and strategic impact of human resource programs*, „Performance Improvement”, July 2006, nr 45 (6), s.19.

Model S. Penninga w ujęciu procesowym składa się z siedmiu etapów, w skład których wchodzi: analiza organizacji, procesów, zadań i zachowań, planowanie działań oraz budżetu, pomiar kosztów, efektów oraz analiza wyników ekonomicznych<sup>66</sup>. Dokonana analiza procesów w modelu wskazuje, iż główną jego zaletą jest ocena wpływu realizowanych zadań częściowych na realizację całościowej strategii. Ułomnością modelu jest brak możliwości pomiaru korzyści niematerialnych, wyrażająca ich wartość w jednostkach pieniężnych.

<sup>66</sup> S. Penning, *HPM: a model to relate costs, benefits and strategic impact of human resource programs*, „Performance Improvement”, July 2006, nr 45 (6), s. 17 – 22.

Kompleksową ocenę efektywności realizowanych programów w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi zawiera model autorstwa J.J. Philipsa<sup>67</sup>.

Zależności między poszczególnymi elementami modelu prezentuje rysunek 7.



Rysunek 7. Model pomiaru efektywności programów realizowanych w sferze zarządzania zasobami ludzkimi

Źródło: J.J. Philips, R.D. Stone, P.P. Philips, *Ocena efektywności w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Human Factor, Kraków 2003, s. 46.

Model J.J. Philipsa składa się z następujących etapów: fazy planowania, zbierania danych na temat szkolenia, izolowania efektów programu szkoleniowego oraz zmiany efektów szkoleniowych na wartość finansową<sup>68</sup>. Koncepcja modelu J.J. Philipsa została oparta na modelu oceny efektywności szkoleń Kirkpatricka, poszerzonej o dwa poziomy umożliwiające wyliczenie wskaźnika ROI (Return on Investment – wskaźnik rentowności inwestycji) BCR (Benefits/Cost Ratio – wskaźnik korzyści do kosztów). Wskaźniki umożliwiają obliczenie nadwyżki pieniędzy w stosunku do nakładów, które wydatkowała organizacja na projekt szkoleniowy bądź inny projekt z obszaru zarządzania zasobami ludzkimi.

$$\text{BCR} = \text{Suma korzyści z inwestycji} / \text{Suma kosztów inwestycji}$$

$$\text{ROI} = (\text{Korzyści netto z inwestycji} / \text{Suma kosztów z inwestycji}) * 100\%$$

<sup>67</sup> J.J. Philips, R.D. Stone, P.P. Philips, *Ocena efektywności w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Human Factor, Kraków 2003, s. 43.

<sup>68</sup> <http://kadry.nf.pl/Artykul/6677/Return-on-Investment-ROI>, data dostępu: 18.04.2013.

Zdaniem P. Bochniarz i K. Gugała stosowanie wskaźnika ROI w modelach dotyczących obliczania efektywności zarządzania zasobami ludzkimi ma swoje ograniczenia, gdyż nie uwzględnia kosztów kapitału oraz ryzyka inwestycyjnego. Wskaźnik nie wskazuje pełnego potencjału z uwagi na fakt, że do kalkulacji ROI brane są pod uwagę korzyści związane z funkcjonowaniem projektu w pierwszym roku od jego wdrożenia. Dlatego też właściwe jest zastosowanie wskaźnika wewnętrznej stopy zwrotu (IRR) bieżącej wartości netto inwestycji (NPV). Wskaźnik IRR, pozostający w ścisłym związku NPV, „stopa zwrotu obliczana przez funkcję IRR to stopa procentowa odpowiadająca zerowej wartości bieżącej netto. Jeśli wskaźnik IRR jest wyższy od stopy dyskontowej to projekt jest opłacalny”<sup>69</sup>.

Do najczęściej wykorzystywanych mierników umożliwiających pomiar efektywności inwestycji w kapitał ludzki możemy zaliczyć<sup>70</sup>:

1. HC ROI – zwrot inwestycji w kapitał ludzki (Human Capital Return On Investment),

$$HC ROI = \frac{PRZYCHODY - (KOSZTY OPERACYJNE - CAŁKOWITE KOSZTY PRACY)}{CAŁKOWITE KOSZTY PRACY}$$

Całkowite koszty pracy = wynagrodzenia brutto + świadczenia

Wskaźnik pokazuje, jaką kwotę otrzymaliśmy z każdej złotówki zainwestowanej w kapitał ludzki. Wartość wskaźnika poniżej jedności jest niesatysfakcjonujący, gdyż oznacza, że pracownicy do wykonania swojej pracy zużywają więcej zasobów niż wytwarzają dochodu.

2. HCVA – wartość dodana kapitału ludzkiego ( Human Capital Value Addel)

$$HCVA = \frac{PRZYCHODY - (KOSZTY OPERACYJNE - CAŁKOWITE KOSZTY PRACY)}{LICZBA PRACOWNIKÓW W PRZELICZENIU NA ETATY}$$

Całkowite koszty pracy = wynagrodzenia brutto + świadczenia

Wskaźnik przedstawia zysk firmy na jednego pracownika. Innymi słowy organizacja uzyskuje informację, jaką wartość dodaną tworzą jej pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty.

3. HCR – wskaźnik produktywności (wydajności) zasobów ludzkich lub wskaźnik przychodów z kapitału ludzkiego (Human Capital Revenue)

$$HCR = \frac{PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY PRODUKTÓW, TOWARÓW I MATERIAŁÓW}{LICZBA PRACOWNIKÓW}$$

Wskaźnik stanowi podstawową miarę produktywności pracy, pokazując ile godzin pracy niezbędne jest do wypracowania określonego przychodu.

<sup>69</sup> P. Bochniarz, K. Gugała, *Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego*, Poltext, Warszawa 2005, s. 142.

<sup>70</sup> J. Fitz-Enz, *Rentowność inwestycji w kapitał ludzki*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001, s. 101–156.

4. Cost per FTE – koszt operacyjny na pracownika (Cost per Full Time Equivalent)

$$\text{KOSZT OPERACYJNY NA PRACOWNIKA} = \frac{\text{KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ}}{\text{LICZBA PRACOWNIKÓW (ETATY)}}$$

Wskaźnik jest istotny do prawidłowej interpretacji wskaźników HC ROI i HCVA, pokazując, jak zmieniły się koszty w badanym okresie, które w sposób bezpośredni nie wpływają na efektywność zasobów ludzkich jednak w istotny sposób odnoszą się do wskaźników opisujących tę efektywność.

5. Profit per FTE – zysk ze sprzedaży na pracownika (Profit per Full Time Equivalent)

$$\text{ZYSK ZE SPRZEDAŻY NA PRACOWNIKA} = \frac{\text{ZYSK ZE SPRZEDAŻY}}{\text{LICZBA PRACOWNIKÓW (ETATY)}}$$

Wskaźnik pokazuje wielkość zysku wypracowanego przez pojedynczego pracownika. Pozwala na obserwację efektywności pracy z perspektywy czasu pracy niezbędnego do wypracowania zysku.

6. Pre tax & interest profit per FTE – zysk brutto na pracownika

$$\text{ZYSK BRUTTO NA PRACOWNIKA} = \frac{\text{ZYSK BRUTTO}}{\text{LICZBA PRACOWNIKÓW (ETATY)}}$$

Wskaźnik uwzględniający podatek pozwala na ocenę faktycznej produktywności zasobów ludzkich.

7. Udział kosztów pracy i świadczeń w kosztach operacyjnych

$$\text{UDZIAŁ KOSZTÓW PRACY I ŚWIADCZEŃ}(\%) = \frac{\text{KOSZTY PŁAC I ŚWIADCZEŃ}}{\text{KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ}}$$

Wskaźnik pozwala na porównanie udziału kosztów pracy i świadczeń w kosztach działalności operacyjnej ze wskaźnikiem uzyskiwanym przez podmioty wiodące na rynku i ustaleniu ich na optymalnym poziomie.

8. Udział świadczeń w kosztach pracy (rozumiany jako koszty płac i świadczeń)

$$\text{UDZIAŁ ŚWIADCZEŃ W KOSZTACH PRACY}(\%) = \frac{\text{ŚWIADCZENIA NA RZECZ PRACOWNIKÓW}}{\text{CAŁKOWITE KOSZTY PRACY}}$$



Wskaźnik jest uzależniony i silnie związany z konkurencją w danej branży, kulturą organizacyjną, rodzajem pracy wykonywanej przez pracownika oraz możliwością dogodnego rozliczenia podatkowego części wynagrodzenia, która jest ujęta w formie świadczeń.

Wśród mierników inwestycji w kapitał ludzki, które wpływają na efektywność pracy, możemy także zaliczyć wskaźniki analizujące politykę szkoleń, do których zaliczamy: odsetek przeszkolonych pracowników (%), koszty szkoleń na zatrudnionego (PLN), koszty szkoleń w przeliczeniu na jedną godzinę (PLN/godz.), udział kosztów szkoleń w kosztach pracy (%) oraz współczynnik satysfakcji pracowników przeszkolonych i ich przełożonych.

Zmiany zachodzące w otoczeniu, jak i wewnątrz podmiotów leczniczych w coraz większym stopniu wymuszają stosowanie metod umożliwiających pomiar realizowanych działań w sferze zasobów ludzkich, aby w sposób najbardziej efektywny alokować zasoby finansowe. Należy jednak pamiętać, że nie każdy proces dotyczący inwestycji w kapitał ludzki podlega ocenie w zakresie efektywności. W czasie zarządzania zasobami ludzkimi należy uwzględnić harmonię celów pracownika z celami organizacji, której sprzężenie stanowi także potencjał organizacji. Na podkreślenie zasługuje fakt, że wyzwania związane z pomiarem efektywności w literaturze przedmiotu są poruszane już od dawna. Wykorzystanie omówionych powyżej metod ma jednak zastosowanie do organizacji względnie autonomicznych. Wyzwaniem stanie się konieczność zastosowania mierników, które umożliwią pomiar efektywności publicznych podmiotów leczniczych z jednoczesnym porównaniem wyników z organizacjami sektora prywatnego.

Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami charakteryzują się odmiennością i nawet unikatowością, zawierającą mnogość celów organizacji, jednocześnie podlegając silnym wpływom politycznym<sup>71</sup>. Organizacje te wymagają ustalenia wskaźników pomiaru efektywności, które będą uwzględniać ich złożoność i wyjdą poza miary finansowe, stosując także miary pozafinansowe (np. zadowolenie klienta, rozwój zasobów ludzkich czy wartość zasobów ludzkich), umożliwiające stworzenie przestrzeni do rozpatrywania różnych działań w ramach zadowalająco prostego procesu<sup>72</sup>. Miary pozafinansowe zwracają także uwagę na działania podmiotu leczniczego zorientowane na przyszłość, dostarczając informacji na temat usprawnień czy wprowadzanych rozwiązań innowacyjnych w organizacji.

---

<sup>71</sup> M. Bratnicki, A. Frączkiewicz-Wronka, *Efektywność organizacyjna i zarządzanie publiczne; Wylaniające się koncepcje, kluczowe wyzwania i kierunki dalszych badań w obszarze pomiaru efektywności*, „Organizacja i Kierowanie”, 2006, Nr 3, s. 17–31.

<sup>72</sup> W. Zaręba, *Ocena efektywności usług publicznych w jednostkach samorządu terytorialnego*, w: *Zarządzanie finansami lokalnymi*, red. A. Kożuch, A. Mirończuk, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2006, s. 128–137.

## ROZDZIAŁ 2

### 2. Proces tworzenia optymalnego taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego

#### 2.1. System wynagradzania i jego elementy

Wynagrodzenia stanowią jedną z podstawowych dziedzin zarządzania zasobami ludzkimi, za pomocą których podmiot leczniczy osiąga wyznaczone cele strategiczne również w obszarze funkcji personalnej. „Wynagrodzenia posiadają swoją strukturę, formę, częstotliwość wypłat stanowiąc narzędzie polityki gospodarczo-społecznej, w zarządzaniu firmą jak również w społeczeństwie”<sup>73</sup>. Dla pracownika, z jednej strony, są głównym źródłem dochodu, natomiast z drugiej odgrywają znaczącą rolę jako składnik kosztów pracy. Wynagrodzenie powinno być postrzegane nie tylko jako koszt ale jako inwestycja, która w ujęciu krótkoterminowym powinna zapewnić organizację pracowników o odpowiednich kompetencjach, wiedzy i umiejętnościach. Wynagrodzenie w ujęciu globalnym obejmuje wynagrodzenie materialne, jak i niematerialne.

W skład wynagrodzenia materialnego wchodzi<sup>74</sup>:

- płaca stała – wynagrodzenie zasadnicze oraz dodatki o stałym charakterze,
- bodźce krótkoterminowe – uzależnione od wyników (wypłata ma zmienną wielkość),
- bodźce długoterminowe – wypłata za efekty uzyskane w okresie dłuższym niż rok,
- świadczenia dodatkowe – mają rzeczowy charakter, np. mieszkanie służbowe itp.

Wynagrodzenia niematerialne to przede wszystkim: pochwały, odznaki zakładowe lub branżowe<sup>75</sup>. W coraz większym stopniu podmioty lecznicze stosują innowacyjne sposoby wynagradzania pracowników zwane w skrócie kafeterią. Forma ta polega na uelastycznieniu składników wynagrodzenia i powiązaniu ich z sytuacją ekonomiczną oraz wynikami pracy. W praktyce w skład wynagrodzenia wchodzi program kafeteryjny, zawierający usługi rzeczowe, tj. polisy ubezpieczeniowe, możliwość korzystania z samochodu służbowego do celów prywatnych, karnety do kin itp. Różnorodny charakter wynagrodzeń, obejmujący sferę ekonomiczną, psychologiczną i społeczno-polityczną pozwala na wyróżnienie czterech podstawowych funkcji: dochodowej, kosztowej, motywacyjnej i społecznej<sup>76</sup>.

---

<sup>73</sup> M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Zarządzanie Zakładem Opieki Zdrowotnej. Konteksty i determinanty zmian*, red. M.D. Głowacka, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, s. 189.

<sup>74</sup> U. Feliniak, I. Kołodziejczyk-Olczak, *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. S. Borkowska, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 13.

<sup>75</sup> Tamże, s. 14.

<sup>76</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zasady*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 28.

Funkcja dochodowa wynagrodzenia odnosi się do sytuacji materialnej pracownika. W wyniku włożonego w pracę wysiłku, starań, umiejętności oraz poświęcenia czasu pracownik oczekuje zapłaty – wynagrodzenia. Osiągnięty dochód umożliwia nabycie dóbr, które służą do zaspokojenia potrzeb pracownika i jego rodziny. Pracownik zainteresowany jest maksymalizacją dochodu w odniesieniu do poniesionych nakładów, starań, poziomu cen, jak również wskaźnika inflacji. Wynagrodzenia dla podmiotu leczniczego stanowią znaczący składnik kosztów, który z jednej strony przyczynia się do obniżenia konkurencyjności, natomiast z drugiej wpływa na obniżenie poziomu zysku. Pracodawca, podejmując działania mające na celu obniżenie poziomu kosztów pracy, powoduje występowanie sprzeczności między funkcją dochodową a kosztową. Występowanie zakłóceń między wymienionymi funkcjami można zniwelować poprzez uzależnienie wzrostu kosztów pracy od wzrostu efektywności pracy. Natomiast funkcja motywacyjna wynagrodzenia zachęca pracownika do skuteczniejszej pracy, rozwijania umiejętności i realizowanie zadań na coraz wyższych szczeblach struktury organizacyjnej. Wynagrodzenia stanowią także efektywny kanał komunikacji pomiędzy pracownikiem a pracodawcą, gdyż informuje pracownika, ile jest wart dla organizacji, którą współtworzy<sup>77</sup>. Wynagrodzenie pracowników, jego zróżnicowanie, pełniąc funkcję społeczną, powinno odpowiadać oczekiwaniom społecznym. Spełniają także istotną rolę w relacjach wewnątrz organizacji między poszczególnymi pracownikami, grupami zawodowymi, jak również kadrą menedżerską.

Zdaniem A. Melicha, ważnym zagadnieniem w sferze wynagrodzeń jest system wynagrodzeń<sup>78</sup>, którego elementy uwzględniają cele zawarte w polityce płac<sup>79</sup>. T. Oleksyn przedstawił system wynagradzania w ujęciu węższym i szerszym. W ujęciu węższym rozumiany jest jako określenie składników wynagrodzenia, warunków i miejsc przyznawania oraz sposobu aktualizacji ich wysokości. Szersze ujęcie wskazuje, iż system wynagradzania obejmuje również: formy płac, warunki i kryteria ocen, degradacji, awansów, wysokość funduszu płac uzależnionego od wyników, podziału kompetencji i zadań oraz techniki i procedury związane z obsługą systemu<sup>80</sup>. Natomiast S. Borkowska system wynagradzania definiuje jako „spójny zbiór elementów, zasad i rozwiązań instytucjonalnych,

---

<sup>77</sup> *Podstawy zarządzania*, red. P. Wachowiak, M. Stużyńska, SGH, Warszawa 2008, s. 246.

<sup>78</sup> W literaturze przedmiotu system wynagradzania definiowany jest, jako sposoby, procesy i praktyki wynagradzania pracowników organizacji, biorąc pod uwagę ich umiejętności, kwalifikacje oraz kompetencje. Zdaniem M. Armstronga, na system wynagradzania składają się sposoby procesy i praktyki wynagradzania, biorąc pod uwagę umiejętności, kwalifikacje, wkład pracy oraz ich wartość rynkową. System rozwijany jest zgodnie z filozofią strategii i działań organizacji dotyczących wynagrodzeń. Encyklopedia zarządzania (data dostępu 24.04.2013).

<sup>79</sup> A. Mielich, *System płac w kapitalizmie*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 233.

<sup>80</sup> T. Oleksyn, *Praca i płaca a zarządzaniu*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 1992, s. 101.

które służą do osiągnięcia celów i realizowania funkcji wynagrodzeń całkowitych”<sup>81</sup>. System powinien być funkcjonalny i uwzględniać także oczekiwania i potrzeby pracowników, wprowadza poczucie ładu i porządku, służąc pracownikom jak i właścicielom firm. Podmiot leczniczy, aby mógł zaprojektować a następnie wdrożyć skuteczny system wynagradzania powinien uwzględnić czynniki, które będą w znaczący sposób oddziaływać na niego. Determinanty systemu wynagrodzeń tj.: kompetencje pracownika, system wartości, strategia organizacji, otoczenie zewnętrzne i wewnętrzne oraz techniczne ulegają ciągłym zmianom. Jednym z zadań stawianym przed systemem wynagrodzeń jest elastycznie reagowanie na zachodzące zmiany, co powoduje konieczność jego ciągłej modyfikacji.



Rysunek 8. Determinanty systemu wynagrodzeń

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, U. Feliniak, I. Kołodziejczyk-Olczak, *Funkcje i determinanty wynagrodzeń*, w: *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. S. Borkowska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 31.

Różnorodność determinantów, które przedstawia rysunek 8 sprawia, że podmioty lecznicze zmuszone są uwzględniać zmiany w obszarze: prawnym, politycznym, ekonomicznym, społeczno-kulturowym oraz techniczno-technologicznym jak również konkurencyjnym. Organizacje służby zdrowia nieprzewidujące zmian i ignorujące ich wpływ utracą więź z potrzebami rynku głównie z powodu stosowania przestarzałych technologii, nieskutecznych metod leczenia oraz niefunkcjonalnych metod zarządzania.

Istnieje również potrzeba analizowania zmian zachodzących wewnątrz organizacji związanych z rozwojem kompetencji pracowników, sytuacji ekonomicznej czy zmian zachodzących w kulturze organizacyjnej a związanych ze zmianą oczekiwań pracowników wobec organizacji.

<sup>81</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zasady*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 23.

System wynagrodzeń obejmuje: strategię wynagradzania, politykę wynagrodzeń, praktyki, procesy i procedury wynagradzania. Strategia wynagradzania w perspektywie długoterminowej zawiera plany organizacji dotyczące opracowania i wdrożenia polityki płac, praktyk i procesów zarządzania wynagrodzeniami<sup>82</sup>, która pozostaje w spójności ze strategią organizacji. Oparta na analizie otoczenia i poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań ma za zadanie ułatwić organizacji osiągnięcie celów a w szczególności: poprawę rentowności, efektywności i produktywności. Zdaniem A. Kalety, jednym z istotnych warunków realizacji strategii wynagrodzeń, jak również i celu w niej zawartego, powinna być wyrazistość i jasność, rozumiane jako klarowne i bezkompromisowe wytyczenie zasad z zagwarantowaniem jej elastyczności i możliwości modyfikacji w czasie w zależności od zmian zachodzących w otoczeniu<sup>83</sup>. Natomiast zdaniem M. Armstronga, „strategia wynagradzania określa cele i kierunki działania dotyczące systemu wynagradzania na kilka następnych lat oraz sposoby ich osiągnięcia, łączy potrzeby firmy jak i jej pracowników z polityką i praktyką wynagradzania, zawiera także objaśnienia dla wszystkich zainteresowanych stron”<sup>84</sup>. Ogólną strategię wynagrodzeń w organizacji ilustruje poniższy rysunek 9.



Rysunek 9. Strategia wynagrodzeń

Źródło: S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 84.

<sup>82</sup> Zdaniem M. Armstronga, zarządzanie wynagrodzeniami obejmuje formułowanie strategii, polityki i procesów, które mają na celu należyte wynagrodzenie pracownika za pomocą środków finansowych i niefinansowych, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 19.

<sup>83</sup> A. Kaleta, *Uczestnicy procesu zarządzania w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 136–144.

<sup>84</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 60.

Strategia wynagrodzeń, jako element zarządzania zasobami ludzkimi ma za zadanie wspomaganie realizacji strategii organizacji i jest jej nieodzownym elementem, gdyż<sup>85</sup>:

- wynagrodzenia wraz z systemem oceniania powodują wzrost efektywności,
- stanowią znaczący udział w kosztach operacyjnych,
- odgrywają ważną rolę w pozyskiwaniu pracowników o wysokich kwalifikacjach,
- procedury wynagrodzeń mają na celu zagwarantowanie skuteczności systemu,
- stanowi integralną część zarządzania zasobami ludzkimi jednocześnie podnosząc efektywność stosowanych funkcji tj. planowaniem personelu, rekrutacją, zarządzaniem jakością, motywowaniem, efektywnością i rozwojem pracowników.

Jak już wielokrotnie wskazano, strategia wynagrodzeń musi pozostawać w ścisłym związku ze strategią realizowaną przez podmiot leczniczy, np. strategią konkurencyjną wysoką jakością, przywództwem kosztowym. W przypadku realizowania strategii dyferencji, czyli konkurencyjną wysoką jakością, główny nacisk zostanie położony na stosowanie wynagrodzeń zmiennych, związanych z jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, innowacyjnością przy jednoczesnym zastosowaniu bodźców długoterminowych. Wynagrodzenia będą stanowić istotny element w przyciąganiu do organizacji wysoko wykwalifikowanych pracowników, naukowców oraz ludzi twórczych. Strategia konkurencyjną, jakością wymaga dużych umiejętności marketingowych, organizowania usług oraz procesów. Inne instrumenty wynagrodzenia będą uaktywniane w przypadku realizowania przez podmiot leczniczy strategii opartej na przywództwie kosztowym. Oczekuje się, że nastąpi obniżka płacy stałej a w uzupełnieniu wynagrodzenia całkowitego zostanie zastosowana wypłata premii, w związku z uzyskaniem obniżenia kosztów przez jednostki wewnętrzne np. oddziały. Natomiast strategię zintegrowaną cechuje kombinacja powyższych zasad, umiejętności i innowacyjności pracowników. Wzrost efektywności oczekiwany jest przy utrzymaniu lub obniżeniu kosztów. Strategia wynagrodzeń będzie zawierała większą rangę wynagrodzeń zmiennych, które wynagrodzą innowacyjność, twórcze myślenie oraz wysoką jakość, stosując bodźce długoterminowe, jednocześnie uwzględniając w premii osiągnięcia pracowników w zakresie obniżki kosztów.

Polityka wynagrodzeń ma za zadanie określenie wysokości wynagrodzeń, zasady oraz stopień ich zróżnicowania, różnic między płacą stałą a zmienną, kryteriów kształtowania wynagrodzeń zmiennych, świadczeń dodatkowych oraz metod

---

<sup>85</sup> A. Pochtowski, *Trendy w systemach wynagrodzeń w świetle zmian na rynku pracy*. Raport z badań statutowych, maszynopis, Kraków 2009, s. 40.

ich przyznawania, w tym również ustalenia wynagrodzeń długoterminowych<sup>86</sup>. Praktyki wynagradzania obejmują struktury płac oraz kategorii zaszeregowania, jak również techniki i systemy zawierające mechanizmy umożliwiające wprowadzenie strategii i polityki wynagradzania. Natomiast procesy wynagrodzenia zawierają metody skutecznego wdrażania w życie polityki i praktyk dotyczących ewentualnych modyfikacji płac na podstawie przeprowadzonych badań i przeglądów. Głównym zadaniem procedur wynagrodzeń jest zagwarantowanie, że wdrożony system wynagradzania będzie funkcjonował prawidłowo, skutecznie i elastycznie, przynosząc oczekiwane korzyści.

Podmioty lecznicze w ostatnich latach w coraz większym stopniu dostrzegają znaczenie efektywności systemu wynagrodzenia. Podstawą opłacania pracy stała się jej wartość określona w strukturze organizacyjnej w powiązaniu z uzyskaniem korzyści w związku z zatrudnieniem pracownika. Budując efektywny system wynagradzania, należy określić cel, jaki system wynagradzania ma osiągnąć. Z reguły celem systemu wynagradzania jest poprawa efektywności, wówczas można przyjąć większą rangę wypłat premii, które zwiększą motywacyjne oddziaływanie wynagrodzeń poprzez powiązanie ich z indywidualnymi efektami pracy. Osiągnięcie tak sprecyzowanego celu związane jest z precyzyjnym określeniem kryteriów przyznawania wynagrodzenia ruchomego za osiągnięte wyniki pracy. Zdaniem Z. Sekuły, wydzielona z ogólnego funduszu płac część wynagrodzenia ruchomego powinna być wypłacana według wyraźnie określonych i sprawdzonych warunków<sup>87</sup>.

W praktyce trudno jest menedżerom podmiotów leczniczych ustalić kryteria, które pozwolą na opracowanie efektywnego systemu wynagradzania. Sytuacja taka jest spowodowana brakiem w wielu placówkach służby zdrowia oceny wartości stanowisk pracy, wprowadzenia optymalnych form zatrudnienia, sprawiedliwych i akceptowanych relacji płacowych oraz wspierania procesów podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Wobec ograniczeń, jakie napotykają podmioty lecznicze w poziomie finansowania świadczeń zdrowotnych, staje się racjonalne uruchomienie procesów mających na celu optymalizację kosztów zatrudnienia. Optymalizacja kosztów nie jest tylko związana z redukcją zatrudnienia ale głównie ma na celu odpowiedź na pytanie: Czy podmiot leczniczy dysponuje zasobami ludzkimi, które umożliwiają osiągnięcie założonych celów? Odpowiedź na tak postawione pytanie umożliwi koncentracja na czynnikach kosztotwórczych i ocena ich efektywności. Niejednokrotnie działania mające na celu poprawę kwalifikacji i kompetencji pracowników

---

<sup>86</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 24.

<sup>87</sup> Z. Sekuła, *Wynagrodzenie zmienne i rzeczowe*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 45.

dają oczekiwane efekty w perspektywie długoterminowej. Wszystkie powyżej opisane mechanizmy, stosowane w sposób efektywny w zakresie wynagrodzeń, mają za zadanie poniesienie kosztów zatrudnienia na optymalnym poziomie.

## 2.2. Istota i metody wartościowania stanowisk pracy

Relatywną wartość stanowisk pracy w obrębie struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego można określić za pomocą wartościowania pracy<sup>88</sup>. Wartościowanie odnosi się do stanowisk pracy zarówno medycznych, jak i administracyjnych, gospodarczych czy obsługi. Zakres czynności wchodzących w skład procesu wartościowania skupia się do określenia stopnia trudności czynności wykonywanych na stanowisku pracy w określonym otoczeniu. Ocenie nie podlegają cechy osobowe i kwalifikacje pracowników oraz osiągnięte przez nich efekty. Oceniana jest sama praca, a w bardziej ścisłym tego słowa znaczeniu jej obiektywna trudność. Literatura przedmiotu wskazuje na różne sposoby interpretowania istoty wartościowania pracy. Autor rozprawy, dokonując analizy pojęć dotyczących wartościowania stanowisk pracy, przyjął, że jest to proces wskazania wartości stanowiska w strukturze organizacyjnej, określenie wymogów kompetencyjnych przy użyciu określonych metod oraz jego oddziaływania na realizację celów podmiotu leczniczego.

Według M. Armstronga, do najważniejszych celów wartościowania stanowisk pracy możemy zaliczyć<sup>89</sup>:

- ustalenie relatywnych wartości lub rozmiarów stanowisk pracy,
- dostarczenie informacji niezbędnych do projektowania i utrzymania struktur płac,
- stworzenie możliwie obiektywnej podstawy zaszeregowania stanowisk pracy,
- umożliwienie porównań wysokości płac ze stawkami rynkowymi,
- zapewnienie przejrzystości struktury wynagrodzeń,
- zasadę, że za pracę o równej wartości przysługuje takie samo wynagrodzenie.

Wartościowanie stanowisk pracy w podmiocie leczniczym odgrywa podwójną rolę. Z jednej strony przedstawia strukturę organizacyjną, ukazuje ważne dla organizacji wartości i cele, które chce osiągnąć przy wykorzystaniu pracowników o określonych kompetencjach. Natomiast z drugiej strony w powiązaniu z funkcjami zarządzania zasobami ludzkimi może przyczynić się do optymalnego wykorzystania zasobów ludzkich. M. Juchnowicz

---

<sup>88</sup> Określenie „wartościowanie pracy” jest tożsame z pojęciem „wartościowanie stanowisk pracy”, gdyż praca wykonywana jest przez zatrudnionego na konkretnym stanowisku pracy, zgodnie ze strukturą organizacyjną podmiotu leczniczego.

<sup>89</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 140.



i Ł. Sienkiewicz wskazują, że istotą wartościowania stanowisk pracy jest ustalenie poziomu i struktury obiektywnej trudności pracy, która wpływa na relatywną wartość pracy (kategorie zaszeregowania)<sup>90</sup>. Wartościowanie stanowiska pracy pozwala na poznanie i określenie trudności pracy rozumianej, jako ogół wymagań fizycznych, psychicznych i umysłowych, jakie stoją przed pracownikiem wykonującym określoną pracę.

Zdaniem M.D. Głowackiej i P. Pagórskiego, trudność pracy, jako kategoria obiektywna określa: złożoność funkcji, odpowiedzialność, uciążliwość wykonania i warunków pracy<sup>91</sup>:

Złożoność funkcji wyrażać się będzie w stopniu skomplikowania wykonywanych czynności na stanowisku pracy. Charakter wykonywanej pracy wiąże się z koniecznością podejmowania decyzji, współdziałania z innymi pracownikami lub podejmowania decyzji związanych z kierowaniem działań innych. Złożoność funkcji wymaga również od pracowników dostosowania szybkości wykonywanych czynności do szybkości wykonywania zadań przez pozostałych pracowników wchodzących w skład zespołu. Wykonywane zadania wymagają od pracownika odpowiedniej wiedzy, umiejętności oraz kwalifikacji, które umożliwiają wykonanie pracy o odpowiedniej jakości. Czynniki te wymaga także od pracownika umiejętności szybkiego odbierania i przetwarzania bodźców oraz różnorodnych sygnałów, na podstawie których podejmuje decyzje związane z powierzonym wykonywaniem zadań.

Odpowiedzialność jest związana z zakresem ryzyka powstania strat bądź szkód, jakie mogą wystąpić w związku z wykonywaniem lub zaniechaniem wykonywania pracy. Dotyczy głównie powierzenia opieki nad osobami (pacjentami), majątkiem organizacji zarówno rzeczowym, jak finansowym i procesami wykonywania pracy. Aby zminimalizować bądź wykluczyć powstanie strat, pracownik powinien mieć niezbędną wiedzę i doświadczenie, pozwalające na niezawodne wykonywanie określonego rodzaju czynności oraz cechować się odpornością na stres i zmęczenie fizyczne, jak i psychiczne. Uciążliwość wykonywania czynności świadczy o uciążliwości środowiska pracy i jego wpływie na obciążenie organizmu pracownika. Wśród czynników mających wpływ na wykonywanie pracy możemy wymienić: obciążenie fizyczne związane z przenoszeniem lub podnoszeniem ciężarów, miejsce pracy wymuszające określoną pozycję ciała pracownika oraz wysiłek umysłowy związany ze śledzeniem procesu pracy. Do zakresu czynnika związanego z uciążliwością wykonywania pracy możemy także

---

<sup>90</sup> M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 20.

<sup>91</sup> M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Wartościowanie pracy w zakładzie opieki zdrowotnej, jako element wspomagający proces zarządzania kadrą*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2(40), Poznań 2011, s. 82.

zaliczyć warunki współpracy między pracownikami, tzw. społeczne warunki pracy. Ostatnim czynnikiem syntetycznym, zaliczanym do kryteriów wartościowania stanowisk pracy jest uciążliwość warunków miejsca pracy związana z procesem wytwórczym lub świadczenia usług. Świadczy on o uciążliwości i ma swoje źródło w środowisku procesu wytwórczego, w skład którego będziemy zaliczać: mikroklimat, temperaturę, wilgotność powietrza, hałas, niezgodne z przepisami oświetlenie, promieniowanie jonizujące, drgania maszyn itp.

Procedurą wartościowania mogą zostać objęte wszelkie rodzaje prac wykonywanych przez personel medyczny, administracyjny czy obsługi, gdyż w każdej pracy występują takie same składniki wysiłku fizycznego czy psychicznego, natomiast ich natężenie w zależności od stanowiska, na którym wykonuje pracownik pracę, jest odmienne. Podmiot leczniczy przed przystąpieniem do oceny pracy powinien zwrócić szczególną uwagę na czynniki, które mają wpływ na wybór metody wartościowania. P. Bobdziewicz do najważniejszych z nich zalicza: wielkość i strukturę organizacji, cele i strategię rozwojową, rodzaj systemu wynagrodzeń i grup zawodowych oraz koszty przygotowania i wdrażania wybranej metody<sup>92</sup>. Wybór metody wartościowania stanowisk pracy powinien zostać poprzedzony określeniem, jakim celem służy i jakie zadania ma spełniać. Określenie celów powinno nastąpić na etapie planowania oceny pracy, gdyż może to przesądzić o doborze właściwej metody. Cele wynikają ze specyfiki działalności podmiotu leczniczego oraz realizowanej strategii, natomiast zadania z bieżącej działalności. W przypadku bieżącej działalności ocena pracy powinna być wykorzystana w kilku obszarach, które mogą wystąpić łącznie w zależności od szybkości zmian zachodzących wewnątrz organizacji, jak i w otoczeniu zewnętrznym lub każda z nich z osobna. Wybór metody wartościowania stanowisk pracy zależy również od rodzaju struktury organizacyjnej, a także realizowanej przez podmiot leczniczy strategii zarządzania zasobami ludzkimi. Większość organizacji łączy podejście statyczne z elementami dynamicznego określania wartości pracy. Przed przystąpieniem do realizacji procesu wartościowania niezbędne staje się określenie specyfiki organizacji i dostosowanie metody wyceny pracy. Jest też konieczna odpowiedź na pytania: jakiego charakteru jest firma? Czy jej działanie charakteryzuje się podejściem dynamicznym czy statycznym? Zestawienie czynników charakteryzujących działalność firmy pomocnych w wyborze metody wartościowania stanowisk pracy prezentuje tabela 10.

---

<sup>92</sup> P. Bobdziewicz, *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. S. Borkowska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 66.

Tabela 10. Czynniki określające specyfikę organizacji

	<b>Firma statyczna</b>	<b>Firma dynamiczna</b>
<b>Mierniki</b>	Wielkości określające efektywność są stałe i przewidywalne.	Kluczowe wartości dla firmy mają dużą dynamikę zmian.
<b>Podległość i struktura</b>	Wielkość zespołów jest stała a ich skład stabilny. Struktura organizacyjna firmy jest stabilna.	Zadaniowa częsta zmiana ich składu i częsta zmiana funkcji. Struktura mienia się zgodnie z bieżącymi wymogami.
<b>Odpowiedzialność</b>	Niezbyt często zmieniające zakresy obowiązków pracowników.	Zakres odpowiedzialności zależy od realizowanych bieżących zadań.
<b>Budżet</b>	Stabilna wielkość. Sformalizowana i bardzo złożona ścieżka akceptacji. Budżet narzucony do wykonania. Z małym odsetkiem zdarzeń nieprzewidywanych.	Zróżnicowane wielkości. Możliwość swobodnej alokacji środków. Wykonawcy są zaangażowani w tworzenie i zatwierdzanie. Duże odchylenie w realizacji od planów.
<b>Zadania</b>	Stale i powtarzalne. Realizowane przez standardowe procedury i wypracowane wzorce. Realizowane w ramach ustalonych funkcji.	Realizowane czynności cechują się dużym stopniem indywidualności. Procedura realizacji jest elastyczna i intuicyjna. Realizowane przez osoby mające odpowiednie predyspozycje.
<b>Technologia</b>	Zmiany w długich okresach. Długi czas rozwoju innowacji.	Szybkie zmiany. Ciągły rozwój.

Źródło: P. Stalica, *Wartościowanie statyczne czy dynamiczne?*, „Personel” nr 6/2005, s. 22-25.

Zdaniem M. Juchnowicz i Ł. Sienkiewicza, proces wartościowania stanowisk pracy powinien znajdować zastosowanie<sup>93</sup>:

- w chwili tworzenia nowego stanowiska pracy,
- w sytuacji zmian w zakresie i strukturze funkcji,
- w przypadku zmiany w wymaganiach pracy.

Raz przeprowadzony proces wartościowania stanowisk pracy nie kończy postępowania. Czynniki powodujące zmiany w organizacji i otoczeniu wymuszają stosowanie tego procesu w sposób cykliczny przez uaktualnianie opisu stanowiska pracy oraz kryteriów oceny.

Wartościowanie stanowisk pracy można przeprowadzić metodą sumaryczną lub analityczną.

Metody sumaryczne cechują się całościowym ujmowaniem ocenianych prac, nie wnikając i nie oceniając szczegółowych wymagań pracy.

<sup>93</sup> M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 21.

Zastosowanie tych metod jest stosunkowo proste i mało kosztowne, jednak otrzymane wyniki mało precyzyjne obarczone subiektywizmem i trudnością w ich udokumentowaniu. Stosowanie ich można zalecić małym i średnim firmom, gdzie występuje nie więcej niż 20–30 rodzajów pracy<sup>94</sup>.

W literaturze przedmiotu do metod sumarycznych wartościowania pracy zaliczamy: rangowanie, grupowanie, rangowanie na podstawie porównania parami, klasyfikację stanowisk oraz benchmarking<sup>95</sup>.

Metoda rangowania<sup>96</sup> jest najprostsza a zarazem najbardziej subiektywna. Opisy pracy pozwalają na zaszeregowanie stanowisk według stopnia trudności, od najtrudniejszego do najłatwiejszego, i zakwalifikowania ich na odpowiednim poziomie struktury organizacyjnej. W dokonywanej ocenie trudności pracy brane są pod uwagę kryteria takie, jak: wykształcenie, staż, warunki pracy i odpowiedzialność. Struktura stanowisk kształtowana jest na podstawie porównań ze sobą poszczególnych stanowisk. Analiza stanowisk pracy dokonywana jest przy zastosowaniu techniki sortowania kart lub porównania parami<sup>97</sup>. Na podstawie tej metody można ustalić jedynie kolejność stanowisk, natomiast nie można wskazać, na ile różnią się trudnością pracy między sobą.

Do zalet tej techniki zaliczyć można prostotę i łatwość dokonania oceny. Natomiast do wad należą<sup>98</sup>:

- brak możliwości uzasadnienia ostatecznego kształtu struktury stanowisk z uwagi na niejasno określone kryteria, gdyż nie opiera się na żadnym analitycznym systemie,
- zachowawcze stanowisko osób oceniających nie sprzyja poprawie płac w związku ze zmianą wartości pracy, jak również utrudnia podjęcie decyzji, w sytuacji przeklasyfikowania stanowiska na wyższe miejsce w taryfikatorze,
- zły dobór stanowisk stanowiący punkt odniesienia do porównań, co sprawia także problem przy wprowadzaniu nowych stanowisk do struktury,
- niemożność traktowania metody jako punkt wyjścia w dążeniu do zapewnienia równych płac za pracę o tej samej wartości.

---

<sup>94</sup> Z. Pawlak, *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003, s. 92.

<sup>95</sup> M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 41.

<sup>96</sup> M. Armstrong, A. Cummins, S. Hastings, W. Wood, *Wartościowanie stanowisk pracy. Przestrzeganie zasad równej płacy w praktyce*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 28.

<sup>97</sup> Sposób przeprowadzenia techniki sortowania kart oraz porównania parami zawarty jest w pracy: M. Juchowicz, *Wartościowanie pracy w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1987, s. 42–44.

<sup>98</sup> M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 41.

Grupowanie<sup>99</sup> polega na podziale stanowisk pracy na dwie grupy. W jednej grupie znajdują się stanowiska pracy, których opisy zawierają najwyższe wymagania, natomiast do drugiej zaliczamy pozostałe stanowiska. Wyodrębnione w ten sposób grupy następnie są dzielone w ten sam sposób. Późniejszych podziałów na grupy dokonuje się do chwili osiągnięcia założonej liczby stanowisk. W wyniku podziału uzyskiwana jest hierarchiczna struktura stanowisk, poczynając od stanowiska o najwyższych wymaganiach do najniższych.

Rangowanie na podstawie porównania parami<sup>100</sup> jest metodą bardziej złożoną od rangowania i opiera się na porównaniu jednego stanowiska z drugim. Przewagą tej metody nad zwykłym rangowaniem polega na tym, że prościej jest porównać stanowiska, niż dokonywać złożonego wielokrotnego porównywania. Stanowisko o wyższej wartości w tej metodzie otrzymuje dwa punkty, jeśli jest równe przydzielany, jest jeden punkt natomiast, jeśli jest niższe w hierarchii ważności, nie otrzymuje punktu. W przypadku braku określenia wymagań pracy, stawianych na danym stanowisku i różnic między nimi, nie można uzależnić wysokości wynagrodzenia od tych różnic. Jedynie istnieje możliwość określenia przedziałów dla prac sąsiadujących. Metoda ta ma swoje wady, gdyż nie zawiera jasno określonych standardów, co powoduje, że nie może być stosowana przy ocenie pracy o równej wartości. Jest głównie kierowana do organizacji małych, gdyż aby wycenić stanowiska, trzeba dokonać dużej liczby porównań.

Kwalifikacja stanowisk jest kolejną metodą sumaryczną wartościowania pracy, polegającą na przyporządkowaniu stanowiska pracy do odpowiedniego stopnia według wcześniej ustalonych klas określonych przez definicje. We wstępnej fazie procesu oceniania jest liczba klas i ich cechy, według których nastąpi klasyfikacja poszczególnych stanowisk. Cechy poszczególnych klas obejmują różnice w wymaganiach dotyczących kompetencji, umiejętności, odpowiedzialności, obszaru podejmowanych decyzji oraz innych wyróżniających stanowisko rodzajach wymagań. W wyniku określenia definicji kategorii stopnia zróżnicowania wymagań metoda ta jest bardziej obiektywna jednak w swoim ograniczeniu co do liczby klas (maksymalnie siedem) nie nadaje się do wartościowania stanowisk pracy w jednostkach złożonych. Należy także pamiętać o innych ograniczeniach w stosowaniu techniki, do których zaliczyć można<sup>101</sup>:

- techniką nie można badać stanowisk złożonych, które trudno „dopasować”,

---

<sup>99</sup> Tamże, s. 42.

<sup>100</sup> M. Armstrong, A. Cummins, S. Hastings, W. Wood, *Wartościowanie stanowisk pracy. Przestrzeganie zasad równej płacy w praktyce*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 29.

<sup>101</sup> Tamże, s. 31.

- definicje klas są zazwyczaj bardzo ogólnikowe i mogą być nieprzydatne w razie konieczności wyceniania stanowisk znajdujących się na granicy klas,
- technika nie pozwala na wartościowanie i klasyfikację stanowisk należących do odmiennych grup zawodowych lub rodzin stanowisk,
- definicje klas są bardzo mało elastyczne,
- system klas może sankcjonować istniejącą niewłaściwą zależność w ramach klas,
- technika nie ma charakteru analitycznego, co uniemożliwia porównanie wartości pracy.

Zaletą jej jest prostota oraz niewielki koszt, jednak obarczona jest dużą dozą subiektywizmu, nie dostarczając informacji na temat szczegółowych wymagań stanowisk. Wyniki przeprowadzonego wartościowania pracy w głównej mierze zależą od intuicji, fachowości i zdrowego rozsądku zespołu oceniającego. Możliwa jest do zastosowania w małych firmach, gdzie liczba badanych stanowisk pracy nie jest zbyt duża.

Porównania ocenianego stanowiska pracy ze stanowiskiem wzorcowym dokonujemy przy zastosowaniu metody wartościowania Benchmarking. Stanowiskiem wzorcowym będzie stanowisko o wyższym stopniu trudności. W technice tej nie dokonuje się analizy poszczególnych kryteriów, tylko sumaryczną ocenę rodzaju pracy. Każdą pracę porównuje się do pracy wzorcowej, porównując definicję ról i na tej podstawie dokonuje się klasyfikacji. Klasyfikacja wskazuje poziomy kompetencji wymagane do uzyskania określonych rezultatów. Zaletą jest możliwość uzyskania wiarygodnych wyników oceny. Wartościowanie pracy jest szybkie i proste.

Bardziej szczegółową i rozbudowaną analizę czynników wpływających na trudność pracy zawierają metody analityczne. Zastosowanie szczegółowej skali ocen w metodzie analitycznej zapewnia większą precyzję pomiaru niż w metodzie sumarycznej. Zdaniem M.D. Głowackiej i P. Pagórskiego, „metody analityczne pozwalają szczegółowo poznać treść danej pracy oraz różnice między różnymi rodzajami prac pod względem ogólnej trudności i poszczególnych wymagań”<sup>102</sup>. Wyszczególnienie elementu trudności pracy pozwala na wyznaczenie kryterium wartościowania. Różnorodność kryteriów syntetycznych różnych analitycznych metod wartościowania stanowisk pracy przedstawia tabela 11.

---

<sup>102</sup> M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Prawo i Psychologia w Ochronie Zdrowia*, red. nauk. M.D. Głowacka, E. Majos, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 85.

Tabela 11. Kryteria syntetyczne wybranych metod

Metoda wartościowania/ Twórca metody	Kryteria syntetyczne
Ch. Bedaux	Wykształcenie, doświadczenia, zręczność, wysiłek, odpowiedzialność, wysiłek psychiczny, ryzyko zawodowe, własności umysłowe, własności moralne
Hagnera i Wenga	Umiejętności zawodowe i doświadczenie, zręczność, odpowiedzialność, wysiłek, warunki środowiska pracy
UMEWAP–2000	Złożoność pracy, odpowiedzialność, współpraca, uciążliwość pracy
Prado	Fachowość, odpowiedzialność, wysiłek, warunki pracy
Haya	Umiejętności (kwalifikacje zawodowe), rozwiązywanie problemów, odpowiedzialność
H. Simme	Wiedza, wymagania umysłowe, wymagania fizyczne, charakter pracy, współdziałanie, wpływ otoczenia
Towers Pesmi	Wiedza i umiejętności, relacje międzyludzkie, rozwiązywanie problemów, swoboda działania, zakres odpowiedzialności
European Factor Plan Watson Wyatt	Wiedza (umiejętności), zdolności specjalne, sprawność fizyczna, zdolność rozwiązywania problemów, odpowiedzialność za środki przedsiębiorstwa, wpływ na firmę, okoliczności i sprawność fizyczna

Źródło: Opracowanie na podstawie: W. Gonau, „Wynagradzanie pracowników”, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wyd. Akademickie, Warszawa 2001, s. 97–98, M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 51.

W obrębie analitycznego wartościowania stanowisk pracy wykorzystywane są następujące metody: porównanie czynników, analityczno-punktowe, oparte na decyzjach i kompetencjach<sup>103</sup>.

Porównanie czynników jest metodą mającą na celu ocenę stopnia trudności pracy występującej na stanowisku pracy. Na podstawie oceny poszczególnych stanowisk ustalana jest hierarchia stanowisk z uwzględnieniem stopnia trudności przy jednoczesnym porównaniu ich do stanowisk kluczowych. Stanowiska kluczowe mogą zostać uznane za kluczowe tylko wówczas, gdy mają prawidłowo ustalony poziom płac w zależności od stopnia trudności pracy. Prawidłowy przebieg procedury oceny przeprowadzany jest w dwóch etapach. W pierwszym etapie dokonywana jest ocena stanowiska kluczowego, która polega na wyodrębnieniu kryteriów i przypisaniu im wartości punktowej w odniesieniu do wartości całkowitej. Najczęściej występującymi kryteriami są: wiedza, wysiłek umysłowy i fizyczny, umiejętności (kwalifikacje), odpowiedzialność, warunki pracy. Następnym krokiem jest określenie wartości pieniężnej dla danego punktu i wartości całkowitej ocenianego kryterium. Mając informację na temat wartości kryterium można ustalić wartość stawki płacy dla kluczowego stanowiska

<sup>103</sup> M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 41.

pracy. Po dokonaniu oceny kryteriów stanowisk kluczowych porównaniu z nimi poddawane są poszczególne kryteria pozostałych stanowisk. W wyniku dokonanego porównania powstaje szereg stanowisk, co pozwala określić wartość każdego stanowiska z uwagi na trudność występującą w ramach każdego stanowiska. Korzyścią zastosowania tej techniki jest odejście od ocen globalnych na rzecz analiz występujących utrudnień dla poszczególnych rodzajów prac w różnych grupach zawodowych. Natomiast wadą jest ograniczona liczba utrudnień, a to prowadzi do nakładania się czynników, powodując zawyżanie ocen stanowisk nieuznanych za kluczowe.

Zalecana przez Międzynarodową Organizację Pracy jest metoda analityczno-punktowa wartościowania pracy, zwana również metodą punktową<sup>104</sup>. Metodę tę cechuje podejście oparte na analizie utrudnień i ich natężenia, związanych z pracą wykonywaną na stanowisku pracy. Polega na analizie każdego stanowiska pracy wyodrębnionego w strukturze organizacyjnej. Badanie opiera się na wnikliwej analizie czynników trudności pracy, które zostały wyodrębnione jako kryterium syntetyczne wartościowania. Każde kryterium syntetyczne jest bardzo dokładnie definiowane i zazwyczaj opisywane jako kryterium elementarne, np. kryterium syntetyczne – wykształcenie, bardziej dokładny opis zawiera jedno z kryteriów elementarnych – wykształcenie zawodowe, średnie, wyższe. Poszczególne kryteria syntetyczne, jak i elementarne zawierają różne stopnie trudności, które wyceniane są w punktach. Suma wszystkich kryteriów elementarnych pokazuje nam ogólną wartość kryterium syntetycznego, tworząc w ten sposób tzw. klucze analityczne, określające skalę trudności występującą na danym stanowisku pracy. Wartościowanie stanowisk pracy metodą analityczno-punktową wymaga<sup>105</sup>:

- ustalenia kryteriów,
- ustalenia skali trudności poszczególnych kryteriów, tzw. kluczy analitycznych,
- wskazania stopnia trudności poszczególnych kluczy analitycznych, opartych na opisach pracy,
- punktowej klasyfikacji kryteriów i ich stopnia trudności,
- ustalenia sumy punktów poszczególnych kryteriów,
- ustalenia hierarchii stanowisk na podstawie ustalonych ocen punktowych,
- określenia kategorii zaszeregowania stanowisk pracy,
- zakwalifikowania stanowisk pracy do odpowiednich kategorii zaszeregowania.

---

<sup>104</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 152.

<sup>105</sup> Tamże, s. 156.



Metoda punktowa charakteryzuje się na ogół czterema rodzajami kryteriów, nazywanymi również czynnikami syntetycznymi<sup>106</sup>:

- złożoność pracy charakteryzuje się np.: zakresem, różnorodnością i zmiennością pracy, zawartością, współdziałaniem oraz kierowaniem pracą innych,
- odpowiedzialność obejmuje: odpowiedzialność za majątek rzeczowy i finansowy, odpowiedzialność za ludzi i wystąpieniem zagrożeń,
- uciążliwość wskazuje wielkość wysiłku fizycznego i umysłowego,
- warunki wykonywania pracy obejmują środowisko pracy i występujące w nim warunki, np. temperaturę, wilgotność, zapylenie i hałas.

Liczba kryteriów jest stała, natomiast liczba czynników elementarnych może ulegać zmianie, gdyż są uzależnione od specyfiki danej organizacji.

Metoda analityczno-punktowa składa się z następujących elementów<sup>107</sup>:

- zestawu kryteriów oceny pracy,
- punktacji przyjętych kryteriów,
- zasady przyznawania punktów z tytułu poszczególnych kryteriów dla poszczególnych kluczy analitycznych.

Zdaniem M. Armstronga, A. Cummins, S. Hastings i W. Wood metoda punktowa wartościowania stanowisk pracy ma zalety i wady<sup>108</sup>.

Zalety to:

- stosowanie ich wymaga wcześniejszego zdefiniowania kryteriów,
- jasne kryteria przyczyniają się do obiektywności i spójności oceny,
- pojmowanie ich jako obiektywnych powoduje, że są postrzegane, jako sprawiedliwe,
- dostarczają informacji niezbędnych do opracowania prawidłowej tabeli wynagrodzeń,
- mogą być zastosowane w aplikacjach komputerowych,
- ułatwiają zapewnienie tej samej płacy za pracę o tej samej wartości.

Natomiast wady to:

- kierowanie się subiektywnymi przekonaniem podczas dobierania kryteriów,
- stwarzanie dokładności, choć punktacja przypisywana jest subiektywnie,

---

<sup>106</sup> M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Prawo i Psychologia w Ochronie Zdrowia*, red. nauk. M.D. Głowacka, E. Majos, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 86.

<sup>107</sup> M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 50.

<sup>108</sup> M. Armstrong, A. Cummins, S. Hastings, W. Wood, *Wartościowanie stanowisk pracy. Przestrzeganie zasad równej płacy w praktyce*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 25.

- opieranie się na założeniu, iż możliwe jest określenie stanowiska w różnych danych liczbowych, posługując się tą samą skalą wartości, choć obliczone w ten sposób cechy pracy na danym stanowisku mogą być obarczone błędem,
- długi i pracochłonny proces projektowania i wdrażania.

Metoda punktowa cechuje się największym stopniem obiektywności, wprowadza bowiem przejrzystość do polityki zatrudnienia i płac. Zróżnicowanie stanowisk pracy jest jasne a sam system na tyle prosty, że można go w sposób niebudzący zastrzeżeń przedstawić pracownikom.

Metody wartościowania pracy oparte na decyzjach, do których możemy zaliczyć metodę zakresów decyzyjnych (decision band method, DBM), swobody działania, Castellion, zindywidualizowaną wycenę pracy oraz metodę Haya zakładają, że praca wykonywana na stanowisku wiąże się z podejmowaniem decyzji o różnym stopniu i skali odpowiedzialności<sup>109</sup>. Metoda zakresów decyzyjnych charakteryzuje się oceną ważności podejmowanych decyzji, co umożliwia porównanie stanowisk i na tej podstawie ustalenie ich hierarchii. Wartościowanie stanowisk pracy według tej metody przebiega w sposób następujący<sup>110</sup>:

- stanowisko pracy zostaje zakwalifikowane według określonej hierarchii stanowisk,
- w wyniku oceny stanowisko kwalifikuje się do odpowiedniej klasy decyzyjnej,
- stanowisko zostaje zakwalifikowane do odpowiedniej podklasy na podstawie wymagań określonych przez jego obowiązki o najwyższym poziomie decyzyjności.

Metoda ta jest oparta na jednym czynniku wspólnym dla wszystkich stanowisk, jakim jest podejmowanie decyzji, co jest niewątpliwie jej wadą. Natomiast cechuje się mniejszą pracochłonnością od innych metod.

Pracownik, wykonując czynności, podejmuje decyzje o sposobie ich wykonania, w określonym czasie. Metoda zakresu swobody działania ma za zadanie ocenę długości czasu, o którym sam decyduje, w procesie podejmowania decyzji przez pracownika w łącznym czasie wykonywania pracy. Wykonywanie zadań w zależności od rodzaju pracy, wiedzy pracownika, odpowiedzialności oraz zdolności istotnie wpływają na długość niezbędnego czasu, w którym następuje podjęcie decyzji. Zdolności, w zależności od etapu rozwoju pracownika oraz jego wieku, charakteryzują się tym, iż do pewnego momentu rosną, a następnie maleją. Biorąc pod uwagę charakter pracy i odpowiedzialność, wyróżnia się od pięciu do siedmiu

---

<sup>109</sup> D. Pitchard, H. Murlis, *Jobs roles and people*, Nicholas Brealey Publishing, London 1992, s. 230.

<sup>110</sup> M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 58.

kategorii długości czasu swobodnego działania. Metoda zakresu swobody działania, choć jest metodą jednoczynnikową, zapewnia obiektywizm, jednak wymaga<sup>111</sup>:

- ustalenia potencjału rozwoju pracownika i na tej podstawie określenia płacy,
- stworzenia hierarchii stanowisk z uwzględnieniem długości czasu swobodnego działania.

Wartościowanie pracy metodą zakresu swobody działania nie uwzględnia stanowisk, gdzie występuje praca monotonna oraz zrutynizowana pomijając także zmiany organizacyjne i mobilność pracowników.

Następną metodą wartościowania stanowisk pracy opartą na decyzjach jest metoda Castellion, która głównie skupia się na dwóch czynnikach, mających charakter wad dla pozostałych, tj. czynnik podejmowania decyzji i gotowości do podjęcia działań, które opierają się na założeniach oraz abstrakcyjnych materiałach. Z uwagi na swój charakter naukowo-badawczy nie znalazła szerszego zainteresowania.

Zindywidualizowana wycena pracy jest metodą wychodzącą naprzeciw koncepcji elastycznego systemu wynagradzania. Metoda zorientowana jest na osiągnięte przez pracowników sukcesy, wynikające z konkretnej sytuacji pracy. Opisy kryteriów, według których dokonywana jest ocena, zawiera wykaz oczekiwanych rezultatów wraz z czasem ich osiągnięcia. Ocena osiągniętych wyników nie polega na ich stopniowaniu, ale jest zbudowana w taki sposób, aby odpowiadała specyfice danego stanowiska i zawierała cztery rodzaje ocen<sup>112</sup>:

- spełnione wymagania – ocena zawiera akceptację osiągnięcia sformułowanych celów,
- problemy, które powstały na stanowisku pracy – w ocenie wskazywane są niepożądane cechy wykonywanej pracy,
- wymagane szkolenia – w tej ocenie wskazywane są rodzaje szkoleń, które są zalecane,
- zalecane opcje dokonań – ocena zawiera w sobie sugestie przyszłych dokonań.

Metodą wartościowania stanowisk pracy uwzględniającą podejmowane decyzje jest metoda Haya, która łączy elementy metody punktowej i porównania czynników. Metoda oparta jest na kryteriach związanych z wiedzą, rozwiązywaniem problemów oraz odpowiedzialności<sup>113</sup>.

Kryterium wiedzy rozumiane również jako wiedza techniczna, łączy w sobie trzy czynniki, tj. wiedzę specjalistyczną, umiejętności kierownicze oraz umiejętności w zakresie

---

<sup>111</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 170.

<sup>112</sup> R. Plachy, S. Plachy, *Rewarding Employees Who Truly Make a Difference*, „Compensation & Benefits Review”, maj–czerwiec 1999, s. 36–38.

<sup>113</sup> P. Bochdziewicz, *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. nauk. S. Borkowska, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 65.

kształtowania stosunków międzyludzkich. Czynnikiem przypisywane są odpowiednie wagi punktowe. W ramach danego czynnika wyodrębnia się stopnie, które poddawane są ocenie.

Rozwiązywanie problemów związane jest z procesami myślowymi, które są niezbędne podczas wykonywania przez pracownika czynności na stanowisku pracy. Dopóki proces myślenia określany jest przez normy, dopóty ma charakter odtwórczy i wówczas rola czynnika jest niewielka, natomiast akcent skierowany zostaje na wiedzę i myślenie twórcze<sup>114</sup>.

Odpowiedzialność wiąże się z uzyskaniem końcowego efektu działania. W ramach kryterium wyróżnia się trzy wymiary, tj. swobodę działania, wpływ stanowiska na końcowy rezultat i rozmiar ponoszonej odpowiedzialności. Kryterium podlega dalszemu podziałowi w zależności od wielkości organizacji oraz jej wewnętrznej struktury organizacyjnej. W przypadku wykorzystywania metody do oceny pracy stanowisk robotniczych dodatkowo stosowane są jeszcze dwa czynniki: wysiłek fizyczny i warunki pracy. W wyniku analizy stanowisk pracy ocenie poddawane są stanowiska kluczowe. Następnie porównuje się pozostałe stanowiska ze stanowiskiem kluczowym w ramach określonych grup (klas). Proces wartościowania stanowisk przebiega w pięciu etapach. Pierwszy etap ma na celu sporządzenie opisów stanowisk, wybór stanowisk kluczowych, określenie liczby klas i porównanie prac – rangowanie. Wycena porównanych prac następuje w drugim etapie. W etapie tym następuje porównanie prac parami, które ma na celu ustalenie, o ile dana praca jest trudniejsza od drugiej, analizując określony czynnik. Ocena dokonywana jest kilkakrotnie, gdyż każdy czynnik, tj. wiedza i odpowiedzialność, oceniany jest odrębnie, natomiast czynnik rozwiązywania problemów obliczany jest jako narzut procentowy od sumy punktów uzyskanych za czynnik wiedza. Poszczególnym klasom przypisywane są wagi punktowe o wartościach narastających i różnica między klasami wynosi 15%. Następnym etapem jest etap profilowania, w którym raz jeszcze dokonuje się oceny niezależnym pomiarem innym od poprzednich. Czynniki (wiedza, odpowiedzialność i rozwiązywanie problemów) porównuje się w odniesieniu do proporcji występowania ich w procesie pracy. Profilowanie jest ważnym elementem, gdyż znajduje swoje położenie w siatce oceny każdego czynnika. Umiejscawiając stanowisko w siatce, przypisywana jest wartość punktowa w odpowiedniej klasie. Ostatnim etapem jest powiązanie wyników wartościowania z płacami, które wiąże się z ustaleniem stawek i struktury płac. Struktura wynagrodzeń zostaje porównana ze stawkami płac, które obowiązują na rynku pracy. Zaletą metody jest niewielka liczba czynników i ich zdefiniowanie, które nie zawiera nadmiernej szczegółowości i utrudnień, nie opiera się na indywidualnych

---

<sup>114</sup> W literaturze przedmiotu myślenie twórcze rozumiane jest także jako „twórcza inicjatywa”.

ocenach, lecz na zespołowych. Do wad zaliczamy jej subiektywizm i trudność zrozumienia przez pracowników<sup>115</sup>.

Poszukiwanie rozwiązań, mających na celu stworzenie coraz bardziej elastycznego systemu wynagrodzeń, zatrudniania oraz zachowań pracowników, zaowocowało stworzeniem metody wartościowania pracy opartej na kompetencjach. Zdaniem Z. Jacukowicz, kompetencje pracownika są szeroko rozumiane i obejmują: wiedzę, umiejętności, doświadczenie, systematyczność, obowiązkowość, pomysłowość, innowacyjność, niestandardowe zachowanie podczas rozwiązywania zadań, zdolność przekonywania, zdobywania poparcia i potrzeba osiągnięć<sup>116</sup>. Stosując tę metodę, oceniane nie są kompetencje, które pracownik ma, lecz kompetencje wykazywane podczas pracy, a polegające na:

- „wykorzystaniu cech pracownika (wiedzy, umiejętności, predyspozycji i przekonań),
- określeniu zachowania, które prowadzi do osiągnięcia ponadprzeciętnych rezultatów,
- występowaniu ich pod wpływem osobistych motywów,
- przyszłym doświadczeniu, sposobie postrzegania pracy i istniejącego kontekstu”<sup>117</sup>.

W procesie wartościowania stanowisk pracy kompetencje mogą stanowić jedno z kryteriów lub tylko jedyne kryterium. W sytuacji, w której kompetencje stanowią jedno z kryteriów i stanowią wówczas uzupełnienie oceny efektów. Jeśli jedynym kryterium są kompetencje mamy do czynienia ze zintegrowaną oceną pracy, która będzie łącznie uwzględniać wartościowanie stanowiska pracy i ocenę efektów.

Oceny oparte na kompetencjach przenoszą metodę wartościowania ze stanowiska na osobę. System oceny pracy charakteryzuje się podejściem ukierunkowanym na wyborze takich kompetencji (kryteriów), które gwarantują osiągnięcie celów organizacji na różnych szczeblach. Osiągnięcie określonych celów wiąże się także wykonaniem zadań, które zostały zlecone do wykonania grupom pracowniczym. W wartościowaniu kompetencji wartość punktową określa się w zależności od zdefiniowanych kompetencji niezbędnych do wypełnienia określonej funkcji lub osiągnięcia celów strategicznych organizacji. Na tej podstawie pracownicy zostają zakwalifikowani do odpowiedniej kategorii zaszeregowania uwzględniając kompetencje zawodowe oraz behawioralne. Struktura kategorii zaszeregowania, zbudowana na podstawie kompetencji oraz odgrywanych ról w organizacji,

---

<sup>115</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 152.

<sup>116</sup> Z. Jacukowicz, *Praca i jej opłacanie, System taryfowy, Przykładowy taryfikator kwalifikacyjny*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2002, s. 23.

<sup>117</sup> Ł. Sienkiewicz, *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 146.

ogranicza przeszerogowanie pracownika w chwili uzyskania ponad planowych osiągnięć. W takiej sytuacji możliwe do zastosowania są dwa rozwiązania. Pierwszym z nich jest awansowanie pracownika, z czym wiąże się przeniesienie pracownika do wyższej kategorii. Natomiast drugim rozwiązaniem jest budowa tabeli, w której poszczególne kategorie zaszeregowania częściowo się pokrywają. Metoda ta dostosowana jest do realizowanej strategii, otoczenia firmy, struktury oraz kultury organizacyjnej i nazywana jest „metodą sztytą na miarę”. Koncepcja wartościowania kompetencji podejmuje próbę poszukiwania systemu ocen, które uwzględniają również potencjał behawioralny pracownika.

### **2.3. Proces wartościowania stanowisk pracy**

Podmiot leczniczy nie jest luźną konfederacją osób, lecz zorganizowaną organizacją, której działanie jest przewidywalne, zmierzające w jasno zdefiniowanym kierunku. Struktura organizacyjna zapewnia realizację logicznie powiązanych i poprawnie zbudowanych celów oraz zadań, realizowanych przez pracowników wykonujących powierzone czynności na stanowiskach pracy. Każde stanowisko w organizacji musi mieć nadrzędny cel swojego istnienia. W przeciwnym razie stanowisko, które nie ma określonego celu, staje się stanowiskiem „nieużytecznym”, a tym samym utrzymywanie go jest bezzasadne. Stanowisko pracy, mając swój cel, pozwala pracownikowi ustalić swoje priorytety w odniesieniu do bieżącej pracy oraz zrozumienie szerszej perspektywy realizowanych przez siebie czynności. Pracownik za wykonaną pracę oczekuje wynagrodzenia proporcjonalnego do jej wartości. Istotne jest, aby pracownicy wykonujący pracę o tej samej wartości otrzymali równe wynagrodzenie. Ważną rolę w przestrzeganiu tej zasady odgrywa wartościowanie stanowisk pracy, które stanowi podstawę w budowaniu systemu wynagrodzeń opartego na zasadzie równości. Zdaniem M. Armstronga, wprowadzenie procesu wartościowania stanowisk pracy powinno nastąpić, jeśli w organizacji wystąpi choć jedna z poniżej wymienionych sytuacji<sup>118</sup>:

- nieuzasadnione przypisywanie pracowników do kategorii wyższej bądź niższej,
- dryfowanie kategorii,
- brak akceptacji dla istniejącego systemu płac oraz hierarchii stanowisk,
- struktura zaszeregowania stanowisk jest nieodpowiednia,
- nieprzestrzeganie zasady równości płac.

---

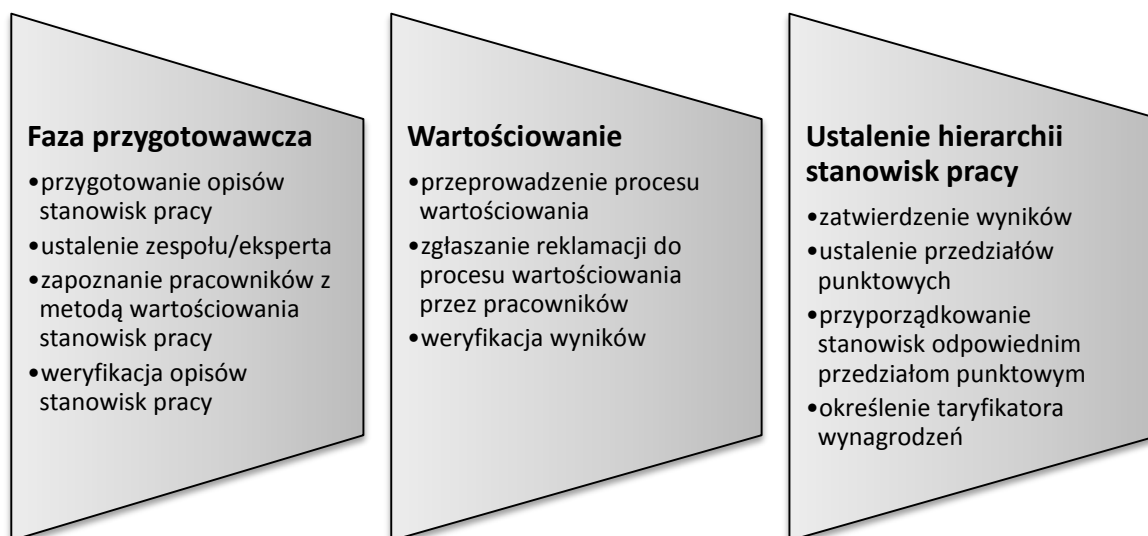
<sup>118</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 152.

Podmiot leczniczy przed przystąpieniem do procesu wartościowania stanowisk pracy musi podjąć decyzję dotyczącą wyboru metody, którą będzie dokonywał oceny pracy, aby zapewnić jej obiektywny charakter.

Procesy wartościowania:

- analityczny – przygotowanie jest czasochłonne a przeprowadzenie kosztowne jednak dające spójną i obiektywną ocenę, zapewniającą przestrzeganie zasady równości płac,
- sumaryczny – mniej pracochłonny i kosztowny, możliwy do zastosowania w małych organizacjach, niezapewniający spójności ocen i spełnienia zasady równości płac,
- „szyty na miarę” – opracowanie na potrzeby organizacji w związku z dużą dynamiką zmian w otoczeniu, stosowanych nowych rozwiązań technologicznych,
- metoda hybrydowa – dostosowanie istniejącej metody do potrzeb organizacji.

Zdaniem M.D. Głowackiej i P. Pagórskiego, „proces wyceny trudności pracy powinien być maksymalnie obiektywny i obejmować elementy pracy aktualnie występujące na stanowiskach”<sup>119</sup>. Prezentację graficzną poszczególnych faz procesu wartościowania stanowisk pracy przedstawia poniższy rysunek 10.



Rysunek 10. Fazy procesu wartościowania stanowisk pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, Ł. Sienkiewicz, *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 146.

Wartościowanie pracy składa się z trzech faz. Każda faza wartościowania zawiera w sobie poszczególne elementy, które czynią proces uporządkowany.

<sup>119</sup> Cyt. M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Prawo i Psychologia w Ochronie Zdrowia*, red. nauk. M.D. Głowacka, E. Majos, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 90.

Proces wartościowania stanowisk pracy składa się z następujących elementów<sup>120</sup>:

- stanowisko pracy,
- zespół do spraw wartościowania pracy,
- karta opisu pracy,
- wycena punktowa,
- weryfikacja wyceny,
- budowa taryfikatora kwalifikacyjnego,
- budowa tabeli wynagrodzeń.

Dokonując analizy literatury przedmiotu, można stwierdzić, że nie definiuje ona w sposób jednolity pojęcia stanowiska pracy. Dlatego też, aby wartościowanie stanowisk pracy przebiegało w sposób prawidłowy, do określenia oceny pracy przyjęto stanowiska pracy jednorodne, wyodrębnione organizacyjnie i przestrzennie jako element procesu pracy w podmiocie leczniczym, na którym wykonywane są w ramach podziału pracy określone czynności. Na stanowisku pracy może być zatrudniona jedna osoba lub kilka, np. stanowisko pielęgniarki może występować w kilku oddziałach podmiotu leczniczego. W przypadku wystąpienia podobnego charakteru pracy, czyli co do treści zróżnicowanego, należy dokonać wartościowania wszystkich stanowisk pracy, aby wykluczyć sytuację, w której stanowiska o różnej wartości pracy zostaną zaliczone do tej samej grupy stanowisk. Przeprowadzone wartościowanie może również wykazać potrzebę zmiany nazewnictwa stanowiska pracy, która wykluczy łączenie stanowisk o nietożsamym zakresie wykonywanych czynności.

Wskazane jest, aby organizacją i przebiegiem procesu wartościowania oraz budową nowego taryfikatora kwalifikacyjnego zajmował się zespół ds. wartościowania pracy. Do zadań zespołu należy: zaplanowanie działań, opracowanie „kart opisu pracy”, dokonanie analizy pracy wykonywanej na stanowisku pracy, przeprowadzenie wartościowania oraz dokonanie oceny poprawności wyceny pracy i ustalenie taryfikatora wraz z jego weryfikacją. W skład zespołu powinni zostać powołani przedstawiciele różnych komórek organizacyjnych oraz przedstawiciele organizacji związkowych, którzy znają zagadnienia związane z wykonywaniem pracy na różnych stanowiskach, mają w tym zakresie odpowiednie doświadczenie. Szeroka reprezentacja pracowników zapewni akceptowalność zastosowanej metody oraz uzyskanych wyników. Przed przystąpieniem do wartościowania

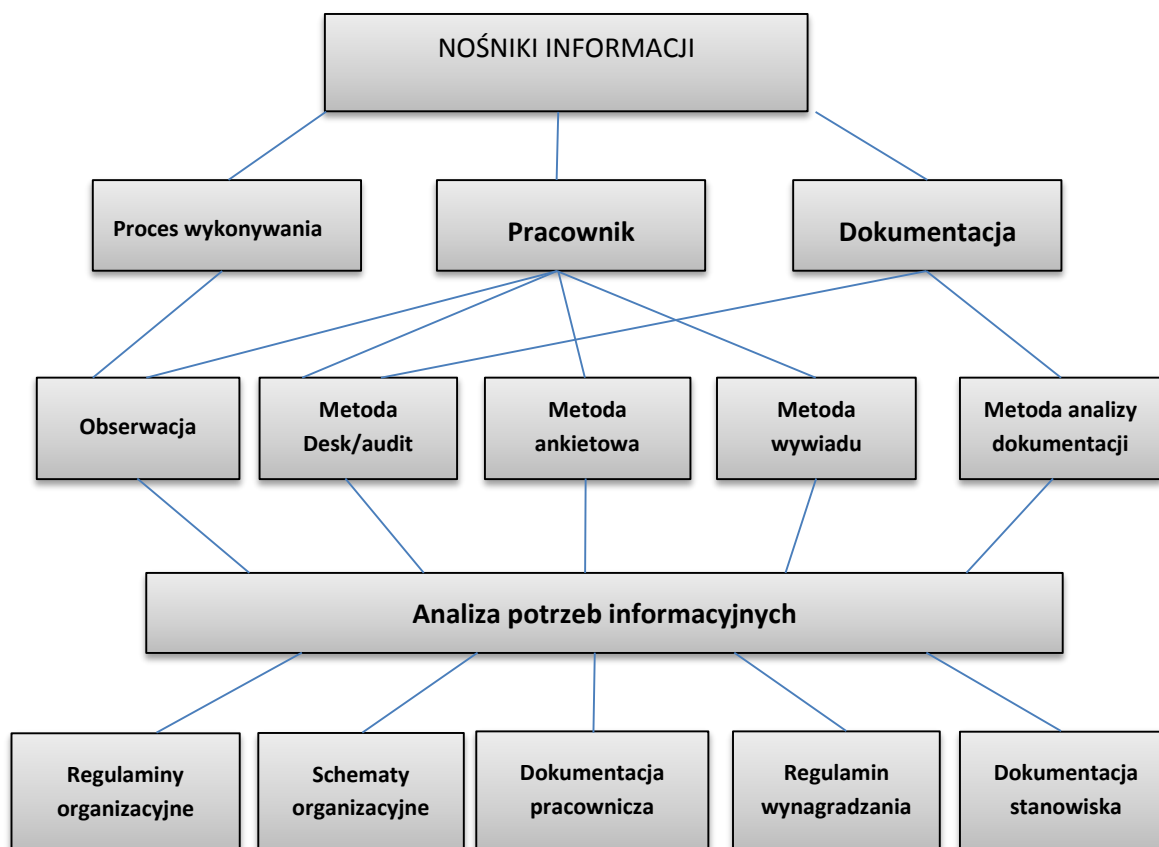
---

<sup>120</sup> Ł. Sienkiewicz, Wartościowanie kompetencji pracowników, w: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji, Difin, Warszawa 2006, s. 146.



stanowisk pracy osoby wchodzące w skład zespołu powinny zapoznać się z metodą wartościowania. W celu dokładnego zrozumienia metody oraz potrzeby jej zastosowania należy omówić poszczególne kryteria, według których będzie dokonywana ocena pracy w celu właściwego ich interpretowania przez wszystkich członków zespołu. Przed wykonaniem właściwego wartościowania zalecane jest, aby zespół dokonał pilotażowej oceny wybranych stanowisk i przeanalizował uzyskane wyniki pod względem poprawności interpretacji kryteriów z zawartymi informacjami w „Karcie opisu pracy”. Testowe stanowisko pracy należy także przeanalizować według poszczególnych kryteriów, czy zostały w sposób prawidłowy określone i zdefiniowane, dopasowane do rzeczywistych warunków oraz wymagań firmy. Szczegółowe przygotowanie zespołu do przeprowadzenia wartościowania ma na celu dokonanie obiektywnej wyceny pracy.

Następnym etapem wartościowania stanowisk pracy jest sporządzenie karty opisu pracy, która zawiera charakterystykę pracy na poszczególnych stanowiskach. Dane wykorzystywane do tworzenia kart pochodzą z różnych źródeł, co przedstawia rysunek 11.



Rysunek 11. Źródła i metody zbierania informacji podczas procesu wartościowania pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, H. Mreła, *Metody badania pracy*, PWE, Warszawa 1979, s. 48–54.

Sporządzając opis stanowiska pracy wymagane jest, aby mieć na uwadze strukturę organizacyjną oraz rolę, jaką spełnia stanowisko w wypełnianiu zleconych zadań. Opis pracy można wykonać następującymi metodami tj. wywiad, obserwacja, kwestionariusz lub panel ekspertów<sup>121</sup>. Opis poszczególnych metod oraz ich zalety i wady ilustruje tabela 12.

Tabela 12. Zalety i wady poszczególnych metod stosowanych w analizie pracy

<b>Metoda</b>	<b>Opis</b>	<b>Zalety</b>	<b>Wady</b>
Wywiady	Przeprowadza się z pracownikiem i przełożonym. Mogą mieć charakter ustrukturyzowany lub nie i być przeprowadzone grupowo lub indywidualnie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwość uzyskania obszernych informacji na temat stanowiska pracy,</li> <li>• możliwość uzyskania informacji z różnych perspektyw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• metoda czasochłonna,</li> <li>• istnieje ryzyko manipulacji,</li> <li>• ryzyko pominięcia informacji,</li> <li>• subiektywizm</li> </ul>
Obserwacje	Metoda polega na bezpośredniej obserwacji pracownika na danym stanowisku podczas wykonywania pracy. Metoda zalecana szczególnie dla stanowisk fizycznych.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niewielkie ryzyko pominięcia istotnych obszarów analizy</li> <li>• brak problemów z ustaleniem zadań,</li> <li>• brak ryzyka uzyskania nieprawdziwych informacji</li> </ul>	metoda możliwa do zastosowania przy łatwych do obserwacji zadaniach, nieskomplikowanych i wymagających niewiele czasu na ich obserwację
Metody kwestionariuszowe	Wykorzystywane w sytuacji, gdy nie jest możliwe przeprowadzenie wywiadu. Przygotowanie kwestionariusza powinno być poprzedzone wywiadem lub burzą mózgów.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szybkość uzyskania wyników</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ryzyko niejasności, niedopowiedzeń,</li> <li>• ryzyko wystąpienia manipulacji,</li> <li>• ryzyko pominięcia istotnych obszarów,</li> <li>• subiektywizm</li> </ul>
Panel ekspertów	Metoda polega na analizie pracy przez eksperta z udziałem pracownika.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brak ryzyka pominięcia istotnych obszarów analizy,</li> <li>• brak ryzyka zniekształcenia danych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• metoda kosztowna i czasochłonna</li> </ul>

Źródło: T. Rostkowski, A. Wojtczak-Turek, *Wartościowanie pracy w służbie cywilnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 37.

<sup>121</sup> T. Rostkowski, A. Wojtczak-Turek, *Wartościowanie pracy w służbie cywilnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 39.

W wyniku dokonanej analizy pracy określone są elementy procesu pracy i towarzyszące im wymagania. Proces analizy niezbędny jest do wykonania diagnozy stanu istniejącego, stwierdzenia ewentualnych odchylenia od stanu zakładanego i zaprojektowania działań, mających na celu zmiany w systemie organizacyjnym oraz w zakresie wykonywanych czynności. W procesie wartościowania pracy analiza pracy ma za zadanie ustalenie wymagań w zakresie pracy na danym stanowisku. Stawiane na stanowisku pracy wymagania powinny uwzględniać możliwość wykonania przez pracownika określonych czynności w ustalonej jakości i na zadowalającym poziomie wydajności pracy. Charakterystykę najistotniejszych czynności wykonywanych na stanowisku, które zajmują pracownikowi większość dnia pracy, jak również stawiane wymagania niezbędne dla poszczególnych kryteriów wartościowania pracy zawarte są w karcie opisu stanowiska pracy. Opis stanowiska powinien być na tyle czytelny, aby osoba postronna mogła precyzyjnie określić charakter pracy oraz warunki jej wykonywania. Precyzyjny opis stanowiska pozwoli również obiektywnie wycenić poszczególne kryteria. Sporządzenia opisu powinien dokonać pracownik lub bezpośredni przełożony pracownika, ekspert z zewnątrz albo zespół dokonujący wyceny, gwarantując najwyższy stopień obiektywności. Wady i zalety wykonania opisu stanowisk pracy przez poszczególne osoby przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Wady i zalety sporządzania opisów stanowisk pracy przez poszczególne osoby

	<b>Zalety</b>	<b>Wady</b>
Pracownik zatrudniony na stanowisku pracy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bardzo dobra znajomość czynności i sposobu ich wykonywania,</li> <li>• krótki czas realizacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ryzyko subiektywnej oceny,</li> <li>• ryzyko opisanego osoby a nie stanowiska,</li> <li>• brak podejścia systemowego</li> </ul>
Przełożony pracownika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• postrzeganie stanowiska pracy jako elementu całej organizacji,</li> <li>• znajomość priorytetów wykonywanych zadań</li> <li>• znajomość minimalnych wymagań,</li> <li>• krótki czas realizacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ryzyko subiektywnej oceny</li> <li>• ryzyko zbyt dużego przywiązania do stanu obecnego lub stanu idealnego,</li> <li>• brak podejścia systemowego</li> </ul>
Ekspert z zewnątrz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• know-how i bogate doświadczenie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• początkowo niepełna znajomość charakteru organizacji</li> </ul>
Zespół projektowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obiektywizm,</li> <li>• gwarancja całościowego charakteru informacji,</li> <li>• podejście systemowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ryzyko konfliktu w grupie,</li> <li>• wysokie koszty związane z zaangażowaniem czasowym wielu pracowników</li> </ul>

Źródło: T. Rostkowski, A. Wojtczak-Turek, *Wartościowanie pracy w służbie cywilnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 37.

Dokonywanie opisu pracy wymaga również analizy stanowisk pracy pod kątem prawidłowości podziału zadań między poszczególnymi stanowiskami pracy. W przypadku nieuwzględnienia tego wymogu nowy taryfikator powstały w wyniku przeprowadzenia wartościowania stanowisk pracy usankcjonuje nieodpowiedni podział pracy<sup>122</sup>. Opis stanowiska pracy stanowi jeden z najistotniejszych elementów procesu wartościowania stanowisk pracy. Jakość wykonanego opisu rzutuje na wszystkie elementy zarządzania zasobami ludzkimi podmiotu leczniczego oraz na bieżącą realizację zadań zarówno przez pracowników, jak i kadre kierowniczą.

Kolejnym elementem wartościowania stanowisk pracy jest opracowanie systemu przyznawania punktów poszczególnym kryteriom wchodzącym w skład danej metody, co umożliwi stworzenie spójnego i sprawiedliwego rankingu stanowisk. Zdaniem M.D. Głowackiej i P. Pagórskiego, „wyceny pracy dokonuje się, identyfikując charakterystyki zawarte w karcie opisu pracy w poszczególnych pytaniach ze stopniami trudności pracy określonymi w kluczach analitycznych i na tej podstawie ustala się liczbę punktów dla każdego kryterium”<sup>123</sup>. Poszczególne kryteria powinny mieć nadane znaczenie, które wyraża uzyskaną całkowitą liczbę punktów. Znaczenie każdego kryterium określa się poprzez ustalenie procentowego udziału punktów, jakie może otrzymać dane kryterium w sumie całkowitej liczby punktów za wszystkie kryteria. Każde kryterium wymaga ustalenia progresji punktowej. M. Armstrong wyróżnia dwie metody ustalania progresji punktowej<sup>124</sup>:

- metodę arytmetyczną, czyli liniową, różnice między poszczególnymi poziomami kryteriów narastają w postępie arytmetycznym, czyli powinny istnieć jednakowe odległości,
- metodę geometryczną, w której wartości rosną w postępie geometrycznym, czyli różnica między poszczególnymi kryteriami powinna być coraz większa, co odzwierciedla wyższy poziom odpowiedzialności.

Klucze analityczne, które wchodzi w skład danego kryterium, mogą zawierać granice odchyień. Wykorzystywane jest to w sytuacjach, w których takie same stanowiska występują w różnych oddziałach podmiotu leczniczego, np. pracownik administracyjny. Przy zbliżonym charakterze pracy mogą jednak wystąpić różnice w zakresie trudności pracy oraz wymagań.

---

<sup>122</sup> Z. Czajka, Z. Jacukowicz, M. Juchnowicz, *Wartościowanie pracy a zarządzanie płacami*, Difin, Warszawa 1998, s. 89.

<sup>123</sup> Cyt. M.D. Głowacka, P. Pagórski, *Prawo i Psychologia w Ochronie Zdrowia*, red. nauk. M.D. Głowacka, E. Majos, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 91.

<sup>124</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 167.

Wówczas uzasadnione jest stosowanie różnorodnej punktacji danego kryterium analitycznego w granicach zaplanowanego odchylenia. Czyni to wtedy ocenę bardziej elastyczną zapewniającą obiektywną ocenę stanowiska pracy. Stosowanie odchyleń jest możliwe wyłącznie w kluczach analitycznych, natomiast nie jest możliwe stosowanie ich w kryteriach podstawowych.

Uzyskane wyniki wyceny stanowiska pracy powinny zostać poddane weryfikacji. Obiektywność dokonanej wyceny stanowiska pracy nie uzyskuje się po dokonaniu wartościowania pojedynczego stanowiska. Dopiero po analizie punktacji uzyskanej przez wszystkie stanowiska można stwierdzić poprawność zastosowanej oceny punktowej. Zweryfikowane wyniki wyceny stanowiska pracy stanowią podstawę budowy taryfikatora kwalifikacyjnego. Zdaniem Z. Jacukowicz, „taryfikator kwalifikacyjny określa sposób zaszeregowania poszczególnych stanowisk pracy do kategorii. Stanowi narzędzie służące do wiązania różnic pracy z wynagrodzeniem, ułatwia ustalenie pionowych różnic płac oraz zapewnia właściwą hierarchię poszczególnych stanowisk”<sup>125</sup>. Taryfikator kwalifikacyjny, jak już wspomniano wcześniej, określa zestaw kategorii z określonymi wycenami punktami, które są ujęte na ogół w przedziałach punktowych (kategoriach), stanowiących wyodrębnienie stanowisk pracy zwartościowanych o zbliżonym poziomie. Przedziały punktowe mogą być rozłączne lub częściowo pokrywać się, co powoduje niewystępowanie luki między przedziałami. Liczbę przedziałów punktowych należy dopasować do potrzeb organizacyjnych podmiotu leczniczego, jednak nie powinna być zbyt duża. Budowa przedziałów (kategorii) powinna zapewniać możliwość właściwego przyporządkowania stanowiska pracy. Rozpiętość przedziałów punktowych w celu większego zróżnicowania poziomu wynagrodzenia nie musi być równa. Dla stanowisk robotniczych, gdzie wymagany poziom kwalifikacji jest niższy, rozpiętość przedziałów może być mniejsza, a większa dla przedziałów wyższych. Nie jest dopuszczalne, aby jedno stanowisko pracy mogło być zakwalifikowane do dwóch lub więcej przedziałów<sup>126</sup>. M. Armstrong do głównych struktur kategorii zaszeregowania zalicza<sup>127</sup>:

- Wąskie struktury stopniowane, które zbudowane są z wąskich przedziałów (najczęściej z 10 lub więcej) nazywane również wielostopniowymi – kategorie zawarte są w przedziałach (widelkach).

---

<sup>125</sup> Z. Jacukowicz, *Praca i jej opłacanie. System taryfowy. Przykładowy taryfikator kwalifikacyjny*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2002, s. 28.

<sup>126</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 226.

<sup>127</sup> Tamże, s. 225–247.

Do zalet możemy zaliczyć:

- łatwe zarządzanie systemem wynagradzania,
- precyzyjne wyodrębnienie różnych poziomów odpowiedzialności,
- jasne określenie szczebli kariery.

Natomiast wadami są:

- zbyt dużą liczbę kategorii zaszeregowania,
  - nieuzasadnione zmiany kategorii zaszeregowania, tzw. dryfowanie stanowisk,
  - struktury organizacyjne oparte na tradycyjnych, rozszerzonych hierarchiach,
  - struktury mało elastyczne nie zorientowane na pracę zespołową i procesy.
- Stopniowane struktury szerokich kategorii, obejmujące od 6 do 9 przedziałów. Definiowanie kategorii odbywa się tak samo jak w wąskiej strukturze stopniowania, z tą różnicą, że przedziały mają większą rozpiętość. Strukturę stosuje się w sytuacjach, gdy podmiot leczniczy ma na celu ograniczenie liczby kategorii, co ułatwi lepsze zróżnicowanie i zdefiniowanie zaszeregowania stanowiska oraz możliwość jego przeniesienia do wyższej kategorii, uzależniając awans od wkładu i wyników.

Do zalet, w szczególności możemy zaliczyć:

- wyeliminowanie zjawiska dryfowania stanowisk,
- łatwe do zdefiniowania profile ról,
- zapewnienie przejrzystości struktury organizacyjnej,
- ułatwia wdrożenie zasady równości płacy zasadniczej,
- zapewnia spójność i sprawiedliwość płacy zasadniczej pracowników,
- jasno przedstawia ścieżki kariery i możliwości podwyżek.

Natomiast wadą jest:

- utrudniona kontrola wzrostu płac, co powoduje wzrost kosztów wynagrodzenia.
- Struktury szerokich kategorii zaszeregowania cechujące się niewielką liczbą kategorii do 7. W strukturze najpierw zamieszczane są punkty odniesienia, które opierają się na stawkach rynkowych, wokół których skupia się podobne role, a następnie tworzy się strefy indywidualnych stanowisk lub ich grup. Znajduje zastosowanie, kiedy podmiot leczniczy zamierza zwiększyć elastyczność w ustalaniu i zarządzaniu płacami, wykorzystując również poziome ścieżki karier przy spłaszczonej strukturze organizacyjnej.

Zwolennicy systemu wymieniają następujące zalety:

- łatwe zarządzanie stawkami indywidualnymi,
- rozwój ról ułatwia przesunięcie między strefami w danej kategorii.

Przeciwnicy tego systemu zwracają uwagę na:

- wyższe koszty wynagrodzeń,
  - stanowiska są zaliczane do odpowiednich kategorii w odniesieniu do stawek rynkowych, które występują na rynku,
  - zakwalifikowanie stanowiska do szerokich kategorii może spowodować sytuację, w której do tej samej kategorii zostaną zaliczone stanowiska o zróżnicowanych wartościach lub rozmiarach, co może doprowadzić do dyskryminacji płci.
- Struktura rodzin karier, w jej skład wchodzi grupy stanowisk pracy o podobnych cechach, z których każda dzieli się na 6–8 poziomów. Poziomy definiowane są na podstawie zakresu odpowiedzialności, wymaganej wiedzy, umiejętności oraz kompetencji, określając ścieżki karier pionowe i poziome.

Zwolennicy systemu wskazują na:

- łatwe planowanie rozwoju kariery,
- określa wymagania stawiane na wyższych poziomach,
- łatwiejsze i dokładniejsze zdefiniowanie poziomów, gdyż odnoszą się do ról w obrębie rodziny i nie obejmują niepowiązanych ze sobą zbiorów,
- zapewnienie równości płacy za pracę o tej samej wartości.

Do wad systemu możemy zaliczyć:

- trudne zarządzanie systemem,
  - podział struktury organizacyjnej na rodziny zwiększa jej złożoność,
  - rozwój kariery wewnątrz rodziny i pomiędzy może być postrzegany jako nierówne traktowanie pracowników objętych jedną strukturą,
  - progresja jest możliwa w ramach jednego zawodu.
- Struktury rodzin stanowisk, w swojej istocie są podobne do struktury rodzin karier, różniąc się tym, że w ramach rodziny mogą występować wynagrodzenia odpowiadające poziomowi wynagrodzeń występujących na rynku (określane jest to również jako grupa rynkowa).

Zwolennicy systemu do zalet zaliczają:

- elastyczność płacy zasadniczej, ułatwiająca szybkie reagowanie na zmieniające się stawki rynkowe,
- wyznaczają ścieżki karier w obrębie rodzin.

Do wad możemy zaliczyć:

- możliwość pojawienia się nierówności płac za pracę o tej samej wartości należących do różnych rodzin,

- trudność w relatywnej ocenie wartości stanowisk w różnych rodzinach,
- zarządzanie systemem bardzo utrudnione.
- Struktury łączone, które charakteryzują się nałożeniem struktury szerokiej na rodziny/karier stanowisk lub podzielone na takie rodziny.

Taryfikator kwalifikacyjny, w swojej wersji skróconej może obejmować jedynie nazwę stanowiska oraz kategorię jego zaszeregowania. Natomiast wersja rozszerzona obejmuje również liczbę punktów uzyskanych w wyniku oceny pracy. Wprowadzenie jednolitego nazewnictwa stanowisk pracy w podmiocie leczniczym ułatwia szybką identyfikację znaczenia poszczególnych stanowisk dla organizacji, przyczyni się do lepszej komunikacji i zaprojektowaniu ścieżek karier. Uporządkowanie oraz wprowadzenie właściwego podejścia do nazewnictwa stanowisk umożliwia także skuteczne promowanie stanowisk najistotniejszych dla organizacji, nadając im właściwą rangę i prestiż.

Taryfikator kwalifikacyjny składa się z „Kart taryfikacyjnych”, które stanowią skróconą formę „Kart opisu pracy”. Zawierają podstawowe informacje dotyczące stanowiska pracy, tj.: nazwę działu, oddziału, stanowiska pracy, kategorię zaszeregowania, charakterystykę podstawowych czynności, wymagania kwalifikacyjne (wykształcenie, wiedza, umiejętności, dodatkowe uprawnienia do wykonywania zawodu, doświadczenie zawodowe) warunki pracy (czynniki uciążliwe) oraz wycenę punktową stanowiska, obejmującą wszystkie kryteria, na podstawie których przeprowadzono wartościowanie stanowisk pracy. „Karta taryfikacyjna” stanowi zwięzły opis, nie należy więc umieszczać w niej wszystkich informacji, które były zawarte w opisie kryteriów będących podstawą dokonywania wyceny pracy. Mając jednak na uwadze specyfikę danej organizacji oraz wymogi stawiane przez system zarządzania zasobami ludzkimi, dane zawarte w karcie mogą ulec rozszerzeniu, np. co do zakresu wymagań, tj. znajomości języków obcych, odpowiedzialności materialnej, prawa jazdy odpowiedniej kategorii, dyspozycyjności oraz innych umiejętności i predyspozycji pracownika niezbędnych do wykonywania czynności na stanowisku pracy<sup>128</sup>.

Opracowanie taryfikatora kwalifikacyjnego po określeniu przedziałów punktowych oraz nadaniu jednolitego nazewnictwa stanowisk pracy może wprowadzać istotne usprawnienia w organizacji i funkcjonowaniu podmiotu leczniczego.

---

<sup>128</sup> Z. Czajka, Z. Jacukowicz, M. Juchnowicz, *Wartościowanie pracy a zarządzanie placami*, Difin, Warszawa 1998, s. 93.

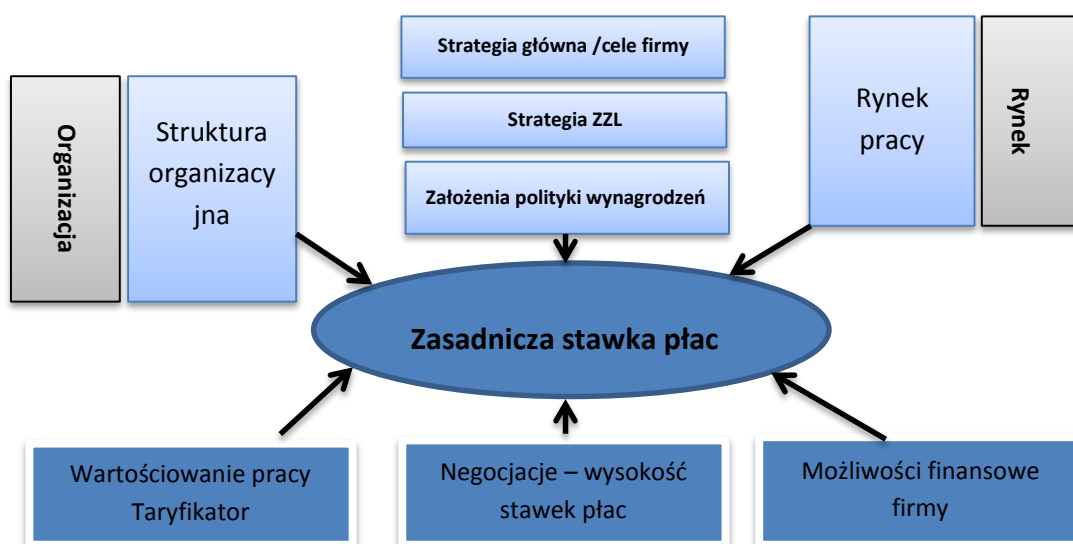


## 2.4. Wykorzystanie wartościowania stanowisk pracy w budowaniu taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego, uwzględniającego optymalny poziom kosztów zatrudnienia

Jedną z dziedzin wykorzystywania wartościowania stanowisk pracy jest sfera budowy taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego. Płaca zasadnicza jest jednym z głównych składników wynagrodzenia i stanowi instrument motywowania pracowników. Optymalne wykorzystanie tego instrumentu uzależnione jest od właściwej budowy taryfikatora wynagrodzeń oraz przestrzegania obiektywnych zasad wzrostu wynagrodzeń. Podstawą tworzenia tabeli płac w dużych i średnich podmiotach leczniczych jest taryfikator kwalifikacyjny, zawierający wycenę punktową poszczególnych stanowisk pracy, co wpływa na<sup>129</sup>:

- zachowanie właściwych relacji między płacą a trudnością wykonania pracy,
- eliminowanie różnic w wynagrodzeniu kobiet i mężczyzn,
- umożliwieniu prowadzenia procesu negocjacji dotyczących płac.

Taryfikator wynagrodzeń musi spełniać założenia zawarte w systemie zarządzania zasobami ludzkimi, jak również nie może pozostawać w oderwaniu od możliwości finansowych podmiotu leczniczego. Organizacja świadcząca usługi zdrowotne działa na rynku niestabilnym o dość dużym stopniu konkurencyjności. Dlatego też na poziom wynagrodzenia zasadniczego mają wpływ różne czynniki, które ilustruje rysunek 12.



Rysunek 12. Determinanty zasadniczych stawek płac

Źródło: S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 292.

<sup>129</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 291.

Wysokość płacy zasadniczej zawarta w taryfikatorze powinna zapewniać możliwość pozyskania przez organizację wykwalifikowanych pracowników, którzy zapewnią przewagę konkurencyjną na rynku usług medycznych. Tabela płac nie ma dla podmiotu leczniczego charakteru wiążącego, lecz stanowi również narzędzie pomocnicze w spełnieniu wymogów zawartych w Kodeksie pracy a dotyczących obowiązków niedyskryminacji i równego traktowania pracowników. Zgodnie z normami prawnymi, regulującymi stosunek pracy, pracownik ma prawo do otrzymania jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Tabela płac zawiera w sobie informację na temat polityki wynagrodzeń realizowanej przez organizację.

W wyniku dokonanej analizy literatury przedmiotu należy stwierdzić, że podmiot leczniczy przed rozpoczęciem budowy tabel płac powinien:

- określić środki finansowe na realizację budżetu wynagrodzeń,
- zsynchronizować założenia budowy tabeli płac z założeniami polityki wynagrodzeń i strategią rozwojową firmy,
- dokonać przeglądu proponowanych przez rynek pracy płac zasadniczych,
- określić model tabeli z uwzględnieniem rozpiętości poszczególnych przedziałów,
- określić elastyczność tabeli płac w powiązaniu ze stosowanymi instrumentami motywacyjnymi.

Tabele płac są definiowane przez liczbę kategorii, ich rozpiętość oraz szerokość. Rozpiętość kategorii wskazuje możliwy do osiągnięcia wzrost płacy w danej kategorii i ma postać różnicy między najniższym i najwyższym punktem przedziału. Płace w danej kategorii mogą narastać kwotowo lub procentowo.

Proces budowy tabeli płac w małych podmiotach leczniczych będzie przebiegał w sposób odmienny niż w dużych. Poziom stawki płac w małych organizacjach ustalany jest według możliwości finansowych organizacji, jak również o wysokość wynagrodzeń zasadniczych ukształtowanych przez otoczenie. W przypadku personelu medycznego badanie rynku w zakresie wynagrodzeń powinno objąć nie tylko najbliższe otoczenie. Oferty pracy, które otrzymuje biały personel, nie stanowią przeszkód w jego przemieszczaniu się, a wręcz zachęcają do zmiany miejsca pracy.

Budowa taryfikatora wynagrodzeń, w średnich i dużych podmiotach leczniczych powinna zapoczątkowana być obliczeniem stawek płac z uwzględnieniem wartości punktu.

Wzór na obliczanie wartości punktów przedstawia się następująco:

$$Wp = \frac{Fpz}{Sp}$$

gdzie:

Wp – wartość punktu w złotych,

Fpz – fundusz płac zasadniczych wszystkich zatrudnionych,

Sp – suma punktów na wszystkich stanowiskach pracy ogółu pracowników.

Po obliczeniu wartości punktu należy podjąć decyzję, czy stawki płac obliczane będą wartości według punktu, czy będą uzupełniane dodatkowo o stałą wartość, która ułatwia ustalenie stawek poprzez:

- zagwarantowanie właściwego poziomu płac,
- możliwość bardziej elastycznego podwyższania płac.

Obliczanie płacy zasadniczej bez stosowania dodatkowo stałej wartości przedstawia się następująco:

$$Pz = Pwp \times Wp$$

gdzie:

Pz – płaca zasadnicza

Pwp – punkty uzyskane w wyniku wartościowania pracy na danym stanowisku,

Wp – wartość punktu w złotych.

Ustalenie płacy zasadniczej powyższą metodą jest czytelne, gdyż wartość wynagrodzenia zasadniczego stanowi wielkość środków finansowych, jaką organizacja przeznaczona na wypłatę. Formuła zmniejsza ryzyko manipulowania wielkością zasobów finansowych przeznaczonych na wypłatę wynagrodzenia zasadniczego, co uniemożliwia zniekształcenie wyników wartościowania stanowisk pracy.

Kolejny wariant obliczenia płacy zasadniczej zakłada uwzględnienie elementu stałego, którym może być np. wartość najniższego wynagrodzenia za pracę. Według tej formuły płacę zasadniczą obliczamy następująco:

$$Pz = Pnj + (Pwp - Pwpnj) * Wp$$

gdzie:

Pnj – najniższe wynagrodzenie za pracę,

Pwpnj – najmniejsza liczba punktów uzyskana w wyniku wartościowania pracy.

Wprowadzenie wartości najniższego wynagrodzenia za pracę, jako stałego elementu powoduje, że wartość płacy zasadniczej będzie równa temuż wynagrodzeniu. W przypadku podwyższenia najniższego wynagrodzenia za pracę automatycznie wzrośnie najniższe wynagrodzenie zasadnicze i spowoduje wzrost płacy na pozostałych stanowiskach. Dodatkowo przy obliczaniu wartości punktu można wprowadzić współczynnik N, określający relację pomiędzy najniższym a najwyższym wynagrodzeniem zasadniczym. Zdaniem M. Juchnowicz wartość współczynnika nie powinna być niższa niż 4, gdyż przy zastosowaniu współczynnika o niższej wartości budowanie motywacyjnych systemów wynagrodzeń nie jest możliwe. Wówczas następuje spłaszczenie płac uniemożliwiające odzwierciedlenie wyników wynagradzania<sup>130</sup>. Wartość punktu przy zastosowaniu współczynnika wylicza się w sposób następujący:

$$Wp = \frac{P_{nj} * (N - 1)}{P_{wpmax}}$$

gdzie:

N – współczynnik określający rozpiętość między najniższą i najwyższą płacą zasadniczą,

P<sub>wpmax</sub> – maksymalna liczba punktów uzyskana (lub możliwa do uzyskania) w wyniku wartościowania stanowisk pracy.

Wyznaczenie wartości punktu, a na jego podstawie wyliczenie wynagrodzenia zasadniczego zapewnia przejrzystość oraz daje możliwość przeprowadzenia indeksacji płacy zasadniczej. Zdaniem S. Borkowskiej, proces budowy motywacyjnej tabeli płacy zasadniczej składa się z następujących czynności<sup>131</sup>:

- określenia, czy zasadnicze stawki płacy zasadniczej mają być jednopoziomowe czy wielopoziomowe (tzw. widełki),
- ustalenia wielkości przedziałów stawek płac w wypadku wielopoziomowych,
- ustalenia rozpiętości między stawkami płac kolejnych stanowisk lub kategorii zaszeregowania i zdecydowania, jakie powinny być różnice między kolejnymi stawkami płac (równe kwotowo lub procentowo, rosnące czy malejące),
- zdecydowania, czy stawki płac między kolejnymi kategoriami zaszeregowania powinny częściowo na siebie zachodzić,
- zmiany stawek płac i wprowadzenie podwyżek w obrębie przedziałów płac.

---

<sup>130</sup> M. Juchowicz, *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 98.

<sup>131</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 295.

W sytuacji, gdy czynności wykonywane są w sposób jednolity bądź różnice w uzyskiwanych efektach są znikome, zalecane jest stosowanie jednopoziomowych stawek płac, zwane również „płaskimi stawkami płac”. Organizacja stosująca taki model i instrumenty motywacyjne musi pamiętać, że pracownik uzyskujący awans, np. w wyniku zmiany stanowiska pracy na wyższe, powinien uzyskać podwyżkę, co powinno być zapewnione w taryfikatorze. Budowanie taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego opartego na wynikach wartościowania pracy jest dla pracowników zrozumiałe.

Zdaniem S. Borkowskiej, „potrzeba stworzenia elastycznych systemów wynagrodzeń przemawia raczej za stosowaniem wielopoziomowych, a ściśle mówiąc – dwupoziomowych stawek płac, czyli tzw. widełek”<sup>132</sup>. W wyniku zastosowania takiego systemu podmiot leczniczy może w bardziej elastyczny sposób zaszeregować stanowisko w ramach danej kategorii mając na uwadze stopień trudności pracy. Pozwala również szybko reagować na zmiany w otoczeniu oraz podwyższać pracownikowi płacę zasadniczą bez wymogu zmiany stanowiska pracy, tym samym motywując pracowników do podwyższenia swojej efektywności. Niewielka liczba przedziałów powoduje, że widełki w poszczególnych kategoriach charakteryzują się szerokimi przedziałami wynagrodzeń zasadniczych, po angielsku zwanych „broad banding”. Przyczyną wprowadzenia szerokich przedziałów jest dezaktualizacja stosowania stałej hierarchii zaszeregowania, a tym samym i płac, co nie wpływało na możliwość dostosowania się organizacji do zachodzących na rynku przemian oraz wprowadzania nowych rozwiązań technologicznych. Szerokość przedziału, czyli różnica między minimalną a maksymalną stawką w danej kategorii, w chwili obecnej nie jest sztywno unormowana. Przyjmuje się, że dla stanowisk robotniczych rozpiętość płac wynosi 20%, natomiast w odniesieniu do stanowisk nierobotniczych nie jest większa niż 50%. Reasumując, można stwierdzić, że im mniejsza liczba kategorii, tym większa rozpiętość widełek, co umożliwia stosowanie elastycznych zachowań. Rozpiętość poszczególnych kategorii wzrasta progresywnie w miarę przechodzenia na wyższy poziom kategorii zaszeregowania. Uzasadnieniem dużych rozpiętości na wyższych poziomach w grupie np. personelu medycznego, jest bardziej złożony charakter pracy, wyższa odpowiedzialność oraz efekty podejmowanych decyzji.

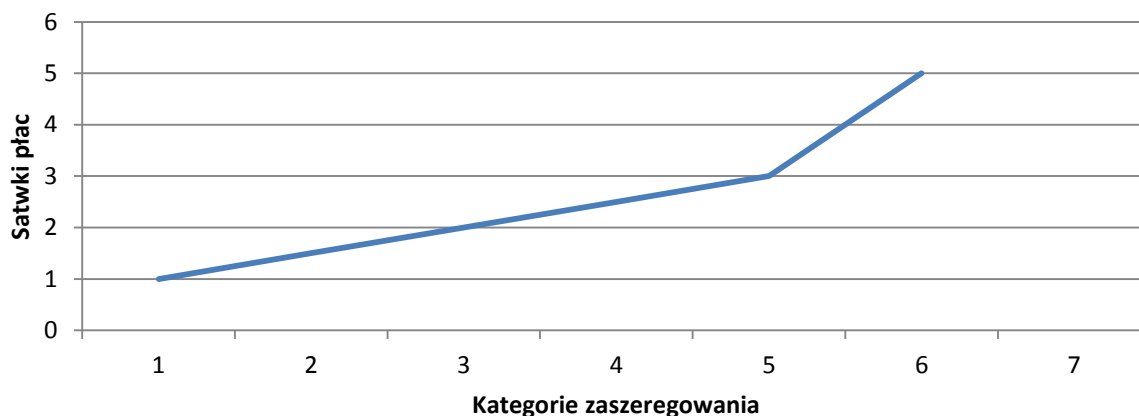
W wyniku dokonanej analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że nie występują idealne reguły projektowania tabel płac. Proces budowy można rozpocząć od zinterpretowania najważniejszych cech, tj. liczby oraz szerokości kategorii, jak również stopień nakładania się.

---

<sup>132</sup> Cyt. tamże, s. 297.

Kształtowanie szerokości stawek płac pozostaje w ścisłym związku z środkową wartością stawki określonej dla każdej kategorii, gdyż opierając się na tej wartości budowa tabeli jest najprostszym rozwiązaniem. Wzrost szerokości wynagrodzeń zawartych w poszczególnych kategoriach mogą narastać kwotowo bądź procentowo. Wzrost ten może przybierać wielkość stałą lub zmienną dla wszystkich kategorii. Dokonując przyrostu w wartościach stałych, w efekcie końcowym prowadzi to do sytuacji, w której następuje spłaszczenie tabel. Wówczas występuje minimalizacja instrumentu motywacyjnego, mającego pobudzić pracownika do spełnienia wymogów uprawniających go do przeszerogowania do wyższej kategorii zaszeregowania. W sytuacji, gdy w podmiocie leczniczym realizowana jest strategia oparta na rozwoju pracowników i występuje duże zróżnicowanie trudności płacy w przedziale danej kategorii kwotowy wzrost rozpiętości stawek nie jest odpowiedni. W takich sytuacjach stosowane jest narastanie procentowe ze zmiennym procentem, co oznacza, że w kategoriach niższych będzie zastosowany niższy procent i wyższy w górnych z uwagi na większą skalę trudności pracy.

Zgodnie z prawem Burgessa, poziom stawki w najniższych kategoriach taryfikatora może wzrastać jedynie o nieznaczny, stały procent gdyż wraz ze wzrostem kategorii w dolnej strefie taryfikatora wzrost trudności pracy następuje w niewielkim stopniu. Według wyższej wartości procentowej powinny rosnać płace w wyższych kategoriach, gdyż trudność pracy oraz kompetencje wzrastają proporcjonalnie do kategorii zaszeregowania<sup>133</sup>. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego przedstawia wykres 3.



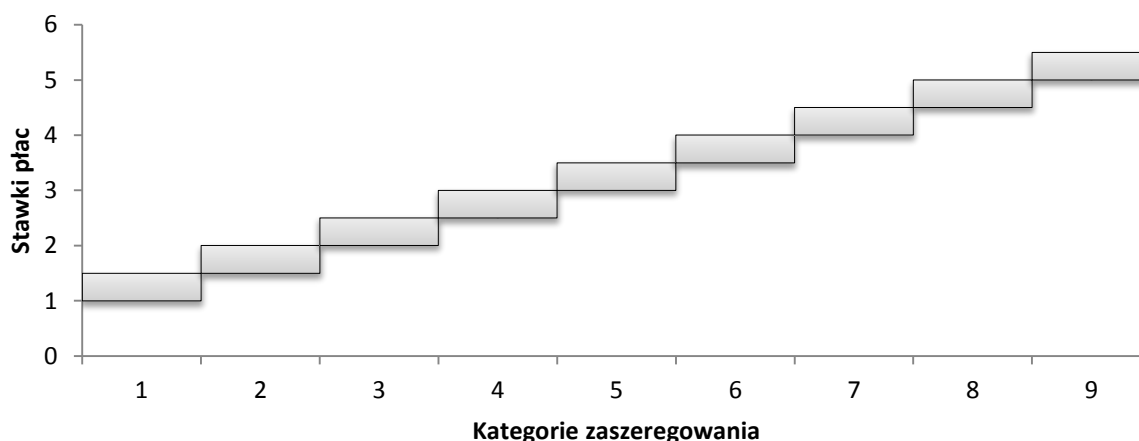
Wykres 3. Krzywa wzrostu wynagrodzenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 301.

<sup>133</sup> I. Burgess, R., *Wage and Salary Administration in Dynamic Economy*, Harcourt Brace & World, New York 1968, s. 48.

Stopień trudności pracy w poszczególnych oddziałach podmiotu leczniczego oraz zastosowanie strategii motywowania pracowników, która pobudza do bardziej efektywnej pracy, może spowodować, że zostanie zastosowane więcej różnorodnych procentowych wartości wzrostu stawek płac, w ramach poszczególnych kategorii. Stosowanie zmiennego, procentowego przyrostu stawek płac musi uwzględniać możliwości finansowe organizacji oraz akceptację społeczną, gdyż metoda ta prowadzi do dużego zróżnicowania stawek. Możliwy do zastosowania jest wariant, w którym w dolnych kategoriach wzrost stawek następuje według wartości procentowej stałej, natomiast w górnych kategoriach stosowana jest wartość zmiennego przyrostu procentowego.

Tradycyjnie budowa tabel płac charakteryzuje się tym, że awans pracownika wiąże się z przejściem do wyższej kategorii zaszeregowania, w której najniższa stawka jest równa z najwyższą w kategorii poprzedniej bądź wyższą lub niższą. Ilustrację tradycyjnego modelu budowy tabel płacy przedstawia poniższy wykres 4.



Wykres 4. Wykres tradycyjnej tabeli płac

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Zdaniem S. Borkowskiej system tabel tradycyjnych zawiera w sobie wady jak i zalety<sup>134</sup>.

Do zalet systemu możemy zaliczyć:

- dla pracodawcy – łatwość zarządzania wynagrodzeniami zasadniczymi,
- dla pracownika – gwarancję otrzymania podwyżki, której wysokość jest znana,
- dla pracownika i pracodawcy – planowanie procesu kariery zawodowej pracownika.

<sup>134</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 316.

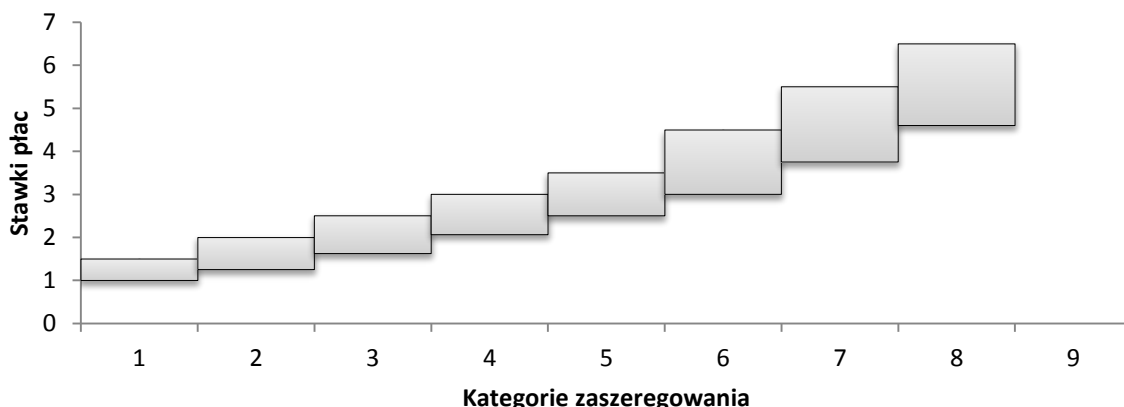
Natomiast wadą systemu jest:

- nieelastyczność, która uniemożliwia zróżnicowanie wysokości oraz częstotliwości dokonywania podwyższania wynagrodzenia,
- oderwanie podwyżek wynagrodzeń od efektów pracy,
- ograniczenie wpływu kierownika na wysokość uzyskiwanych kwot podwyżek.

Organizacje stosujące strategię zarządzania zasobami ludzkimi nastawioną na poprawę efektywności wprowadzają zasadę awansowania pracownika do wyższej kategorii bez konieczności podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracownika. Taki model zarządzania wynagrodzeniami wydaje się właściwy z punktu widzenia pracownika, jak również pracodawcy. Pracownik, otrzymując awans na wyższe stanowisko, a tym samym zmieniając kategorię zaszeregowania, zyskuje perspektywy. S. Borkowska wskazuje, że częściowe zachodzenie na siebie przedziałów płac wykorzystywane jest gdy<sup>135</sup>:

- podwyżka płac jest uzależniona od efektów pracy, w powiązaniu z kompetencjami,
- organizacja chce mieć porównanie stawek płac ze stawkami występującymi na rynku,
- tabela płac ma za zadanie uwzględnienie osobistych osiągnięć pracownika.

Częściowe zachodzenie na siebie przedziałów płacowych powoduje uelastycznienie polityki płac. Jednak zakres pokrywania się poszczególnych przedziałów powinien zostać ograniczony, gdyż ogranicza motywacyjny charakter systemu. Rozwiązaniem możliwym do zastosowania jest rozwiązanie mające na celu ustalenie w niższych kategoriach stawek jednopoziomowych, natomiast w wyższych wielopoziomowych. Możliwa do zastosowania jest także metoda, w której w niższych kategoriach stosuje się węższe, a w wyższych szersze przedziały procentowe, co ilustruje poniższy wykres 5.



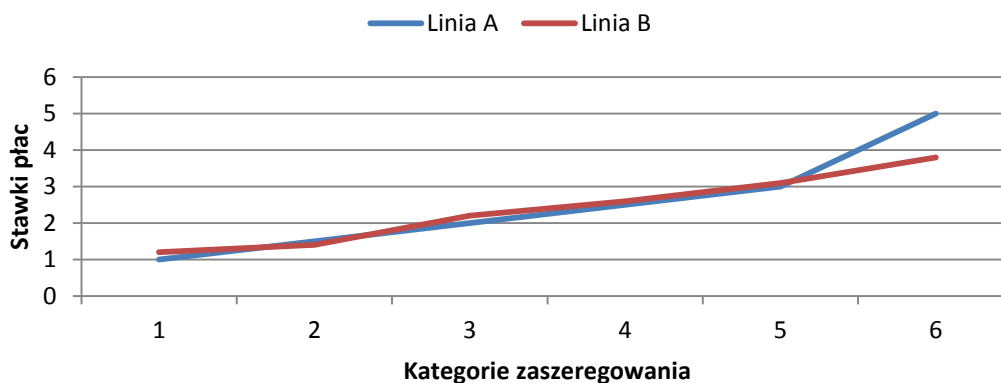
Wykres 5. Wykres tabeli płac o różnych szerokościach widełek

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

<sup>135</sup> S. Borkowska, Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 305.



Kolejnym etapem budowy tabeli płac jest wyznaczenie przebiegu linii wynagrodzenia zasadniczego, opartej na wynikach wartościowania stanowisk pracy i porównanie ich z wykresem wynikającym z obecnych stawek. Przebieg linii płac ilustruje poniższy wykres.



Wykres 6. Wariantowe linie płac

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 306.

W przypadku wystąpienia różnic w przebiegu linii A (stawki wynikające z wartościowania) do linii B (obecne stawki wynagrodzenia zasadniczego) podmiot leczniczy będzie musiał określić strategię polityki wynagrodzeń. Jeśli obecne płace zasadnicze odbiegają od wynikających z wartościowania, organizacja może dostosować tabelę płac poprzez zwiększenie rozpiętości między kategoriami oraz szerokość przedziałów, zwiększając jej motywacyjny charakter. Przy ustalaniu polityki wynagrodzeń należy wziąć również pod uwagę kształtowanie się wynagrodzeń na rynku. Porównanie wynagrodzeń zasadniczych nie daje jednak podstaw do ostatecznego ustalenia tabeli płacy zasadniczej, gdyż wynagrodzenie to nie jest jednym elementem wchodzącym w skład całego wynagrodzenia. Następnym krokiem będzie określenie procentowego udziału wynagrodzenia zasadniczego w wynagrodzeniu całkowitym. Wyznaczenie procentowego udziału płacy zasadniczej będzie świadczyć o zastosowaniu przez podmiot leczniczy mniej lub bardziej agresywnej polityki wynagrodzeń, czyli udziału płac ruchomych, powiązanych z uzyskiwanymi efektami pracy. Dopiero ustalenie całej struktury wynagrodzenia pozwoli na sformułowanie ostatecznych wniosków co do kształtu tabeli płac, wprowadzając ewentualne korekty i tym samym wyznaczając linię polityki płac.

Elastyczne tabele płac nie zawierają określeń szczebli oraz wysokości podwyżek, które różnicują kryteria. Określane są tylko procentowe progi podwyżek w relacji do górnej stawki w przedziale. O wysokości podwyżki decyzję podejmuje bezpośredni przełożony według przyjętych w podmiocie leczniczym kryteriów.

W wyniku wykonanego procesu badawczego literatury przedmiotu można stwierdzić, że elastyczne tabele płac w ramach przedziałów przewidują możliwość podwyżki wynagrodzeń, opierając się na efektach pracy z uwzględnieniem również kompetencji, ścieżki karier, mając na uwadze sytuację rynkową, dając podmiotom leczniczym dużą swobodę w kształtowaniu tych podwyżek.

## **2.5. Zarządzanie wartościowaniem stanowisk pracy**

Literatura przedmiotu nie definiuje w sposób jednoznaczny pojęcia zarządzania wartościowaniem stanowisk pracy. Przeprowadzone w tym zakresie badania wskazują, iż zarządzanie wartościowaniem stanowisk pracy będziemy określać proces kontroli skuteczności zastosowanej metody, możliwość szybkiego wprowadzenia działań dostosowawczych w wyniku zachodzących zmian oraz wykorzystanie wyników wartościowania w różnych obszarach zarządzania zasobami ludzkimi.

Podmiot leczniczy działający w zmiennym otoczeniu musi szybko reagować na zachodzące w nim zmiany. Podejmowane działania dostosowujące strategię organizacji do wymogów rynku powodują zmianę zakresów poszczególnych stanowisk pracy. Niektóre stanowiska wymagają zmiany trudności pracy w sposób szybszy, podczas gdy w innych stanowiskach proces ten zachodzi znacznie wolniej. Dlatego też zmiany zachodzące w organizacji powinny być monitorowane przez dokonywanie corocznych audytów przez zespół wartościujący, aby w odpowiednim czasie uwzględnić je, a tym samym zapobiec wystąpieniu w systemie przejawów dyskryminowania. Celem przeprowadzenia audytu wewnętrznego będzie omówienie i ewentualne uaktualnienie skuteczności zastosowanej metody wartościowania pracy. W przypadku stwierdzenia zmian wymagań stawianych przez zakres prac realizowanych na stanowisku od ostatniej realizacji procesu wartościowania występuje potrzeba jego przewartościowania. Przewartościowanie stanowiska pracy, w wyniku przejęcia przez pracownika nowego zakresu czynności, które wiążą się ze wzrostem umiejętności oraz wiedzy i są zdecydowanie wyższe niż początkowo zostały określone, powinno się odbyć według takich samych procedur jak proces pierwotnego wartościowania, aby zachować skuteczność zastosowanej metody. Stanowisko powinno zostać przewartościowane

tylko w sytuacji, gdy zakres wykonywanych czynności uległ zmianie w sposób trwały. Audyt wewnętrzny powinien również obejmować uzyskaną przez stanowisko pracy punktację. Jeśli stanowisko uzyskało najwyższą punktację, w wyniku której klasyfikuje się na najwyższym poziomie danego kryterium, wówczas należy utworzyć dodatkowy poziom ocenianego kryterium. Weryfikacji powinno zostać poddane także nazewnictwo poszczególnych stanowisk pracy i komórek organizacyjnych. Niewłaściwa nazwa stanowiska z jednej strony bardzo znacząco utrudnia jego właściwe usytuowanie w strukturze organizacyjnej, natomiast z drugiej, późniejszą jego weryfikację. Oprócz corocznych audytów wewnętrznych zalecane jest również dokonywanie audytów zewnętrznych, których częstotliwość będzie uzależniona od tempa zmian zachodzących w organizacji, jak i w jej otoczeniu. Celem audytu zewnętrznego jest ustalenie pozycji podmiotu leczniczego na rynku pracy. W wyniku porównania oferty organizacji z ofertami innych podmiotów funkcjonujących na rynku usług medycznych można stwierdzić, jak postrzegane jest wynagrodzenie oferowane przez organizację. Analiza rynku pozwoli na stwierdzenie, do którego podmiotu leczniczego pracownicy odchodzą lub z którym podmiotem organizacja może konkurować w celu pozyskania wykwalifikowanych pracowników.

Wartościowanie stanowisk pracy ma wpływ bezpośredni i pośredni na system zarządzania zasobami ludzkimi, co ilustruje rysunek 13.



Rysunek 13. Obszary zastosowania wartościowania stanowisk pracy w ZZL

Źródło: S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 136.

Wartościowanie stanowisk pracy w sposób bezpośredni wpływa na politykę podmiotu leczniczego w zakresie wynagradzania i awansowania, natomiast pośrednio na proces planowania zatrudnienia, rekrutacji, selekcji, ocen pracowników, planowania, szkoleń i budowy ścieżek karier zawodowych.

W wyniku przeprowadzonego procesu oceny pracy została utworzona hierarchia stanowisk pracy, stanowiąca podstawę do przeprowadzenia analiz obecnego stanu zatrudnienia, jak i przyszłych potrzeb. Podmiot leczniczy, chcąc zatrudnić pracowników, musi mieć ofertę, którą kandydat do pracy uzna za korzystną. Kandydat do pracy ocenia ofertę pod względem jej atrakcyjności, analizując relację wymagań przyszłego pracodawcy do korzyści, jakie może osiągnąć. Korzyści przez pracownika są postrzegane, jako możliwe do uzyskania wynagrodzenie oraz możliwość rozwoju zawodowego.

Efektywnie prowadzona polityka doboru pracowników, oparta na wynikach wartościowania stanowisk pracy, w połączeniu z systemem wynagradzania oraz awansowania, umożliwia pozyskanie wartościowych pracowników. Stałe monitorowanie rozwoju kompetencji wpływa na rozwój zawodowy personelu oraz daje podstawy do stworzenia pracownikowi ścieżki kariery zawodowej. Rekrutacja oraz selekcja kandydatów prowadzona jest według opracowanych przepisów stanowisk pracy, które sporządzono podczas realizacji procesu wartościowania pracy.

Wyniki wartościowania pracy, jak wspomniano wcześniej, pozwalają na odpowiednie zakwalifikowanie stanowiska w strukturze organizacyjnej poprzez określenie wymagań wobec konkretnej osoby zatrudnionej na stanowisku. Wartościowanie stanowi więc ocenę wartości poszczególnego stanowiska a dokonywana okresowa ocena pozwala określić wartość osoby zajmującej stanowisko. Jednym z zadań oceny okresowej pracowników jest planowanie rozwoju zawodowego, w odniesieniu do możliwości awansowania ich na coraz wyższe stanowiska. Wyniki oceny okresowej pracowników powinny stanowić podstawę do podwyżki wynagrodzeń.

System rozwoju zawodowego pracowników, obejmujący m.in. szkolenia, kursy, studia podyplomowe, w efekcie zmierzający do dostosowania kompetencji pracowników do potrzeb podmiotu leczniczego. Planowanie rozwoju zawodowego powinno określać możliwe do osiągnięcia przez pracownika stanowiska, w wyniku zdobycia przez niego odpowiednich kompetencji.

## **ROZDZIAŁ 3**

### **3. Założenia badawcze**

#### **3.1. Cel pracy**

Celem głównym pracy jest ocena przydatności „Uniwersalnej metody wartościowania pracy” UMEWAP–2000 do wartościowania stanowisk pracy i zastosowanie jej w procesie optymalizacji kosztów zatrudnienia personelu medycznego, administracyjnego i obsługi.

Na podstawie tak sformułowanego celu głównego wyodrębniono następujące cele szczegółowe:

1. Określenie wartości stanowisk pracy „Uniwersalną metodą wartościowania pracy 2000” (UMEWAP–2000) personelu medycznego, administracyjnego i obsługi w wybranym podmiocie leczniczym.
2. Budowa wzorcowej tabeli wynagrodzeń i określenie hierarchicznej struktury stanowisk pracy na podstawie wyników wartościowania pracy.
3. Porównanie tabeli wynagrodzeń opracowanej na podstawie procesu wartościowania stanowisk pracy z obecnie obowiązującą w podmiocie leczniczym.

#### **3.2. Hipotezy badawcze**

Hipoteza główna pracy stanowi, iż wartościowanie stanowisk pracy jest jednym z głównych narzędzi wykorzystywanych przy budowie zintegrowanego systemu zarządzania zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym.

Sformułowane hipotezy szczegółowe przedstawiają się następująco:

1. Podmiot leczniczy ma hierarchiczną strukturę stanowisk pracy.
2. Wyniki wartościowania stanowisk pracy wykorzystywane są do budowy taryfikatorów wynagrodzeń zasadniczych.
3. Zakłada się, że praca o tej samej wartości wykonywana na stanowiskach jest opłacana w równej wysokości.
4. Wyniki wartościowania stanowisk pracy są wykorzystywane w zintegrowanym systemie zarządzania zasobami ludzkimi, który w szczególności obejmuje następujące obszary: dobór pracowników, ocenę i planowanie ścieżki rozwoju pracownika, rotowania oraz stanowi podstawę do awansowania.
5. Wartościowanie stanowisk pracy jest elementem kultury organizacyjnej.

### **3.3. Materiał badawczy**

Dobór jednostek podlegających badaniu został podyktowany spełnieniem przez podmiot leczniczy następujących wymogów:

- podmiotami leczniczymi podlegającymi badaniu były wyłącznie jednostki realizujące zbliżone co do zakresu świadczenia zdrowotne,
- podmioty lecznicze zostały przekształcone w spółki kapitałowe,
- podmioty lecznicze są szpitalami powiatowymi,
- każdy podmiot leczniczy zatrudniał wymaganą liczbę pracowników (co najmniej 100), umożliwiającą zastosowanie wartościowania stanowisk pracy zgodnie z zaleceniami zawartymi w literaturze przedmiotu,
- zarząd spółki wyraził zgodę na przeprowadzenie badania.

Na podstawie powyżej przedstawionych wymogów została opracowana lista 25 podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do badania. Jednak zarządy spółek, w przypadku kilku jednostek organizacyjnych odmówiły możliwości przeprowadzenia badania, gdyż obawiały się wystąpienia konfliktów, z uwagi na fakt określenia dotychczasowej wysokości wynagrodzenia zasadniczego, która nie wynikała z wyceny trudności pracy.

Badaniem wartościowania stanowisk pracy spośród wytypowanych 25 jednostek organizacyjnych zostały objęte cztery podmioty lecznicze: Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. oraz Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.

Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. nie dokonywało badań dotyczących wartościowania stanowisk pracy. Natomiast istniejąca w trzech podmiotach leczniczych wycena trudności pracy, została wykorzystana w niniejszej pracy, za zgodą spółek oraz ich autora i będzie stanowiła punkt odniesienia w dalszej analizie.

### **3.4. Narzędzia i metody badawcze**

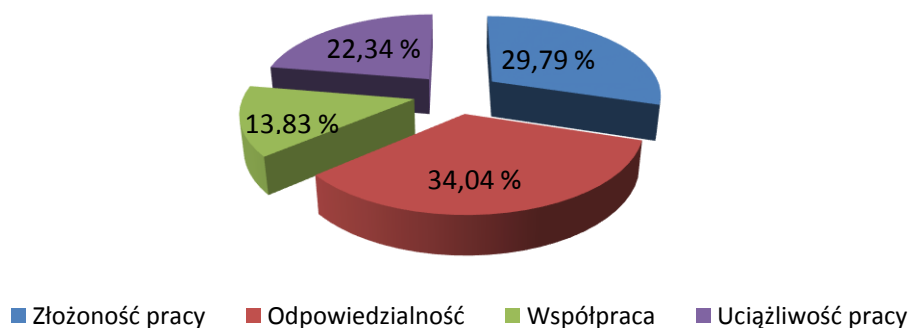
Proces zbierania materiału badawczego, stanowiącego podstawę analizy empirycznej niniejszego opracowania nie wymagał uzyskania orzeczenia Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, gdyż badania nie miały cech eksperymentu medycznego.

Metody badawcze, jakie przyjęto w rozprawie doktorskiej aby zrealizować cel główny i cele cząstkowe, to analiza opisowa i porównawcza, dedukcja i indukcja, bezpośrednia obserwacja i wywiady.

W procesie badawczym zostało zastosowane narzędzie badawcze, tj. „Uniwersalna metoda wartościowania pracy 2000” (UMEWAP–2000). Metoda obejmuje analizę trudności pracy na wszystkich stanowiskach pracy występujących w podmiocie leczniczym, na których zatrudniony jest: personel medyczny, administracyjny oraz obsługi. Metoda badawcza skupia się na badaniu stanowiska pracy, a nie osoby zatrudnionej.

Nazwa metody UMEWAP jest skrótem od słów: „uniwersalna metoda wartościowania pracy”. Została opracowana w połowie lat osiemdziesiątych przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych na zlecenie Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. Przez szereg lat metoda podlegała modyfikacji, uwzględniając doświadczenia z wcześniej wdrożonych metod. Ostateczna wersja, która obecnie jest stosowana, powstała w 2000 r. Metoda zapewnia uniwersalność jej stosowania, w odniesieniu do wszystkich stanowisk występujących w podmiocie leczniczym, na których zatrudniony jest: personel medyczny, administracyjny, jak i obsługi. Zawiera zestaw kryteriów syntetycznych i elementarnych, nazywanych również analitycznymi (wzór tabel zawiera załącznik 3), wraz z określoną punktacją, w zależności od przyjętych stopni trudności pracy oraz z zakładanymi odchyleniami. Klucze analityczne zawierają szczegółowy opis warunkujący jego ujednolicone stosowanie. Również cechą charakterystyczną metody jest jej elastyczność, która pozwala na uwzględnienie dodatkowych stopni trudności i dostosowanie kryteriów analitycznych do ich występowania, w zakresie istotnych wymagań i warunków charakteryzujących stanowisko pracy występujące w podmiocie leczniczym.

Metoda wartościowania stanowisk pracy UMEWAP–2000 zawiera cztery główne klucze syntetyczne, różniące wszystkie rodzaje prac tj.: złożoność pracy, odpowiedzialność, współpraca i uciążliwość prac, przypisując nim określone wartości punktowe. Udział poszczególnych kryteriów syntetycznych, w ogólnej liczbie punktów pokazuje rysunek 14.



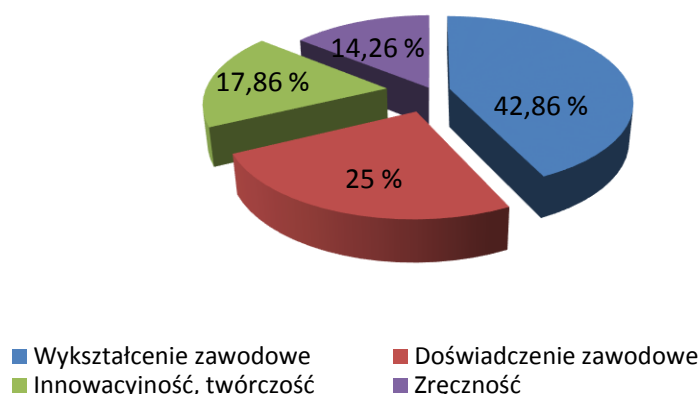
Rysunek 14. Struktura kluczy syntetycznych metody UMEWAP–2000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Metoda UMEWAP–2000 określa maksymalną liczbę punktów 470, jaka może zostać przyznana wszystkim kryteriom syntetycznym. Dla poszczególnych kryteriów syntetycznych maksymalna wycena punktowa przedstawia się następująco: złożoność pracy 140, odpowiedzialność 160, współpraca 65, uciążliwość pracy 105. Kryteria syntetyczne dzielą się na kryteria elementarne (analityczne), na podstawie których dokonywana jest wycena pracy. Zawierają najważniejsze elementy występujące na stanowisku pracy, które znajdują odzwierciedlenie w ocenie stopnia trudności poszczególnego kryterium. Zdefiniowane stopnie trudności kryteriów uwzględniają różnice pracy oraz stopień i zasady ich występowania.

Procedura wyceny stanowiska pracy podmiotu leczniczego zgodnie z metodą UMEWAP–2000, jak wcześniej wskazano, opiera się na czterech kluczach syntetycznych. Oto one:

- Kryterium syntetyczne – złożoność pracy (A) – zawiera następujące klucze elementarne (analityczne), tj. wykształcenie zawodowe, doświadczenie zawodowe, innowacyjność twórczość oraz zręczność. Udział poszczególnych kryteriów analitycznych w kryterium syntetycznym prezentuje rysunek 15.



Rysunek 15. Struktura klucza syntetycznego – złożoność pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

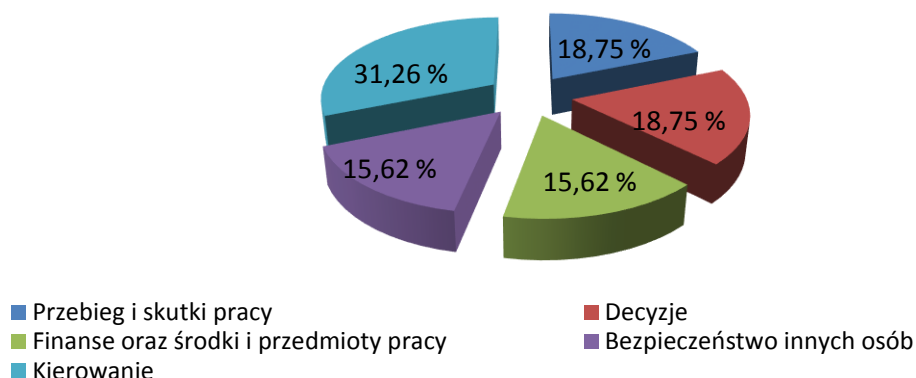
Maksymalna liczba punktów dla poszczególnych kryteriów analitycznych przedstawia się następująco: wykształcenie zawodowe 60, doświadczenie zawodowe 35, innowacyjność i twórczość 25, zręczność 20. Ocena stanowiska pracy, dokonywana za pomocą kluczy analitycznych zawiera następujące wymogi:

- Wykształcenie zawodowe (A-1) – stanowisko pracy oceniane według tego kryterium koncentruje się na poziomie wykształcenia, które jest wymagane, aby prawidłowo wykonywać powierzone czynności. W procesie dostosowania kryterium do potrzeb, wynikających ze specyfiki podmiotu leczniczego, uwzględnia się wymogi kwalifikacyjne dotyczące lekarzy, w zakresie występujących specjalizacji I i II stopnia, jak również zmiany wynikające z kształcenia np. pielęgniarek czy położnych



na poziomie studiów licencjackich oraz magisterskich. Istotne jest także uwzględnienie podczas dokonywania oceny kształcenia personelu medycznego ukończonych kursów specjalistycznych i specjalizacji, które są niezbędne dla danego stanowiska. Ważnym elementem procesu wartościowania jest uwzględnienie strategii rozwojowej podmiotu leczniczego w zakresie tworzenia w przyszłości nowych stanowisk pracy oraz docelowego poziomu kwalifikacji pracowników.

- Doświadczenie zawodowe (A2) – kryterium zawiera ocenę niezbędnego minimalnego doświadczenia zawodowego i umiejętności praktycznych, które w zależności od stopnia trudności są oceniane. Rozwój technologii medycznych sprawia, że wymagania stawiane na stanowisku pracy powinny uwzględniać możliwość szybkiego dostosowania się pracownika do ciągłych zmian zachodzących na rynku świadczeń zdrowotnych.
- Innowacyjność i twórczość (A3) – jest to kolejne kryterium pozwalające na przyznanie oceny w zakresie pomysłowości, innowacyjności oraz nowatorskiego postępowania podczas realizowania określonych czynności o różnym stopniu złożoności. Szczególną uwagę należy zwrócić na realizowanie wymagających własnej inicjatywy czynności, które wychodzą poza ustalone standardy.
- Zręczność (A4) – w kryterium tym podlega ocenie pożądana zręczność w wykonywaniu czynności na danym stanowisku.(w stopniu zróżnicowania: normalny, zwiększony lub wybitny), który może być spowodowany wysokim stopniem precyzji ruchów lub obsługą skomplikowanego sprzętu medycznego.
- Kolejne kryterium syntetyczne – odpowiedzialność (B) – zawiera pięć kryteriów elementarnych (analitycznych). Udział poszczególnych kryteriów ilustruje rysunek 16.



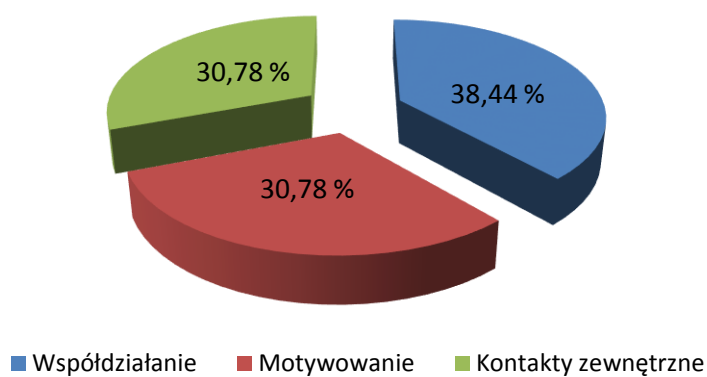
Rysunek 16. Struktura klucza syntetycznego – odpowiedzialność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Maksymalna liczba punktów dla poszczególnych kryteriów przedstawia się następująco: przebieg i skutki pracy 30, decyzje 30, finanse oraz środki i przedmioty pracy 25, bezpieczeństwo innych osób 25, kierowanie 50. Ocena pracy wykonywanej na poszczególnych stanowiskach zgodnie z kryteriami elementarnymi przebiega następująco:

- Odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy (B1) – ocena obejmuje poziom złożoności pracy na stanowisku. Odpowiedzialność wraz ze wzrostem złożoności rośnie w miarę wzrostu szczebla kierowania (odział, wydział, struktura pionowa zawierająca komórki organizacyjne podmiotu leczniczego).
- Odpowiedzialność za decyzje (B2) – w kryterium tym dokonywana jest ocena trudności pracy (rangi decyzji), w związku z podejmowanymi decyzjami. Decyzje mogą odnosić się do pracy własnej lub mającej wpływ na pracę innych pracowników, wydziałów, oddziałów czy całego podmiotu leczniczego. Należy odróżnić decyzje o charakterze operacyjnym od strategicznych. Podejmowane przez pracownika decyzje mogą wywoływać w otoczeniu podmiotu leczniczego również określone skutki, zarówno gospodarcze, jak i społeczne, które powinny zostać uwzględnione przy dokonywaniu wyceny.
- Odpowiedzialność za finanse oraz środki i przedmioty pracy (B3) – kryterium elementarne rozumiane powinno być wieloaspektowo. Pozwala ocenić trudność pracy nie tylko w znaczeniu prawnym, gdyż jest ona oceniona w Kodeksie Pracy, lecz zwraca uwagę na staranność wykonywania czynności oraz dbałość o powierzone mienie. Wycena stanowiska pracy nie zależy od odpowiedzialności materialnej, jaką pracownik poniesie w przypadku uszkodzenia bądź utraty mienia ale od dodatkowej trudności i wkładanego wysiłku w związku jej wykonywaniem. Ważne jest, aby ustalić charakter i zakres odpowiedzialności materialnej pracownika, czy jest to np. wyposażenie, gotówka lub zapasy magazynowe. Znaczenie będzie miała również wartość sprzętu, jaki został powierzony do obsługi pracownikowi oraz osoba odpowiedzialna za jego prawidłowe zaewidencjonowanie ze szczególnym zwróceniem uwagi na ewentualne przenosiny w obrębie oddziału lub między oddziałami szpitalnymi.
- Odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób (B4) – oceniane jest stanowisko ze szczególnym uwzględnieniem zakresu obowiązków i organizacji pracy. Odpowiedzialność ta wiąże się z odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych osób. Przy dokonywaniu wyceny należy brać pod uwagę stopień oddziaływania pracownika a więc wymóg większej uwagi wykonawcy np. świadczenia zdrowotnego na pacjenta oraz współpracowników.

- Odpowiedzialność za kierowanie (B5) – kryterium analityczne ma za zadanie dokonać oceny metod kierowania grupą podwładnych. Zakres i metoda oceny pozwala na uwzględnienie liczby pracowników wchodzących w skład kierowanego zespołu, jak i stopień trudności wykonywanych czynności oraz szczebel kierowania.
- Następane kryterium syntetyczne – współpraca (C) – w skład którego wchodzi trzy kryteria analityczne tj. współdziałanie, motywowanie, kontakty zewnętrzne. Poszczególne kryteria analityczne mogą uzyskać maksymalną liczbę punktów, w wysokości: współdziałanie 25, motywowanie 20 i kontakty zewnętrzne 20, których udział w kryterium syntetycznym prezentuje rysunek 17.



Rysunek 17. Struktura klucza syntetycznego – współpraca

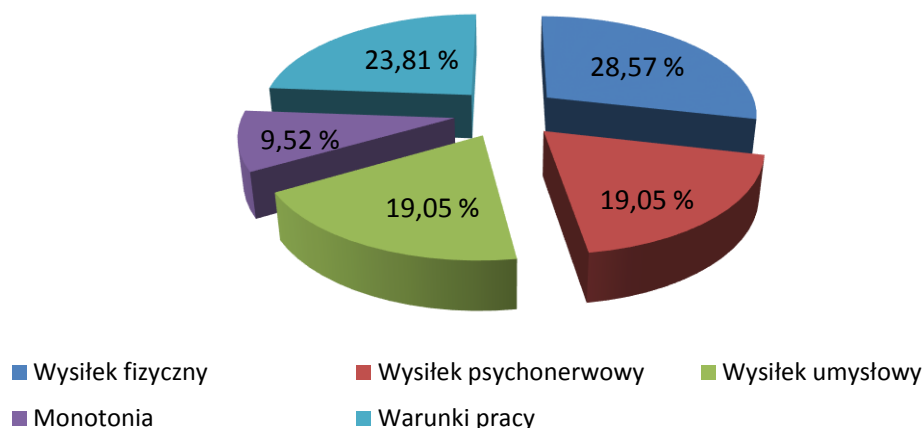
Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Poszczególne kryteria analityczne zawierają szczegółowe wytyczne, które przedstawiają się następująco:

- Współdziałanie (C1) – kryterium to jest rozumiane jako składnik złożoności pracy, występujący w różnym nasileniu w zależności od stanowiska pracy. Współdziałanie należy odnosić do pracy w zespole lub pracy samodzielnej polegającej na obsłudze innych osób. W przypadku obsługi innych osób należy wziąć pod uwagę ich wiek. Trudność pracy polegająca na współdziałaniu wymaga także kontaktów z różnymi komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego. Należy określić ich liczbę, częstotliwość i złożoność kontaktów, np. koordynacja pracy kilku oddziałów powiązanych organizacyjnie. W kryterium tym nie są oceniane kontakty z innymi organizacjami.
- Motywowanie (C2) – kryterium analityczne odzwierciedlające stopień oddziaływania na ludzi w celu wykonania konkretnych zadań w określonym czasie przy efektywnym wykorzystaniu zasobów. Opis stanowiska pracy, na podstawie którego

będzie dokonana wycena trudności pracy, powinien zawierać informacje nt. liczby motywowanych osób oraz jaki jest charakter motywowania (płacowy lub pozapłacowy). Oceniany jest również stopień motywowania współpracowników, choć pracownik nie jest zatrudniony na stanowisku kierowniczym. Przyznawane są punkty za trudność pełnienia tej funkcji oraz środowisko pracy, rozumiane jako wzajemne relacje pomiędzy pracownikami.

- Kontakty zewnętrzne (C3) – kryterium to mierzy trudność pracy związaną z kontaktami zewnętrznymi. W przypadku podmiotów leczniczych możemy wyróżnić dwojaki rodzaj kontaktów zewnętrznych. Pierwszym z nich będą kontakty z innymi podmiotami gospodarczymi, urzędami czy instytucjami wynikającymi z zadań realizowanych na stanowisku pracy. Drugim rodzajem kontaktów będą kontakty personelu medycznego z rodzinami pacjenta w różnych sytuacjach. Umiejętność nawiązywania kontaktów możemy zaliczyć do cech osobowych pracownika, ale także jako wymóg stawiany na stanowisku pracy.
- Kolejne kryterium syntetyczne – uciążliwość pracy (D) – zawiera następujące kryteria analityczne: wysiłek fizyczny, wysiłek psychonerwowy, wysiłek umysłowy, monotonia i warunki pracy, których udział ilustruje rysunek 18.



Rysunek 18. Struktura klucza syntetycznego – uciążliwość pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Poszczególne kryteria analityczne zawierają następującą punktację: wysiłek fizyczny 30, wysiłek psychonerwowy 20, wysiłek umysłowy 20, monotonia 10 oraz warunki pracy 25. Badanie stanowiska pracy szczególną uwagę w poszczególnych kryteriach analitycznych zwraca na:

- Wysiłek fizyczny (D1) – kryterium analityczne, które ocenia trudność pracy związaną z występowaniem na stanowisku pracy zwiększonego wysiłku fizycznego. Należy ocenić, czy wysiłek ten związany jest z przenoszeniem ciężarów (np. pacjentów) i o jakim ciężarze, częstotliwości wykonywania tych czynności oraz w jakim stopniu wpływa to na utrzymywanie przez pracownika niewygodnej i wymuszonej pozycji ciała.
- Wysiłek psychonerwowy (D2) – kryterium oceniające trudność pracy, związane z występowaniem obciążeń receptorów zmysłowych. Podczas dokonywania oceny należy uwzględnić trudność pracy związaną z dużym tempem pracy, występowaniem stresu, zmiennością sytuacji, nawarstwianiem się skomplikowanych problemów, co w dłuższym czasie wymaga znacznej koncentracji uwagi.
- Wysiłek umysłowy (D3) – kryterium ocenia trudność pracy związaną ze zwiększonym wysiłkiem umysłowym, który spowodowany jest analizą i przetwarzaniem danych, interpretacją zjawisk oraz zapamiętywaniem, co bezpośrednio jest związane ze stopniem złożoności czy odpowiedzialności w związku z wykonywanymi czynnościami.
- Monotonia (D4) – w podmiotach leczniczych kryterium to ma ograniczony zasięg występowania na stanowiskach pracy. Jednak występowanie tego zjawiska można zaobserwować na stanowiskach portiera, salowej, laborantki, pracownika ochrony parkingu czy pracowników obsługujących urządzenia pralnicze.
- Warunki pracy (D5) – wyceną tego kryterium powinien zająć się w podmiocie leczniczym inspektor BHP, który powinien wziąć pod uwagę prace niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia, jak i prace uciążliwe. Szczególne znaczenie nabiera liczba występujących jednocześnie na stanowisku pracy czynników uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia, ich stopień uciążliwości oraz czas występowania.

W metodzie UMEWAP–2000 przy przeprowadzaniu badania przyjmuje się standaryzację występujących faz i związanych z nimi procedur. Literatura przedmiotu wskazuje, iż realizacja procesu wartościowania stanowisk pracy powinna przebiegać w następujących fazach:

I faza – przygotowawcza:

- przekazanie pracownikom informacji na temat wartościowania stanowisk pracy,
- powołanie zespołu do spraw wartościowania pracy,
- analiza struktury organizacyjnej
- przygotowanie kart opisu stanowisk pracy.

II faza – przeprowadzenie oceny trudności pracy wraz z zatwierdzeniem wyników:

- wycena punktowa,
- weryfikacja wyceny.

III faza – określenie przedziałów punktowych i budowa tabeli wynagrodzeń:

- budowa taryfikatora kwalifikacyjnego,
- budowa tabeli wynagrodzeń.

### **3.5. Procedura badawcza**

Realizacja celów badawczych wymagała zebrania materiału badawczego przy użyciu różnorodnych technik badawczych. Wykorzystano technikę kwestionariusza, ankiety, wywiadu, obserwacji oraz badania dokumentów. Wielość zastosowanych narzędzi ma za zadanie uwzględnić bardziej jakościowy niż ilościowy charakter badawczy pracy. Materiały wykorzystane w pracy obejmują zarówno źródła pierwotne jak i wtórne.

Materiały pierwotne zawierają dane uzyskane w wyniku przeprowadzenia badań własnych podmiotu leczniczego oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego w Szpitalu Powiatowym we Wrześni Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o. oraz Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o. i wykorzystane za zgodą ich autora.

Wykorzystano techniki zbierania informacji za pomocą kwestionariusza ankiety, wywiadu oraz przeprowadzonych obserwacji.

Badania prowadzone techniką obserwacji wybrano ze względu na fakt, iż pozwalało to na zebranie materiału umożliwiającej dostosowanie metody badawczej UMEWAP–2000 do potrzeb wynikających ze specyfiki działalności podmiotu leczniczego.

Następną zastosowaną techniką badawczą był kwestionariusz ankieta autorstwa dr Piotra Pagórskiego. Technika ta pozwoliła najpełniej zgromadzić dane, kształtując koncepcję badawczą na etapie zbierania informacji. Pracownicy podmiotu leczniczego (personel medyczny, administracyjny i obsługi) oraz zespół dokonujący wyceny trudności pracy, odpowiadając na postawione w kwestionariuszu pytania, opisywali poszczególne czynniki składające się na trudność pracy występujące na stanowisku pracy. W przypadku wystąpienia sytuacji, w której kilka osób zatrudnionych jest na tym samym stanowisku, w danej komórce organizacyjnej badaniu podlegało jedno stanowisko wytypowane w prostej próbie losowej, zapewniając reprezentatywność trudności pracy. Budowa narzędzia jest tak skonstruowana, aby zapewnić utrzymanie konwencji metodologicznej.

Kwestionariusz, wykorzystywany do badania trudności pracy zawierał, oprócz nazwy komórki organizacyjnej, stanowiska pracy, krótką charakterystykę podstawowych czynności (Załącznik nr 1). Zadane pytania zostały tak sformułowane i uporządkowane, aby odpowiedź na nie można było w odpowiedni sposób zakwalifikować do właściwego klucza syntetycznego w odniesieniu do klucza analitycznego. Aby uniknąć niewłaściwych, bądź niezadawalających odpowiedzi, pracownicy podmiotu leczniczego otrzymali wytyczne autorstwa dr Piotra Pagórskiego, które wskazywały, w jaki sposób syntetyczny opisać trudność pracy występującą na stanowisku pracy (Załącznik nr 2). Pytania zawarte w kwestionariuszu mają formułę otwartą, zachęcającą pracownika do udzielenia swobodnej odpowiedzi zgodnie ze wskazaniem zawartymi w wytycznych. Kolejnym zastosowanym narzędziem badawczym był wywiad. Przeprowadzenie wywiadu miało na celu potwierdzenie prawidłowości danych zawartych w kwestionariuszu.

Dane zawarte w kwestionariuszu pozwoliły na:

- dokonanie wyceny punktowej trudności pracy występującej na poszczególnych stanowiskach pracy,
- zbudowanie taryfikatora kwalifikacyjnego,
- oszacowanie wartości jednego punktu,
- zbudowanie tabeli wynagrodzenia zasadniczego.

Materiały wtórne obejmowały badanie i ocenę dostępnych dokumentów badanego podmiotu leczniczego w zakresie spraw organizacyjnych i formalnoprawnych. Głównie skoncentrowano się na badaniu regulaminu wynagradzania i premiowania, organizacyjnym, regulaminie podmiotu leczniczego jak również dokumentów związanych z opisem stanowisk pracy, a także dokumentacją bezpośrednio związaną ze stanowiskiem pracy tj. zakresami obowiązków i odpowiedzialności. Do materiałów wtórnych zaliczono także badania opracowań naukowych dotyczących wartościowania stanowisk pracy w polskich i światowych przedsiębiorstwach.

Do analizy materiału empirycznego wykorzystano program komputerowy STATISTICA v.10. Analizę statystyczną wykonano, stosując testy nieparametryczne powszechnie przyjęte w medycynie do analizy grup pacjentów, których dobór nie zawsze spełnia kryterium pełnej losowości i normalności rozkładu. Analizie statystycznej poddano stanowiska pracy o liczebności  $>1$  i wariancji  $>0$ . Oszacowano dla nich statystyki pozycyjne: średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe oraz wartości ekstremalne.

Normalność rozkładu zmiennych oceniano testem normalności Shapiro-Wilka i Kołmogorowa - Smirnowa w modyfikacji Lillieforsa. Ze względu na istotne odchylenia

od rozkładu normalnego analizowanych wartości wyceny stanowisk pracy jak już wcześniej wspomniano w analizie statystycznej zastosowano testy nieparametryczne. Z natury tych testów wynika, iż otrzymane wyniki odnoszą się wyłącznie do ocenianych w pracy podmiotów leczniczych bez możliwości ekstrapolacji wyników na inne jednostki stosujące metodę wyceny stanowisk pracy UMEWAP-2000.

Dla porównania dwóch niezależnych grup zastosowano test U Manna-Whitneya<sup>136</sup>, gdy liczba prób  $>2$  wykorzystano test Kruskala-Wallisa – nieparametryczną alternatywę jednoczynnikowej analizy wariancji<sup>137</sup>.

Jako miarę siły i kierunku współzależności dwóch zmiennych przyjęto wskaźnik korelacji rangowej  $R_s$  Spearmana<sup>138</sup>. Natomiast kryterium istotności przyjęto wartości  $p < 0,05$ .

---

<sup>136</sup>[http://www.naukowiec.org/wiedza/statystyka/test-u-manna-whitneya\\_755.html](http://www.naukowiec.org/wiedza/statystyka/test-u-manna-whitneya_755.html), (data dostępu 10.01.2014)

<sup>137</sup>Stanisz A. Przystępny kurs statystyki. StatSoft Polska, t. 1. Kraków 2006, s. 326.

<sup>138</sup> Tamże, s. 328-330



## ROZDZIAŁ 4

### 4. Wyniki badań

#### 4.1. Wyniki wartościowania stanowisk pracy: personelu medycznego, administracji i obsługi

Analiza empiryczna materiału badawczego, pozyskanego w toku przeprowadzonych badań, pozwoli na wskazanie hierarchicznej struktury stanowisk pracy występujących w podmiocie leczniczym – Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. Szpital powiatowy w swojej strukturze ma następujące komórki organizacyjne, oznaczone symbolami: Administracja (AD), Oddział Chirurgiczny (OCH), Oddział Urazowo-Ortopedyczny (OUO), Oddział Chorób Wewnętrznych – Neurologia Kardiologia (OCW), Oddział Ginekologiczno-Położniczy (OGP), Oddział Pediatriczny Neonatologiczny (OPD), Oddział Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii (OIN), Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), Pracownia Diagnostyki Obrazowej (PDO), Apteka (A) oraz Dział obsługi (O).

Wyniki badań będą analizowane zgodnie z czterema kryteriami syntetycznymi: złożoności pracy, odpowiedzialności, współpracy i uciążliwości prac, które były podstawą do dokonania oceny trudności pracy. Aby zapewnić przejrzystość analizy wyników badań ich prezentacja obejmuje grupy stanowisk. Pierwsza grupa stanowisk pracy zawarta w tabeli 14 prezentuje wycenę trudności pracy personelu medycznego, administracji i obsługi, świadczących pracę bezpośrednio na rzecz oddziałów szpitalnych, bez uwzględnienia pielęgniarek. W tej grupie stanowisk oprócz lekarzy zostali uwzględnieni: technicy np. masażu, fizjoterapii, ratownicy medyczni, personel apteki, pracowni diagnostyki obrazowej, rejestratorki oraz salowe. Do drugiej grupy stanowisk zostały zaliczone osoby zatrudnione na stanowiskach pielęgniarek i położnych, których wykaz wraz z dokonaną wyceną trudności pracy zawiera tabela 15. Prezentacja wyników stanowisk zaliczanych do administracji szpitala oraz obsługi z uwzględnieniem zarządu spółki i naczelnej pielęgniarki, których praca świadczona jest na rzecz wszystkich komórek organizacyjnych działalności podstawowej, zawarta została w tabeli 16. Hierarchiczną strukturę stanowisk pracy, zbudowaną na podstawie dokonanego wartościowania stanowisk pracy wraz z wyceną punktową, zawiera tabela 17. Analiza, którą prezentuje wykres 9 obejmuje stanowiska kierownicze odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego: dyrektora ds. medycznych, naczelnej pielęgniarki, kierowników oddziałów, pielęgniarek oddziałowych oraz położnej oddziałowej.

Tabela 14. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach komórek działalności podstawowej bez uwzględnienia pielęgniarek

Symbol	Stanowisko	Złożoność pracy					Odpowiedzialność					Współpraca				Uciążliwość pracy					Razem		
		A1	A2	A3	A4	Suma A	B1	B2	B3	B4	B5	Suma B	C1	C2	C3	Suma C	D1	D2	D3	D4		D5	Suma D
OCH	Kierownik oddziału	60	30	22	25	137	26	23	17	17	40	123	17	15	12	44	18	22	17	0	22	79	383
OOU	Kierownik oddziału	60	30	22	25	137	26	21	17	17	40	121	17	15	12	44	18	22	17	0	22	79	381
SOR	Kierownik oddziału	60	30	22	25	137	23	22	17	17	40	119	17	15	12	44	18	22	17	0	22	79	379
OIN	Kierownik oddziału	60	30	22	25	137	23	22	17	17	40	119	17	15	12	44	18	22	17	0	22	79	379
OGP	Kierownik oddziału	60	30	22	25	137	23	22	17	17	40	119	17	15	12	44	18	22	17	0	22	79	379
OPD	Kierownik oddziału	60	30	22	22	134	24	22	17	17	36	116	17	15	9	41	14	22	17	0	17	70	361
OCW	Kierownik oddziału	60	30	21	17	128	25	18	16	21	40	120	17	14	8	39	14	21	17	0	17	69	356
OCH	Starszy asystent	60	25	17	22	124	21	19	15	17	23	95	12	12	8	32	18	20	15	0	17	70	321
OOU	Starszy asystent	60	25	17	22	124	21	17	13	17	23	91	12	12	8	32	18	20	15	0	17	70	317
SOR	Starszy asystent	60	25	17	22	124	21	19	15	17	23	95	12	12	8	32	18	19	15	0	12	64	315
OIN	Starszy asystent	60	25	17	22	124	21	19	15	17	23	95	12	12	8	32	18	19	15	0	12	64	315
OPD	Starszy asystent	60	25	15	17	117	21	15	15	15	20	86	12	12	8	32	12	17	15	0	17	61	296
OGP	Starszy asystent	60	25	15	17	117	21	18	8	17	20	84	12	12	8	32	10	19	15	0	17	61	294
PDO	Kierownik pracowni	55	25	17	13	110	23	17	15	15	20	90	15	12	15	42	9	12	15	0	10	46	288
OCH	Asystent	55	25	12	20	112	19	17	15	17	20	88	10	10	7	27	18	18	14	0	10	60	287
OCW	Starszy asystent	60	25	14	15	114	17	15	14	17	23	86	12	11	7	30	10	15	14	0	17	56	286
OIN	Asystent	55	25	12	20	112	19	17	15	17	20	88	10	10	7	27	18	16	14	0	10	58	285
OOU	Asystent	55	25	12	15	107	19	15	15	17	20	86	10	10	7	27	16	18	14	0	17	65	285
A	Kierownik apteki	60	25	16	5	106	23	17	16	12	12	80	17	12	17	46	10	12	15	0	12	49	281
SOR	Asystent	55	25	12	12	104	19	17	12	15	20	83	10	10	7	27	18	15	14	0	12	59	273
OPD	Asystent	55	25	12	15	107	19	14	15	14	18	80	10	10	8	28	12	15	14	0	17	58	273
OGP	Asystent	55	25	12	15	107	19	17	8	15	18	77	10	10	7	27	8	17	14	0	15	54	265
OCW	Asystent	55	25	11	14	105	16	14	12	15	20	77	11	9	6	26	9	14	13	0	15	51	259
PDO	Starszy asystent	55	20	15	13	103	22	15	12	13	17	79	12	10	13	35	8	10	12	0	10	40	257
SOR	Dyspozytor	50	20	7	5	82	13	17	10	20	34	94	12	14	12	38	0	18	15	0	0	33	247
SOR	Ratownik med. (mgr)	55	15	5	12	87	13	15	15	17	5	65	7	8	9	24	20	18	10	0	20	68	244
SOR	Ratownik med. – kierowca	50	15	5	12	82	13	15	15	17	5	65	7	8	9	24	20	18	10	0	20	68	239
OPD	Młodszy asystent	55	20	10	12	97	17	13	12	13	17	72	8	8	5	21	10	13	9	0	15	47	237
OOU	Młodszy asystent	55	20	10	8	93	18	13	9	13	18	71	8	8	5	21	15	17	9	0	10	51	236
OGP	Młodszy asystent	55	20	10	12	97	17	16	7	13	17	70	8	8	5	21	7	15	9	0	15	46	234
SOR	Ratownik medyczny (lic.)	50	15	5	12	82	13	15	10	17	5	60	7	8	9	24	20	18	10	0	20	68	234
OIN	Młodszy asystent	55	20	10	8	93	17	15	10	13	18	73	8	8	5	21	16	13	9	0	8	46	233
SOR	Młodszy asystent	55	20	10	8	93	17	15	10	13	18	73	8	8	5	21	16	13	9	0	8	46	233

<b>OUO</b>	Fizjoterapeuta	55	10	10	12	<b>87</b>	18	14	8	13	10	<b>63</b>	10	12	8	<b>30</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>232</b>
<b>OCW</b>	Młodszy asystent	55	20	9	11	<b>95</b>	15	13	11	13	18	<b>70</b>	8	8	5	<b>21</b>	8	13	9	0	15	<b>45</b>	<b>231</b>
<b>A</b>	Farmaceuta (mgr)	60	15	10	5	<b>90</b>	18	15	12	10	10	<b>65</b>	10	10	13	<b>33</b>	7	10	12	0	10	<b>39</b>	<b>227</b>
<b>PDO</b>	Asystent	55	15	12	12	<b>94</b>	20	13	9	12	12	<b>66</b>	9	7	11	<b>27</b>	8	8	10	0	10	<b>36</b>	<b>223</b>
<b>PDO</b>	Młodszy asystent	55	10	10	10	<b>85</b>	18	13	9	12	10	<b>62</b>	9	7	10	<b>26</b>	8	8	10	0	10	<b>36</b>	<b>209</b>
<b>OUO</b>	Technik masażu	40	5	9	14	<b>68</b>	13	9	7	12	10	<b>51</b>	13	10	8	<b>31</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>202</b>
<b>OUO</b>	Technik fizjoterapii	40	5	7	12	<b>64</b>	15	9	8	12	10	<b>54</b>	10	12	8	<b>30</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>200</b>
<b>PDO</b>	Technik analityki medycz.	42	15	7	10	<b>74</b>	12	11	9	9	10	<b>51</b>	7	10	10	<b>27</b>	10	5	7	5	9	<b>36</b>	<b>188</b>
<b>PDO</b>	Technik elektroradiolog	42	15	7	10	<b>74</b>	10	12	9	10	10	<b>51</b>	5	12	8	<b>25</b>	12	5	7	0	7	<b>31</b>	<b>181</b>
<b>A</b>	Technik farmaceuta	42	15	7	5	<b>69</b>	15	13	7	8	5	<b>48</b>	8	6	10	<b>24</b>	7	8	10	0	10	<b>35</b>	<b>176</b>
<b>AD</b>	Statystyk medyczny	40	20	10	5	<b>75</b>	13	8	5	1	5	<b>32</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>160</b>
<b>SOR</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OCH</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OUO</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OCW</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OGP</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OPD</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OIN</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>PDO</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	0	<b>20</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>110</b>
<b>OCH</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OUO</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OCW</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OGP</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OPD</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OIN</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>SOR</b>	Salowa	15	5	0	5	<b>25</b>	5	5	1	3	0	<b>14</b>	3	3	5	<b>11</b>	15	3	1	7	10	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>OCH</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>OUO</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>OCW</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>OGP</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>OPD</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>OIN</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>
<b>SOR</b>	Sprzątaczk	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analizując zaprezentowane wyniki badań, należy zauważyć, że w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” A lekarze (kierownicy oddziałów i starsi asystenci) w pierwszym czynniku otrzymali najwyższe oceny, natomiast w drugim zbliżone do maksymalnych odpowiednio 30 i 25. Wykształcenie oraz doświadczenie stanowią najważniejszy czynnik niezbędny do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych. Ocena stanowisk działalności podstawowej podmiotu leczniczego uwzględnia wymogi kwalifikacyjne, wynikające także z postępu technologii medycznej. Praca wykonywana przez lekarzy charakteryzuje się najwyższą skalą trudności oraz wymaga stosowania nowych rozwiązań i osiągnięć. Na maksymalnym poziomie został wyceniony czynnik „zręczność” w przypadku kierownika szpitalnego oddziału ratunkowego oraz kierowników oddziału: chirurgii, urazowo-ortopedycznego, intensywnej opieki medycznej oraz ginekologiczno-położniczego. Trudność pracy na tych stanowiskach wymaga twórczego myślenia, pomysłowości i własnej inicjatywy. Stanowiska pracy lekarzy otrzymały wysokie oceny za czynnik „złożoność pracy” (85–137). Znacznie niższa punktacja uzyskana przez inne stanowiska pracy niż lekarzy (69–82) wynika ze specyfiki wykonywanych czynności, które w większości przypadków wiążą się również z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

W przypadku drugiego kryterium syntetycznego „odpowiedzialność” B możemy zaobserwować duże zróżnicowanie w osiągniętych wycenach punktowych stanowisk pracy (48–123). Stanowiska działalności podstawowej, które ponoszą największą odpowiedzialność za: proces leczenia, decyzje, bezpieczeństwo innych, finanse i środki pracy oraz kierowanie, uzyskały dużą liczbę punktów (62–123). Na uwagę zasługuje także fakt, że stanowiska lekarskie oraz dyspozytor uzyskały najwyższą ocenę punktową w przypadku czynnika „odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób” B4 (17–21). Odgrywający bardzo ważną rolę w ogólnej wycenie stanowiska jest czynnik „odpowiedzialność za kierowanie” B5. Czynnik ten zawiera najwyższą ocenę punktową, gdyż uwypukla on rangę stanowisk kierowniczych, jednocześnie uwzględniając stopień złożoności zadań wykonywanych przez podległych pracowników. W ocenie całkowitej bardzo zyskały stanowiska, na których realizowane są czynności kierownicze. Ocena stopnia trudności pracy zgodnie z kryterium „odpowiedzialność” spowodowała, że w znaczący sposób od stanowisk: starszego asystenta, asystenta zaczęły odbiegać w ocenie punktowej (77–95) stanowiska techników medycznych różnych specjalności oraz ratowników medycznych (51–65). Najniższą ocenę punktową według powyższego kryterium otrzymało stanowisko rejestratorki, sprzątaczkii oraz salowej (9–27). Wycena tego czynnika spowodowała również zwiększenie zróżnicowania stanowisk

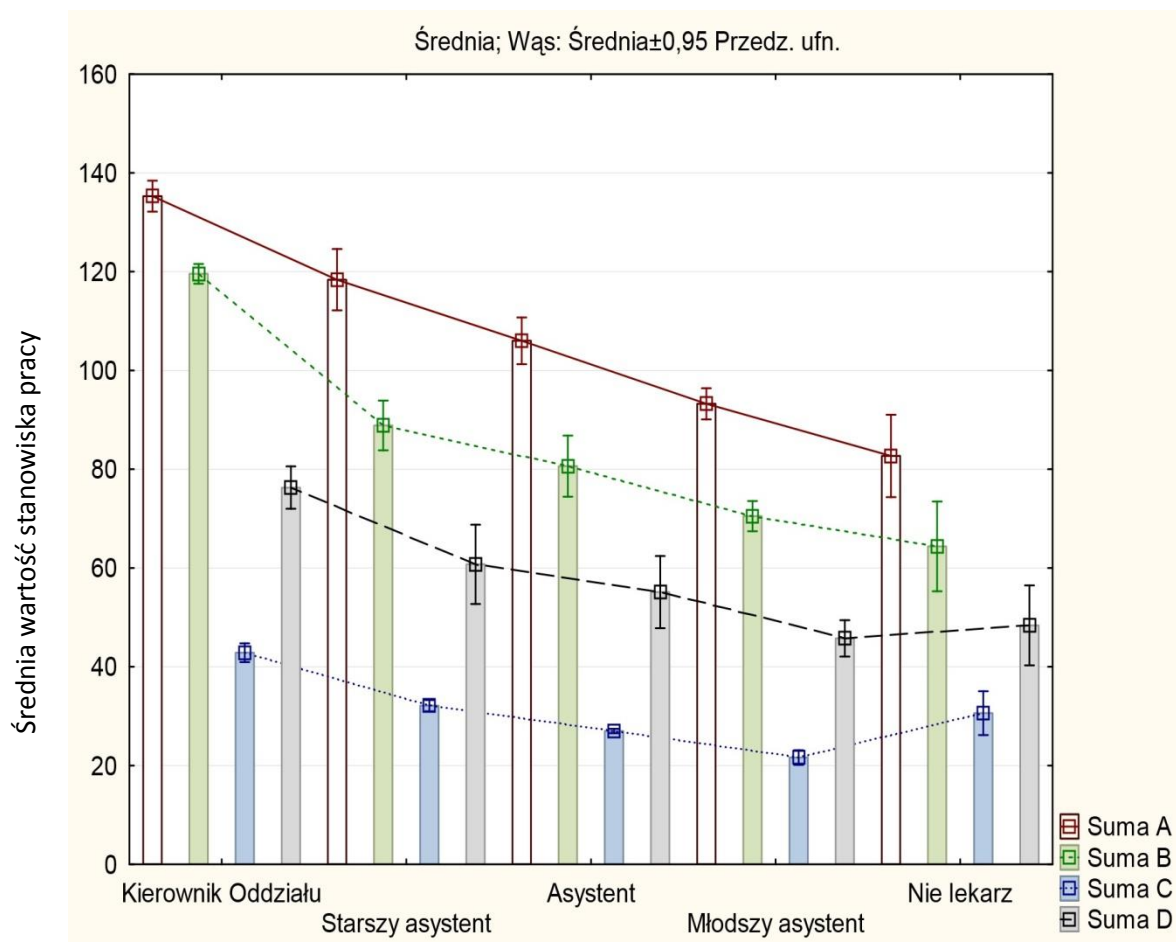
lekarskich, co spowodowało, że stanowisko młodszego asystenta zostało w tej grupie stanowisk najniżej ocenione (62–73).

Analiza wyników badań kolejnego kryterium syntetycznego „współpraca” C wykazuje, że tendencja ocenianych stanowisk nie zmienia się. Czynniki „współdziałanie” C1 charakteryzuje się tym, że ocenie podlega organizacja pracy zespołu, nawiązywanie kontaktów zewnętrznych, jak i wewnętrznych oraz koordynacja pracy grup pracowniczych. Zgodnie z tym czynnikiem analitycznym najwyższą ocenioną została trudność pracy na stanowiskach kierowniczych (17), w dalszej kolejności starszego asystenta (12) oraz asystenta i młodszego asystenta (9;10). Istotnych zmian w zakresie uzyskiwanej punktacji nie wnoszą czynniki „motywowanie” C2. Również zgodnie z wymogami klucza analitycznego najwyższą ocenioną zostały stanowiska wymienione w pierwszym czynniku, gdyż podejmowane decyzje na stanowiskach kluczowych wymagają koordynacji pracy podległych pracowników, bezpośrednio wpływając na jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Czynniki „kontakty zewnętrzne” C3 większą rangę nadaje kontaktom realizowanym przez kierowników oddziałów. Mają charakter złożonych czynności, które w istotny sposób wpływają na prawidłowe funkcjonowanie oddziałów, w tym również kontakty z pacjentami oraz ich rodzinami. Ocena trudności pracy, zgodnie z kryterium syntetycznym „współpraca”, powiększa liczbę punktów uzyskaną przez stanowiska kierownicze jednocześnie znacząco różnicując stanowisko starszego asystenta (32) od asystenta (27). W znaczny sposób odbiegała punktacja stanowisk działalności podstawowej od punktacji stanowisk działalności pomocniczej.

Wyniki badań ostatniego kryterium syntetycznego „uciążliwość pracy” D, odnoszące się do badania warunków pracy, nie wpłynęły znacząco na dokonaną wcześniej ocenę. Dokonana wycena punktowa różnicuje stanowiska w zakresie czynnika „wysiłek fizyczny” D1, wyceniając wyżej stanowiska ratowników medycznych (20) od kierowniczych (18). Natomiast w przypadku czynników „wysiłek psychoneurologiczny” D2 i „wysiłek umysłowy” D3 wycena punktowa nie wniosła zbyt dużych różnic w ogólnej ocenie. Dokonując wyceny trudności pracy zgodnie z kluczem analitycznym „monotonia i monotopia” D4, możemy zaobserwować bardzo niską wycenę stanowisk personelu medycznego (0). Spowodowane jest to brakiem występowania na tych stanowiskach niezmienności procesów i warunków pracy. Na szczególną uwagę zasługuje duża wycena stanowiska salowej (7) i sprzątaczk (5), w przypadku czynników „wysiłek fizyczny” i „monotonia”, co w pełni odzwierciedla zakres wykonywanych zadań. Ostatni czynnik „warunki pracy” D5 wnosi bardzo niewielkie różnice, w wycenie stanowisk

lekarskich (8–22) z wyłączeniem stanowiska dyspozytora (0), co jest spowodowane specyfiką realizowanych zadań.

Średnią wartość wyceny punktowej grup stanowisk pracy kierowników oddziałów, starszych asystentów, asystentów, młodszy asystentów, stanowiska nie lekarzy, rejestratorek, salowych i sprzątaczek prezentuje wykres 7.



Wykres 7. Średnia wartość grup stanowisk pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dokonując analizy wyników badań zaprezentowanych na powyższym wykresie dla stanowisk kierowników oddziałów (7), można stwierdzić, iż ta grupa stanowisk pracy charakteryzuje się uzyskaniem średniej liczby punktów, w kryterium syntetycznym złożoność wynoszącym 135, min. 128, maks. 137 punktów. Odchylenie standardowe 3,4, współczynnik zmienności 2,5%, co oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 119,5, min. 116, maks. 123.

Odchylenie standardowe 2,1, współczynnik zmienności 1,7%, co oznacza również małe zróżnicowanie zmiennych. Natomiast średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 42,8, min.-maks. 39–44. Odchylenie standardowe 2,0, współczynnik zmienności 4,7%, informujący o małym zróżnicowaniu zmiennych. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 76,2, gdzie min. 69, maks. 79. Odchylenie standardowe 4,6, a współczynnik zmienności 6,0% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk kierowników oddziałów wyniosła 374, min. 356, maks. 383. Odchylenie standardowe 10,7, współczynnik zmienności 2,8%, wskazujący na małe zróżnicowanie zmiennych.

Dla grupy stanowisk starszych asystentów (8) średnia liczba punktów w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” wynosi 118,3, gdzie min. 103 punkty, maks. 124. Odchylenie standardowe 7,4, współczynnik zmienności 6,2%, co oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. W przypadku klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 88,8, min. 79, maks. 95, odchylenie standardowe 6,0, a współczynnik zmienności 6,7%, wskazując również na małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 32,1, przedział min.-maks. 30–35, odchylenie standardowe 1,3, a współczynnik zmienności 4,2, oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Dla kolejnego klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 60,7, gdzie min. 40,0, maks. 70, odchylenie standardowe 9,6 oraz współczynnik zmienności 15,8%, wskazując średnie zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych wyniosła 347, min. 356, maks. 383, odchylenie standardowe 10,7, a współczynnik zmienności 2,8%, oznacza dla tej grupy stanowisk małe zróżnicowanie.

Grupa stanowisk asystentów (8) charakteryzuje się uzyskaniem średniej liczby punktów, w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” wynosi 106, min. 94 punkty, a maks. 112 punktów. Odchylenie standardowe 5,6, natomiast współczynnik zmienności 5,3%, co oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 80,6, min. 66, maks. 88, odchylenie standardowe 7,4, a współczynnik zmienności 9,1%, wskazując na małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 27, przedział min.-maks. 26-28, odchylenie standardowe 0,5, a współczynnik zmienności 1,9%, co wskazuje na małe zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 55,1, gdzie min. 36,0, maks. 65, odchylenie standardowe 8,7 oraz współczynnik zmienności 15,8%, wskazując na średnie zróżnicowanie zmiennych.

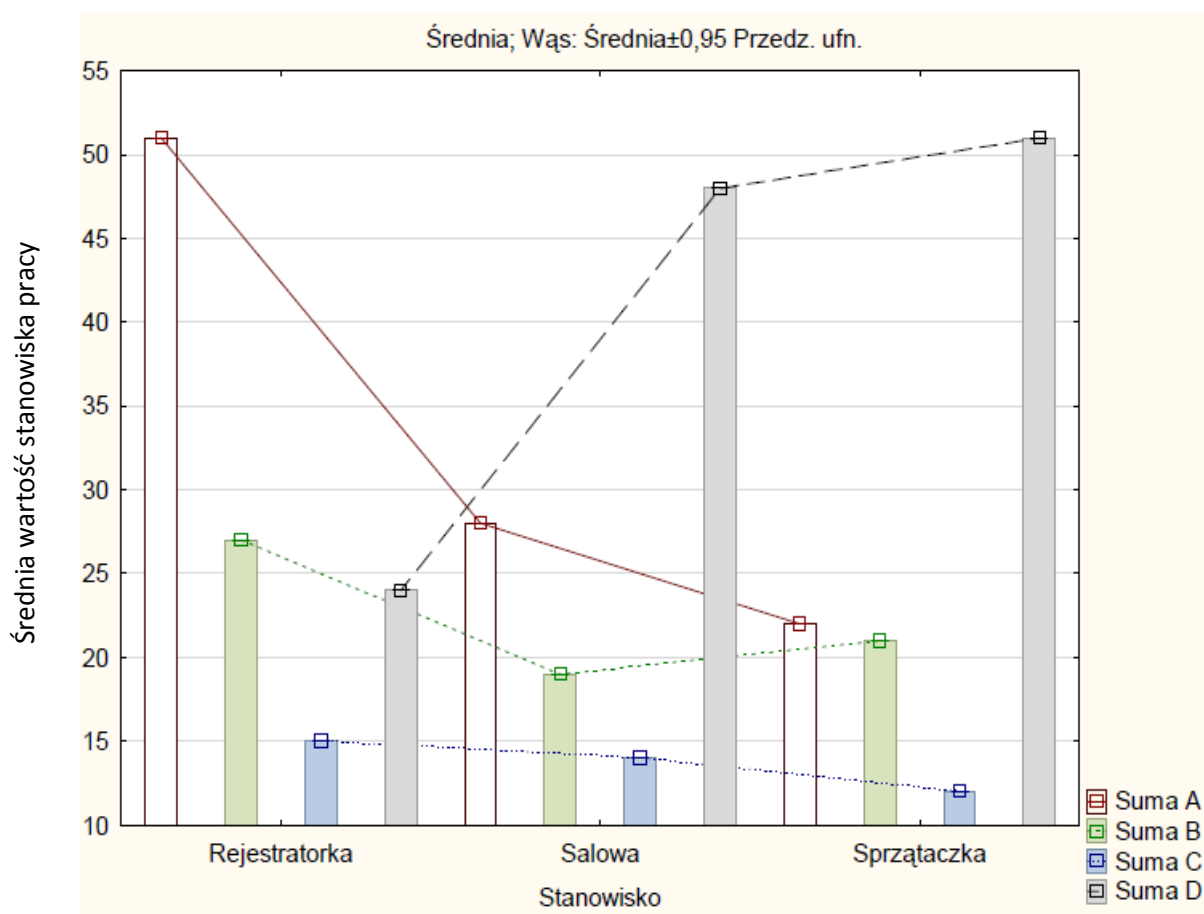
Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk asystentów wyniosła 268, min. 223, maks. 287, odchylenie standardowe 21,0, a współczynnik zmienności 7,8%, wskazując małe zróżnicowanie.

W grupie stanowisk młodszych asystentów (8) średnia liczba punktów w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” wyniosła 93,2, min. 85 punktów, a maks. 97 punktów. Odchylenie standardowe 3,7, współczynnik zmienności 4,0%, oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 70,5, min. 62, maks. 73, odchylenie standardowe 3,6, a współczynnik zmienności 5,1% wskazujący na małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 21,6, przedział min.-maks. 21–26, odchylenie standardowe 1,7, a współczynnik zmienności 8,1%, co wskazuje na małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” wyniosła 45,7, gdzie min. 36,0, maks. 51, odchylenie standardowe 4,3 oraz współczynnik zmienności 9,6%, wskazując także na małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość punktowa w grupie stanowisk młodszych asystentów wyniosła 231,1, min. 209, maks. 237, odchylenie standardowe 9,1, a współczynnik zmienności 3,9%, wskazując małe zróżnicowanie.

Do porównań statystycznych do grupy stanowisk nie lekarzy zaliczono stanowiska: kierownik apteki, dyspozytor, ratownik medyczny, ratownik medyczny – kierowca, fizjoterapeuta, farmaceuta, technik (masażu, fizjoterapii, analityki medycznej, elektroradiologii i farmaceuta) oraz statystyk medyczny. W grupie stanowisk nie lekarzy średnia liczba punktów w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” wyniosła 82,6, min. 64, maks. 110, odchylenie standardowe 13,7, współczynnik zmienności 16,6, oznaczając średnie zróżnicowanie. W odniesieniu do klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 64,3, min. 48, maks. 94, odchylenie standardowe 15,0, a współczynnik zmienności 23,3%, wskazując na średnie zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 30,6, przedział min.-maks. 24–46, odchylenie standardowe 7,3, a współczynnik zmienności 23,9%, oznaczając średnie zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 48,3, gdzie min. 31, maks. 60, odchylenie standardowe 13,4 oraz współczynnik zmienności 27,7%, wskazując także średnie zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk asystentów wyniosła 214,5, min. 195, maks. 221, odchylenie standardowe 29,0, a współczynnik zmienności 19,4%, wskazując średnie zróżnicowanie.



Średnią wartość wyceny punktowej grup stanowisk pracy sprzątaczek, rejestratorek oraz salowych prezentuje poniższy wykres.



Wykres 8. Średnia wartość grup stanowisk pracy personelu pomocniczego działalności podstawowej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Grupa stanowisk rejestratorek (8) charakteryzuje się uzyskaniem średniej liczby punktów 54, w kryterium syntetycznym „złożoność pracy”, min. 51, maks. 51 punktów. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 27, min. 27, maks. 27. Natomiast średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 15, min.-maks. 15. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 24, gdzie min. 24, maks. 24. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk rejestratorek wyniosła 117, min. 117, maks. 117.

Dla grupy stanowisk salowych (7) średnia liczba punktów w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” wynosi 28, min. 28, maks. 28 punktów. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 19, min. 19, maks.. Natomiast średnia

liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 14, min.-maks. 14. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 48, gdzie min. 48, maks. 48. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych w grupie stanowisk rejestratorek wyniosła 109, min. 109, maks. 109.

Stanowiska sprzątaczek (8) w kryterium syntetycznym „złożoność pracy” uzyskały średnią liczbę punktów 22, min. 22, maks. 22. Klucz syntetyczny „odpowiedzialność”, średnia liczba punktów wyniosła 21, min. 21, maks. 21. Dla klucza syntetycznego „współpraca” średnia liczba punktów wyniosła 12, min.-maks. 12. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 51, gdzie min. 51, maks. 51. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych w grupie stanowisk rejestratorek wyniosła 106, min. 106, maks. 106.

Odchylenie standardowe, jak również współczynnik zmienności wyceny wartości punktowej grup stanowisk rejestratorek, salowych oraz sprzątaczek wynosił 0,0.

Wyniki badań oceny trudności pracy dla kolejnej grupy stanowisk pracy, do których zaliczono stanowiska pielęgniarek, prezentuje tabela 15.

Tabela 15. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach pielęgniarek

Symbol	Stanowisko	Złożoność pracy					Odpowiedzialność					Współpraca				Uciążliwość pracy					Razem		
		A1	A2	A3	A4	Suma A	B1	B2	B3	B4	B5	Suma B	C1	C2	C3	Suma C	D1	D2	D3	D4		D5	Suma D
OCH	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	102	19	17	15	17	20	88	12	12	8	32	15	18	13	0	18	64	286
OIN	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	15	12	102	19	17	15	17	20	88	10	10	7	27	16	16	14	0	17	63	280
OOU	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	102	19	15	15	17	20	86	10	10	7	27	15	18	13	0	18	64	279
SOR	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	15	12	102	19	17	10	15	20	81	10	10	7	27	16	16	12	0	17	61	271
OPD	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	102	19	17	17	14	18	85	10	10	8	28	12	15	13	0	16	56	271
OGP	Położna oddziałowa	55	25	9	15	104	18	18	12	15	15	78	10	10	7	27	8	17	14	0	15	54	263
OCW	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	102	16	14	12	15	20	77	10	9	8	27	9	14	13	0	15	51	257
OPD	Pielęgniarka koordynująca	45	25	9	17	96	18	15	12	14	17	76	8	8	8	24	12	15	13	0	16	56	252
OCH	Pielęgniarka koordynująca	45	20	9	12	86	17	13	15	17	18	80	10	10	7	27	13	16	12	0	18	59	252
OOU	Pielęgniarka koordynująca	45	20	9	12	86	17	13	15	17	18	80	10	10	7	27	13	16	12	0	18	59	252
OCH	Pielęgniarka instrumentariuszka	45	20	8	15	88	17	12	11	15	11	66	9	9	7	25	13	16	12	0	16	57	236
OCH	Pielęgniarka anestezjologii	45	20	8	15	88	17	12	11	15	11	66	9	9	7	25	13	16	12	0	16	57	236
OGP	Starsza położna	45	20	7	14	86	18	16	12	15	12	73	9	9	5	23	7	15	9	0	15	46	228
OCH	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	12	84	16	12	10	14	11	63	8	8	6	22	13	16	12	0	17	58	227
OIN	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	82	16	17	10	14	10	67	8	8	6	22	16	14	9	0	17	56	227
SOR	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	82	16	17	10	14	10	67	8	8	6	22	16	14	9	0	17	56	227
OPD	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	15	87	16	15	10	14	13	68	8	8	6	22	10	14	9	0	15	48	225
OOU	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	12	84	16	12	10	14	11	63	8	8	6	22	14	18	9	0	15	56	225
OGP	Położna (mgr)	55	15	7	14	91	16	16	10	13	12	67	8	8	5	21	7	15	9	0	15	46	225
OCH	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	82	16	12	10	14	10	62	8	8	6	22	13	16	12	0	17	58	224
OPD	Starsza pielęgniarka	45	20	7	14	86	16	15	10	14	12	67	8	8	6	22	10	14	9	0	15	48	223
OOU	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	82	16	12	10	14	10	62	8	8	6	22	14	18	9	0	15	56	222
OGP	Położna	42	15	7	14	78	16	16	10	13	12	67	8	8	5	21	8	13	9	0	15	47	213
OCW	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	10	82	16	12	10	14	11	63	8	8	6	22	8	13	9	0	15	45	212
OCW	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	82	15	12	10	14	10	61	8	8	6	22	8	13	9	0	15	45	210
OCH	Pielęgniarka	42	15	5	8	70	11	10	8	13	8	50	7	6	5	18	16	18	7	0	16	57	195
OOU	Pielęgniarka	42	15	5	8	70	11	12	6	13	8	50	7	6	5	18	13	16	12	0	16	57	195
OIN	Pielęgniarka	42	15	5	8	70	11	12	8	13	8	52	7	6	5	18	16	13	7	0	16	52	192
SOR	Pielęgniarka	42	15	5	8	70	11	12	8	13	8	52	7	6	5	18	16	13	7	0	16	52	192
OPD	Pielęgniarka	42	15	5	11	73	10	13	7	13	7	50	7	6	4	17	10	13	6	0	15	44	184
OCW	Pielęgniarka	42	15	5	8	70	11	10	8	13	8	50	7	6	5	18	8	13	9	0	14	44	182

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki badań trudności pracy osób zatrudnionych na stanowiskach pielęgniarek zgodnie z kryterium syntetycznym „złożoność pracy” A wskazują uzyskanie najwyższej punktacji przez pielęgniarki oddziałowe. Wysoka ocena czynnika analitycznego „wyszkolenie” A1 oraz „doświadczenie” A2, w przypadku pielęgniarki oddziałowej jest (50;25), co prawda nieco niższa od lekarzy (60;25), jednak potwierdza fakt, że pielęgniarki muszą mieć bardzo wysokie kwalifikacje zawodowe i nieustannie podnosić swoją wiedzę w trakcie całego okresu aktywności zawodowej. Praca pielęgniarek oddziałowych w porównaniu z innymi stanowiskami w tej grupie zawodowej charakteryzuje się najwyższą skalą innowacyjności i trudności. Czynniki „innowacyjność, twórczość” A3 powoduje zróżnicowanie w ocenie punktowej (5–15). W ogólnej ocenie tracą stanowiska starszych pielęgniarek (7) oraz pielęgniarek (5). Zauważalny jest również spadek punktacji stanowiska pielęgniarki koordynującej (9). Dalszy wzrost liczby punktów na korzyść pielęgniarek oddziałowych przynosi czynnik „zręczność” A4 (15–12). Różnice w ocenie uwzględniają wykonywanie prac wymagających dużej zręczności fizycznej i wysokiej precyzji ruchów, szczególnie w oddziałach zabiegowych.

Wycena trudności pracy zgodnie z drugim kryterium syntetycznym „odpowiedzialność” B powoduje pogłębienie zróżnicowania wyceny stanowisk pracy. Czynniki „odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy” B1 w mniejszym stopniu ocenia trudność pracy na stanowisku pielęgniarki (10;11). Pozostałe stanowiska są ocenione w zbliżonej skali punktowej (15–19), gdyż wykonywana praca jest bardzo złożona i w pełni samodzielna. Nieznacznie większą liczbę punktów otrzymało stanowisko pielęgniarki oddziałowej z uwagi na ponoszoną odpowiedzialność za pracę oddziału. Klucz analityczny „odpowiedzialność za decyzję” B2 najmniejszą liczbę punktów przyznaje stanowisku pielęgniarki (10–13). Przyznana punktacja odzwierciedla stopień podejmowanych decyzji dotyczących wieloaspektowych rozstrzygnięć. Natomiast największą liczbę punktów otrzymały stanowiska pracy odpowiedzialne za podejmowanie decyzji związanych z organizacją działań grup pracowniczych (15–18). Następnym kluczem „finanse oraz środki i przedmioty pracy” B3 powiększa różnicę punktową między stanowiskami pielęgniarek oddziałowych (10–27), najniżej zostało ocenione stanowisko pielęgniarki oddziałowej (SOR-10), a pielęgniarkami koordynującymi (12–15) czy odcinkowymi (10). Spowodowane jest to ponoszeniem dużej odpowiedzialności za powstałe szkody w przedmiotach pracy o znacznej wartości. Na uwagę zasługuje także fakt, że stanowiska pielęgniarki odcinkowej i koordynującej otrzymały liczbę punktów (10;12–15). Ocena stopnia trudności pracy pielęgniarek według czynnika „odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób” B4 nie zmieniła znacznie dotychczasowej wyceny, gdyż cała

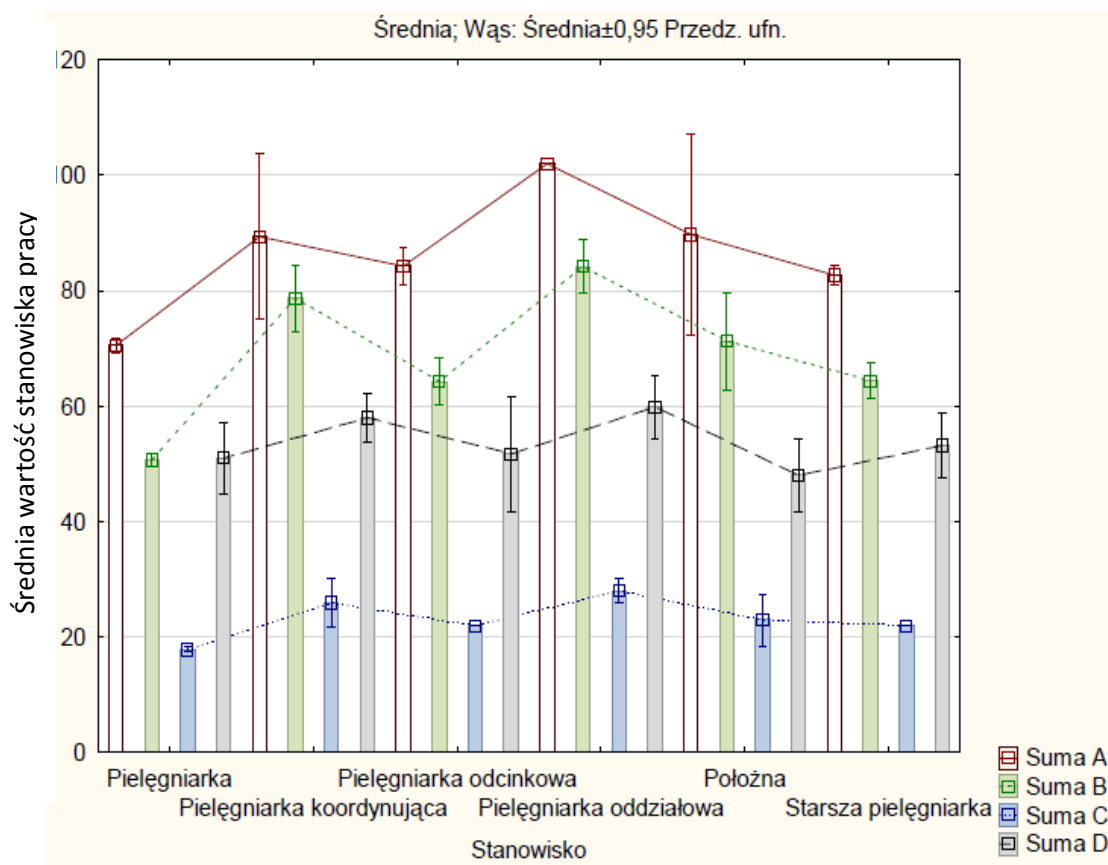
grupa stanowisk otrzymała zbliżoną punktację (13–17). Bardzo ważną rolę odegrał ostatni klucz analityczny „odpowiedzialność za kierowanie” B5, powodując wystąpienie znaczących różnic w punktacji stanowisk pracy. Najwyższą ocenę otrzymały pielęgniarki oddziałowe (18–20), których ocena w znaczący sposób odbiegała od oceny trudności pracy starszej pielęgniarki (10–12), pielęgniarki odcinkowej (11–13) i pielęgniarki (7–8).

Analiza wyników badań trzeciego kryterium syntetycznego „współpraca” C nie wykazuje istotnych zmian w tendencji dokonanych wcześniej wycen trudności pracy. Czynniki „współdziałanie” C1 oceniający stanowisko pracy pod względem współdziałań pracowników z innymi komórkami organizacyjnymi, współpracy zespołowej czy koordynacji, najwyższej wyceny stanowisko pielęgniarki oddziałowej (10;12). W przypadku pozostałych stanowisk możemy zaobserwować niewielką różnicę w dokonanej wycenie (7;8). Kolejny klucz analityczny „motywowanie” C2 wycenia stanowiska na prawie identycznym poziomie (6–12), nie wnosząc różnic w zakresie uzyskiwanej punktacji. Ostatni klucz analityczny „kontakty zewnętrzne” C3, oceniający ponoszenie przez pielęgniarki odpowiedzialności za kontakty zewnętrzne, które mają wpływ za prawidłowe funkcjonowanie określonych dziedzin działalności podmiotu leczniczego, również wycenia poszczególne stanowiska prawie na tym samym poziomie (5–7).

Kryterium syntetyczne „uciążliwość pracy” D podaje pod ocenę szeroko rozumiane warunki pracy. Na podstawie czynnika „wysiłek fizyczny” D1 ocenie został poddany proces wykonywania obowiązków wynikających ze specyfiki stanowiska. Najmniejszą liczbę punktów otrzymały stanowiska występujące na oddziale: chorób wewnętrznych (8;9) i ginekologiczno-położniczym (7;8). Natomiast najwyższą punktację otrzymały stanowiska występujące na oddziale: intensywnej opieki medycznej (16), chirurgii (15;16), urazowo-ortopedycznym (13–15) i ratunkowym (16). Wycena czynników „wysiłek psychoneurwowy” D2 (13–18) i „warunki pracy” D5 (14–18) jest zbliżona do występujących stanowisk, w przeciwieństwie do czynnika „wysiłek umysłowy” D3, który zróżnicował ocenę trudności pracy (6–14). Stanowiska pielęgniarek oddziałowych i koordynujących, z uwagi na występowanie prac o nasileniu procesów myślowych związanych z przetwarzaniem informacji, zostały najwyższej wycenione. Uciążliwość pracy pielęgniarek cechuje się brakiem występowania stałej monotonii, sprowadzającej się do niezmienności procesów i warunków pracy. Dlatego też podczas dokonywania wyceny trudności pracy zgodnie z czynnikiem „monotonia i monotypia” D4 stanowiskom pielęgniarek nie przyznano żadnego punktu. Największą liczbę przyznanych punktów zgodnie z kluczem syntetycznym „uciążliwość pracy”

otrzymały stanowiska pielęgniarek oddziałowych oddziałów: chirurgii (64) i urazowo-ortopedycznego (64).

Średnią wartość wyceny punktowej grup stanowisk pracy: pielęgniarek oddziałowych, pielęgniarek odcinkowych, pielęgniarek koordynujących, starszych pielęgniarek, starszych położnych, pielęgniarek oraz położnych prezentuje wykres 9.



Wykres 9. Średnie wartości wyceny grup stanowisk pracy pielęgniarek

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analizując wyniki oceny trudności pracy, występującej na stanowiskach pielęgniarek oddziałowych (8), można stwierdzić, że średnia liczba punktów dla kryterium syntetycznego „złożoność pracy” wynosi 102, min.-maks. 102. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 84,1, min.-maks. 77–88. Odchylenie standardowe 4,3, współczynnik zmienności 5,1%, co oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wyniosła 28, min.-maks. 27–32. Odchylenie standardowe 2,0 współczynnik zmienności 7,1% oznacza również małe zróżnicowanie zmiennych. Dla klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” średnia liczba punktów wyniosła 59,8, gdzie min. 51,0 maks. 64,0. Odchylenie standardowe 5,2 współczynnik zmienności 8,8%

oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych w grupie stanowisk pielęgniarek oddziałowych wyniosła 274, min. 257, maks. 286. Odchylenie standardowe 10,1 oraz współczynnik zmienności 3,6% oznacza małe zróżnicowanie.

Dokonując analizy wyników oceny trudności pracy stanowisk pielęgniarek odcinkowych (4), należy zauważyć, że średnia liczba punktów dla kryterium syntetycznego „złożoność pracy” wynosi 84,2, min. 82, maks. 87 punktów. Odchylenie standardowe 2,0 oraz współczynnik zmienności 2,4% wskazuje małe zróżnicowanie. Dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” średnia liczba punktów wyniosła 64,2, min. 63, maks. 68. Odchylenie standardowe 2,5, współczynnik zmienności 3,8% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Dla kolejnego klucza syntetycznego „współpraca” średnia liczba punktów wyniosła 22, min.-maks. 22. Klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” charakteryzuje się średnią liczbą punktów 51,7, gdzie min. 45, maks. 58. Odchylenie standardowe 6,2, współczynnik zmienności 12,0% oznacza średnie zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk pielęgniarek odcinkowych wyniosła 222,5, min. 212,0, maks. 227. Odchylenie standardowe 6,8 oraz współczynnik zmienności 3,1% oznacza małe zróżnicowanie.

Analizując wyniki oceny trudności pracy stanowisk pielęgniarek koordynujących (3) średnia liczba punktów dla kryterium syntetycznego „złożoność pracy” wynosi 89,3, min. 86, maks. 96 punktów. Odchylenie standardowe 5,7, natomiast współczynnik zmienności 6,4% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla następnego klucza syntetycznego, którym jest „odpowiedzialność” wyniosła 78,6, min. 76, maks. 80. Odchylenie standardowe 2,3, współczynnik zmienności 2,9% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Klucz syntetyczny „współpraca” charakteryzuje średnia liczba punktów 26, min.-maks. 24–27. Odchylenie standardowe 1,7 współczynnik zmienności 6,6% utrzymuje się na poziomie małego zróżnicowania zmiennych. Klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” – średnia liczba punktów 58, min. 56, maks. 59. Odchylenie standardowe 1,7, współczynnik zmienności 2,9%, oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk pielęgniarek koordynujących wyniosła 252, min. 252, maks. 252.

Wyniki oceny trudności pracy stanowisk starszych pielęgniarek (6) wskazują średnią liczbę punktów dla kryterium syntetycznego „złożoność” na poziomie 82,6, min. 82, maks. 86 punktów. Odchylenie standardowe 1,6, natomiast współczynnik zmienności 1,9% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla następnego klucza syntetycznego („odpowiedzialność”) wyniosła 64,3, min. 61,0, maks. 67. Odchylenie standardowe 2,9, współczynnik zmienności 4,5% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych.

Klucz syntetyczny „współpraca” – średnia liczba punktów 22, min.-maks. 22. Klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” – średnia liczba punktów 53,1 gdzie min. 45, maks. 58. Odchylenie standardowe 5,3, współczynnik zmienności 9,9% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk pielęgniarek koordynujących wyniosła 222,1, min. 210, maks. 227. Odchylenie standardowe 6,3 oraz współczynnik zmienności 2,8% oznacza małe zróżnicowanie.

Średnia liczba punktów oceny trudności pracy stanowisk pielęgniarek (6) dla kryterium syntetycznego „złożoność pracy” wynosi 70,5, min. 70, maks. 73 punkty. Odchylenie standardowe 1,2 natomiast współczynnik zmienności 1,7% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla następnego klucza syntetycznego „odpowiedzialność” wyniosła 50,6, min. 50, maks. 52. Odchylenie standardowe 1,0, współczynnik zmienności 2,0%, co oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Klucz syntetyczny „współpraca” – średnia liczba punktów 17,8 min.-maks. 17–18. Odchylenie standardowe 0,4 współczynnik zmienności 2,2% utrzymujący się na poziomie małego zróżnicowania zmiennych. Klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” – średnia liczba punktów 51, gdzie min. 44, maks. 57. Odchylenie standardowe 5,8, współczynnik zmienności 11,5% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk pielęgniarek wyniosła 190, min. 182, maks. 195. Odchylenie standardowe 5,6 oraz współczynnik zmienności 2,9% oznacza małe zróżnicowanie.

Grupę stanowisk pielęgniarek (6) dla kryterium syntetycznego „złożoność” cechuje średnia liczba punktów pracy na poziomie 89,7, min.-maks. 78–104. Odchylenie standardowe 10,9, współczynnik zmienności 12,1% oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „odpowiedzialność” wyniosła 71,2 min.-maks. 67–78. Odchylenie standardowe 5,3, współczynnik zmienności 7,4%, oznacza małe zróżnicowanie zmiennych. Klucz syntetyczny „współpraca” – średnia liczba punktów 23, min.-maks. 21–27. Odchylenie standardowe 2,8, współczynnik zmienności 12,2% utrzymujący się na poziomie średniego zróżnicowania zmiennych. Klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” – średnia liczba punktów 15, gdzie min.-maks. 15. Średnia wartość dla wszystkich kluczy syntetycznych, w grupie stanowisk pielęgniarek wyniosła 48, min. 46, maks. 54. Odchylenie standardowe 4,0 oraz współczynnik zmienności 8,3% oznacza małe zróżnicowanie.



Tabela 16. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach administracji i obsługi

	Stanowisko	Złożoność pracy					Odpowiedzialność					Współpraca				Uciążliwość pracy					Razem		
		A1	A2	A3	A4	Suma A	B1	B2	B3	B4	B5	Suma B	C1	C2	C3	Suma C	D1	D2	D3	D4		D5	Suma D
<b>AD</b>	Prezes zarządu	60	35	25	5	<b>125</b>	30	30	25	20	50	<b>155</b>	25	20	20	<b>65</b>	5	22	22	0	12	<b>61</b>	<b>406</b>
<b>AD</b>	Dyrektor ds. medycznych	60	35	25	5	<b>125</b>	28	30	23	20	48	<b>149</b>	25	20	20	<b>65</b>	5	20	20	0	12	<b>57</b>	<b>396</b>
<b>AD</b>	Wiceprezes	60	35	22	5	<b>122</b>	28	28	23	7	45	<b>131</b>	25	18	20	<b>63</b>	5	20	20	0	12	<b>57</b>	<b>373</b>
<b>AD</b>	Naczelną pielęgniarka	55	30	22	5	<b>112</b>	23	18	17	17	40	<b>115</b>	17	15	17	<b>49</b>	5	18	17	0	17	<b>57</b>	<b>333</b>
<b>AD</b>	Informatyk	55	15	17	7	<b>94</b>	20	18	7	1	12	<b>58</b>	17	12	17	<b>46</b>	10	12	17	0	3	<b>42</b>	<b>240</b>
<b>AD</b>	Pielęgniarka epidemiologiczna	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	13	8	12	0	3	<b>36</b>	<b>238</b>
<b>AD</b>	Samodzielny specjalista	50	20	17	5	<b>92</b>	17	12	6	1	30	<b>66</b>	12	12	17	<b>41</b>	5	12	17	0	3	<b>37</b>	<b>236</b>
<b>AD</b>	Inspektor BHP	50	15	17	5	<b>87</b>	20	18	6	10	30	<b>84</b>	10	10	17	<b>37</b>	5	6	12	0	3	<b>26</b>	<b>234</b>
<b>AD</b>	Dietetyk	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	5	5	12	0	3	<b>25</b>	<b>227</b>
<b>AD</b>	Inspektor ds. zdarzeń kryzys.	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	5	5	12	0	3	<b>25</b>	<b>227</b>
<b>AD</b>	Starszy księgowy	42	15	12	5	<b>74</b>	15	10	6	1	15	<b>47</b>	10	12	17	<b>39</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>193</b>
<b>AD</b>	Technik budowlany	42	15	12	5	<b>74</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>183</b>
<b>AD</b>	Inspektor	40	15	12	5	<b>72</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>181</b>
<b>AD</b>	Specjalista	40	15	12	5	<b>72</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>181</b>
<b>O</b>	Starszy magazynier	40	15	7	5	<b>67</b>	15	9	12	10	10	<b>56</b>	12	8	7	<b>27</b>	7	7	6	5	6	<b>31</b>	<b>181</b>
<b>AD</b>	Statystyk medyczny	40	20	10	5	<b>75</b>	13	8	5	1	5	<b>32</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>160</b>
<b>O</b>	Magazynier	40	10	7	5	<b>62</b>	12	7	11	8	5	<b>43</b>	9	6	7	<b>22</b>	7	5	6	5	6	<b>29</b>	<b>156</b>
<b>AD</b>	Starszy referent	40	10	10	5	<b>65</b>	13	8	5	1	5	<b>32</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>150</b>
<b>AD</b>	Sekretarka	40	10	10	5	<b>65</b>	15	5	5	1	5	<b>31</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>149</b>
<b>O</b>	Mechanik	40	5	6	7	<b>58</b>	10	8	7	5	5	<b>35</b>	8	7	5	<b>20</b>	13	7	5	3	6	<b>34</b>	<b>147</b>
<b>AD</b>	Referent	35	1	7	5	<b>48</b>	10	5	5	1	0	<b>21</b>	5	3	7	<b>15</b>	5	7	10	0	3	<b>25</b>	<b>109</b>
<b>O</b>	Steryliizator	35	1	3	7	<b>46</b>	6	5	6	5	5	<b>27</b>	5	3	6	<b>14</b>	3	7	5	0	5	<b>20</b>	<b>107</b>
<b>O</b>	Kierowca	10	5	6	7	<b>28</b>	6	7	6	5	5	<b>29</b>	9	3	6	<b>18</b>	3	7	5	3	8	<b>26</b>	<b>101</b>
<b>O</b>	Pracownik gospodarczy	10	1	0	7	<b>18</b>	5	3	3	1	0	<b>12</b>	3	5	3	<b>11</b>	23	3	3	7	10	<b>46</b>	<b>87</b>
<b>O</b>	Portier	10	1	0	3	<b>14</b>	4	3	1	7	0	<b>15</b>	0	3	5	<b>8</b>	17	5	1	7	10	<b>40</b>	<b>77</b>
<b>O</b>	Szatniarz	10	1	0	3	<b>14</b>	4	3	1	7	0	<b>15</b>	0	3	5	<b>8</b>	17	5	1	7	3	<b>33</b>	<b>70</b>
<b>O</b>	Sprzątaczką	10	5	0	3	<b>18</b>	4	3	1	1	0	<b>9</b>	0	3	3	<b>6</b>	13	3	1	5	8	<b>30</b>	<b>63</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza wyników badań trudności pracy osób zatrudnionych na stanowiskach administracji i obsługi, zgodnie z kryterium syntetycznym „złożoność pracy” A, wskazuje uzyskanie najwyższej punktacji przez stanowiska zaliczane do tzw. ścisłego zarządu, do których zaliczono: prezesa zarządu, dyrektora ds. medycznych, wiceprezesa. Uzyskanie maksymalnej punktacji dla czynnika analitycznego „wykształcenie” A1 (60) oraz „doświadczenie” A2 (35) potwierdza, iż stanowiska odpowiedzialne za działalność podmiotu leczniczego wymagają od osób zatrudnionych wysokich kwalifikacji oraz doświadczenia umożliwiającego kierowanie dużymi zespołami, koordynowanie złożonych i odpowiedzialnych przedsięwzięć. Po dokonaniu oceny stanowisk pracy, stosując dwa pierwsze czynniki, wyniki badań wskazują na wystąpienie dużego zróżnicowania trudności pracy. Stanowiska, na których podejmowane są decyzje o znaczeniu strategicznym wymagają twórczego myślenia oraz wykorzystywania najnowszych osiągnięć w danych dziedzinach działalności podmiotu leczniczego. Dlatego też, opierając się na wytycznych zawartych w kluczu analitycznym „innowacyjność twórczość” A3 wyceniono na najwyższym poziomie (25) trudność pracy występującą na stanowisku prezesa zarządu i dyrektora ds. medycznych. Stanowisko wiceprezesa oraz naczelniej pielęgniarki oceniono niżej (22), co nie spowodowało wystąpienia znaczących różnic między stanowiskami. Na uwagę zasługuje fakt, że zgodnie z ostatnim czynnikiem „zręczność” A4 stanowiska pracy zaliczane do grupy administracji i obsługi zostały wycenione na podobnym poziomie (3–7). Praca na stanowiskach administracji i obsługi nie wymaga dużej zręczności fizycznej i precyzji ruchów, co miało bezpośredni wpływ na dokonanie wyceny pracy na najniższym poziomie.

Kryterium syntetyczne „odpowiedzialność” B w znaczący sposób wpływa na pogłębienie się zróżnicowania wyceny stanowisk pracy (9–155). Zgodnie z tym kryterium stanowiska zaliczane do ścisłego zarządu osiągnęły jedne z najwyższych punktacji w poszczególnych kluczach analitycznych. Dokonując analizy wyników czynnika „odpowiedzialność za przebieg i skutki pracy” B1, należy stwierdzić, iż premiuje on stanowiska, na których występuje duża odpowiedzialność za rozwój oraz osiągnięte efekty (28–30). Taka sama sytuacja występuje w następnym czynniku „odpowiedzialność za decyzje” B2, który przyznaje stanowiskom, na nich bowiem podejmowane są decyzje o znaczeniu strategicznym, determinujące dalszą działalność podmiotu leczniczego wysoką punktacją (28–30). Klucze analityczne „finanse oraz środki i przedmioty pracy” B3, jak również „odpowiedzialność za kierowanie” B5 nie powodują wystąpienia różnic w punktacji stanowisk pracy, gdyż najwyższą ocenę otrzymały stanowiska zaliczane do ścisłego zarządu (23–25), (45–50). Niewielką różnicę w ocenie stanowisk ścisłego zarządu wprowadza czynnik „odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób” B4, który bada trudność pracy ze względu na ponoszenie

odpowiedzialności z tytułu nadzoru za przestrzeganie zasad bezpieczeństwa. W tej grupie stanowisk najniżej zostało ocenione stanowisko wiceprezesa (7), gdyż wystąpienie nieprzestrzegania przepisów bhp przez podległych pracowników lub innych zagrożeń jest niewielkie.

Analiza wyników badań trzeciego kryterium syntetycznego „współpraca” C wskazuje na zwiększenie zróżnicowania trudności pracy między stanowiskami. Wysokie oceny (25) przyznane na podstawie czynnika „współdziałanie” C1 otrzymały stanowiska, na których podejmowane są decyzje, mające związek z koordynacją prac prowadzonych przez szereg specjalistycznych komórek organizacyjnych, które realizują wspólne programy lub projekty. Analiza wyników trudności pracy, dokonana na podstawie klucza analitycznego „motywowanie” C2, wykazuje szczególną rolę stanowisk, na których realizowany jest proces motywowania pracowników. Najwyższą punktację (15–20) uzyskały stanowiska wpływające na zaangażowanie się pracowników w wykonywanie priorytetowych dla podmiotu leczniczego zadań. Ostatni klucz analityczny „kontakty zewnętrzne” C3, oceniający szeroko rozumianą odpowiedzialność za kontakty z otoczeniem, wycenia na najwyższym poziomie (20) stanowisko prezesa i dyrektora ds. medycznych.

Zgodnie z kluczami analitycznymi kryterium syntetycznego „uciążliwość pracy” D poddane zostały ocenie warunki pracy. Analizując wyniki badań klucza analitycznego „wysiłek fizyczny” D1, najwyżej zostało ocenione stanowisko pracownika gospodarczego (23). Najmniejszą liczbę punktów otrzymały stanowiska, na których nie występuje wysiłek fizyczny, tj. kierownicze najwyższego szczebla zarządzania (5) oraz administracja (5–7). Wyniki badań czynnika „wysiłek psychoneurwowy” D2 wskazują, że najwyższą punktację (22) otrzymało stanowisko prezesa zarządu. Niżej oceniono stanowisko dyrektora ds. medycznych (20), wiceprezesa (20), naczelniej pielęgniarki (17), informatyka (17) oraz samodzielnego specjalisty (17). Najmniejszą liczbę punktów uzyskało stanowisko sprzątaczk i pracownika gospodarczego (3). Czynnikiem „wysiłek umysłowy” D3 najniżej ocenia stanowiska: portiera, szatniarza oraz sprzątaczk (1) z uwagi na niewystępowanie na nich prac złożonych. Dokonywana wycena trudności pracy, zgodnie z czynnikiem „monotonia i monotopia” D4, w punktacji wyróżnia stanowiska: pracownika gospodarczego, portiera, szatniarza (7). Klucz analityczny „warunki pracy” D5 najwyżej ocenia stanowisko naczelniej pielęgniarki (17) natomiast stanowiska ścisłego zarządu niżej (12). Szczegółowe omówienie wyników badań trudności pracy w poszczególnych grupach stanowisk pozwoliło na przejście do analizy rankingu ocen wartościowania stanowisk pracy dla całego podmiotu leczniczego, które są zawarte w tabeli 17.

Tabela 17. Hierarchia stanowisk pracy w podmiocie leczniczym

Symbol	Stanowisko	Złożoność pracy					Odpowiedzialność						Współpraca				Uciążliwość pracy						Razem
		A1	A2	A3	A4	Suma A	B1	B2	B3	B4	B5	Suma B	C1	C2	C3	Suma C	D1	D2	D3	D4	D5	Suma D	
AD	Prezes zarządu	60	35	25	5	<b>125</b>	30	30	25	20	50	<b>155</b>	25	20	20	<b>65</b>	5	22	22	0	12	<b>61</b>	<b>406</b>
AD	Dyrektor ds. medycznych	60	35	25	5	<b>125</b>	28	30	23	20	48	<b>149</b>	25	20	20	<b>65</b>	5	20	20	0	12	<b>57</b>	<b>396</b>
OCH	Kierownik oddziału	60	30	22	25	<b>137</b>	26	23	17	17	40	<b>123</b>	17	15	12	<b>44</b>	18	22	17	0	22	<b>79</b>	<b>383</b>
OUO	Kierownik oddziału	60	30	22	25	<b>137</b>	26	21	17	17	40	<b>121</b>	17	15	12	<b>44</b>	18	22	17	0	22	<b>79</b>	<b>381</b>
SOR	Kierownik oddziału	60	30	22	25	<b>137</b>	23	22	17	17	40	<b>119</b>	17	15	12	<b>44</b>	18	22	17	0	22	<b>79</b>	<b>379</b>
OIN	Kierownik oddziału	60	30	22	25	<b>137</b>	23	22	17	17	40	<b>119</b>	17	15	12	<b>44</b>	18	22	17	0	22	<b>79</b>	<b>379</b>
OGP	Kierownik oddziału	60	30	22	25	<b>137</b>	23	22	17	17	40	<b>119</b>	17	15	12	<b>44</b>	18	22	17	0	22	<b>79</b>	<b>379</b>
AD	Wiceprezes	60	35	22	5	<b>122</b>	28	28	23	7	45	<b>131</b>	25	18	20	<b>63</b>	5	20	20	0	12	<b>57</b>	<b>373</b>
OPD	Kierownik oddziału	60	30	22	22	<b>134</b>	24	22	17	17	36	<b>116</b>	17	15	9	<b>41</b>	14	22	17	0	17	<b>70</b>	<b>361</b>
OCW	Kierownik oddziału	60	30	21	17	<b>128</b>	25	18	16	21	40	<b>120</b>	17	14	8	<b>39</b>	14	21	17	0	17	<b>69</b>	<b>356</b>
AD	Naczelnia pielęgniarka	55	30	22	5	<b>112</b>	23	18	17	17	40	<b>115</b>	17	15	17	<b>49</b>	5	18	17	0	17	<b>57</b>	<b>333</b>
OCH	Starszy asystent	60	25	17	22	<b>124</b>	21	19	15	17	23	<b>95</b>	12	12	8	<b>32</b>	18	20	15	0	17	<b>70</b>	<b>321</b>
OUO	Starszy asystent	60	25	17	22	<b>124</b>	21	17	13	17	23	<b>91</b>	12	12	8	<b>32</b>	18	20	15	0	17	<b>70</b>	<b>317</b>
SOR	Starszy asystent	60	25	17	22	<b>124</b>	21	19	15	17	23	<b>95</b>	12	12	8	<b>32</b>	18	19	15	0	12	<b>64</b>	<b>315</b>
OIN	Starszy asystent	60	25	17	22	<b>124</b>	21	19	15	17	23	<b>95</b>	12	12	8	<b>32</b>	18	19	15	0	12	<b>64</b>	<b>315</b>
OPD	Starszy asystent	60	25	15	17	<b>117</b>	21	15	15	15	20	<b>86</b>	12	12	8	<b>32</b>	12	17	15	0	17	<b>61</b>	<b>296</b>
OGP	Starszy asystent	60	25	15	17	<b>117</b>	21	18	8	17	20	<b>84</b>	12	12	8	<b>32</b>	10	19	15	0	17	<b>61</b>	<b>294</b>
PDO	Kierownik pracowni	55	25	17	13	<b>110</b>	23	17	15	15	20	<b>90</b>	15	12	15	<b>42</b>	9	12	15	0	10	<b>46</b>	<b>288</b>
OCH	Asystent	55	25	12	20	<b>112</b>	19	17	15	17	20	<b>88</b>	10	10	7	<b>27</b>	18	18	14	0	10	<b>60</b>	<b>287</b>
OCW	Starszy asystent	60	25	14	15	<b>114</b>	17	15	14	17	23	<b>86</b>	12	11	7	<b>30</b>	10	15	14	0	17	<b>56</b>	<b>286</b>
OCH	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	<b>102</b>	19	17	15	17	20	<b>88</b>	12	12	8	<b>32</b>	15	18	13	0	18	<b>64</b>	<b>286</b>
OIN	Asystent	55	25	12	20	<b>112</b>	19	17	15	17	20	<b>88</b>	10	10	7	<b>27</b>	18	16	14	0	10	<b>58</b>	<b>285</b>
OUO	Asystent	55	25	12	15	<b>107</b>	19	15	15	17	20	<b>86</b>	10	10	7	<b>27</b>	16	18	14	0	17	<b>65</b>	<b>285</b>
A	Kierownik apteki	60	25	16	5	<b>106</b>	23	17	16	12	12	<b>80</b>	17	12	17	<b>46</b>	10	12	15	0	12	<b>49</b>	<b>281</b>
OIN	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	15	12	<b>102</b>	19	17	15	17	20	<b>88</b>	10	10	7	<b>27</b>	16	16	14	0	17	<b>63</b>	<b>280</b>
OUO	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	<b>102</b>	19	15	15	17	20	<b>86</b>	10	10	7	<b>27</b>	15	18	13	0	18	<b>64</b>	<b>279</b>
SOR	Asystent	55	25	12	12	<b>104</b>	19	17	12	15	20	<b>83</b>	10	10	7	<b>27</b>	18	15	14	0	12	<b>59</b>	<b>273</b>
OPD	Asystent	55	25	12	15	<b>107</b>	19	14	15	14	18	<b>80</b>	10	10	8	<b>28</b>	12	15	14	0	17	<b>58</b>	<b>273</b>
SOR	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	15	12	<b>102</b>	19	17	10	15	20	<b>81</b>	10	10	7	<b>27</b>	16	16	12	0	17	<b>61</b>	<b>271</b>
OPD	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	<b>102</b>	19	17	17	14	18	<b>85</b>	10	10	8	<b>28</b>	12	15	13	0	16	<b>56</b>	<b>271</b>
OGP	Asystent	55	25	12	15	<b>107</b>	19	17	8	15	18	<b>77</b>	10	10	7	<b>27</b>	8	17	14	0	15	<b>54</b>	<b>265</b>
OGP	Położna oddziałowa	55	25	9	15	<b>104</b>	18	18	12	15	15	<b>78</b>	10	10	7	<b>27</b>	8	17	14	0	15	<b>54</b>	<b>263</b>

<b>OCW</b>	Asystent	55	25	11	14	<b>105</b>	16	14	12	15	20	<b>77</b>	11	9	6	<b>26</b>	9	14	13	0	15	<b>51</b>	<b>259</b>
<b>PDO</b>	Starszy asystent	55	20	15	13	<b>103</b>	22	15	12	13	17	<b>79</b>	12	10	13	<b>35</b>	8	10	12	0	10	<b>40</b>	<b>257</b>
<b>OCW</b>	Pielęgniarka oddziałowa	50	25	12	15	<b>102</b>	16	14	12	15	20	<b>77</b>	10	9	8	<b>27</b>	9	14	13	0	15	<b>51</b>	<b>257</b>
<b>OPD</b>	Pielęgniarka koordynująca	45	25	9	17	<b>96</b>	18	15	12	14	17	<b>76</b>	8	8	8	<b>24</b>	12	15	13	0	16	<b>56</b>	<b>252</b>
<b>OCH</b>	Pielęgniarka koordynująca	45	20	9	12	<b>86</b>	17	13	15	17	18	<b>80</b>	10	10	7	<b>27</b>	13	16	12	0	18	<b>59</b>	<b>252</b>
<b>OUO</b>	Pielęgniarka koordynująca	45	20	9	12	<b>86</b>	17	13	15	17	18	<b>80</b>	10	10	7	<b>27</b>	13	16	12	0	18	<b>59</b>	<b>252</b>
<b>SOR</b>	Dyspozytor	50	20	7	5	<b>82</b>	13	17	10	20	34	<b>94</b>	12	14	12	<b>38</b>	0	18	15	0	0	<b>33</b>	<b>247</b>
<b>SOR</b>	Ratownik med. (mgr)	55	15	5	12	<b>87</b>	13	15	15	17	5	<b>65</b>	7	8	9	<b>24</b>	20	18	10	0	20	<b>68</b>	<b>244</b>
<b>AD</b>	Informatyk	55	15	17	7	<b>94</b>	20	18	7	1	12	<b>58</b>	17	12	17	<b>46</b>	10	12	17	0	3	<b>42</b>	<b>240</b>
<b>SOR</b>	Ratownik med. -kierowca	50	15	5	12	<b>82</b>	13	15	15	17	5	<b>65</b>	7	8	9	<b>24</b>	20	18	10	0	20	<b>68</b>	<b>239</b>
<b>AD</b>	Pielęgniarka epidemiologiczna	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	13	8	12	0	3	<b>36</b>	<b>238</b>
<b>OPD</b>	Młodszy asystent	55	20	10	12	<b>97</b>	17	13	12	13	17	<b>72</b>	8	8	5	<b>21</b>	10	13	9	0	15	<b>47</b>	<b>237</b>
<b>OCH</b>	Młodszy asystent	55	20	10	8	<b>93</b>	17	15	10	13	18	<b>73</b>	8	8	5	<b>21</b>	16	16	9	0	8	<b>49</b>	<b>236</b>
<b>OCH</b>	Pielęgniarka instrumentariuszka	45	20	8	15	<b>88</b>	17	12	11	15	11	<b>66</b>	9	9	7	<b>25</b>	13	16	12	0	16	<b>57</b>	<b>236</b>
<b>OCH</b>	Pielęgniarka anestezjologii	45	20	8	15	<b>88</b>	17	12	11	15	11	<b>66</b>	9	9	7	<b>25</b>	13	16	12	0	16	<b>57</b>	<b>236</b>
<b>OUO</b>	Młodszy asystent	55	20	10	8	<b>93</b>	18	13	9	13	18	<b>71</b>	8	8	5	<b>21</b>	15	17	9	0	10	<b>51</b>	<b>236</b>
<b>AD</b>	Samodzielny specjalista	50	20	17	5	<b>92</b>	17	12	6	1	30	<b>66</b>	12	12	17	<b>41</b>	5	12	17	0	3	<b>37</b>	<b>236</b>
<b>AD</b>	Inspektor BHP	50	15	17	5	<b>87</b>	20	18	6	10	30	<b>84</b>	10	10	17	<b>37</b>	5	6	12	0	3	<b>26</b>	<b>234</b>
<b>OGP</b>	Młodszy asystent	55	20	10	12	<b>97</b>	17	16	7	13	17	<b>70</b>	8	8	5	<b>21</b>	7	15	9	0	15	<b>46</b>	<b>234</b>
<b>SOR</b>	Ratownik medyczny (lic.)	50	15	5	12	<b>82</b>	13	15	10	17	5	<b>60</b>	7	8	9	<b>24</b>	20	18	10	0	20	<b>68</b>	<b>234</b>
<b>OIN</b>	Młodszy asystent	55	20	10	8	<b>93</b>	17	15	10	13	18	<b>73</b>	8	8	5	<b>21</b>	16	13	9	0	8	<b>46</b>	<b>233</b>
<b>SOR</b>	Młodszy asystent	55	20	10	8	<b>93</b>	17	15	10	13	18	<b>73</b>	8	8	5	<b>21</b>	16	13	9	0	8	<b>46</b>	<b>233</b>
<b>OUO</b>	Fizjoterapeuta	55	10	10	12	<b>87</b>	18	14	8	13	10	<b>63</b>	10	12	8	<b>30</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>232</b>
<b>OCW</b>	Młodszy asystent	55	20	9	11	<b>95</b>	15	13	11	13	18	<b>70</b>	8	8	5	<b>21</b>	8	13	9	0	15	<b>45</b>	<b>231</b>
<b>OGP</b>	Starsza położna	45	20	7	14	<b>86</b>	18	16	12	15	12	<b>73</b>	9	9	5	<b>23</b>	7	15	9	0	15	<b>46</b>	<b>228</b>
<b>OCH</b>	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	12	<b>84</b>	16	12	10	14	11	<b>63</b>	8	8	6	<b>22</b>	13	16	12	0	17	<b>58</b>	<b>227</b>
<b>AD</b>	Dietetyk	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	5	5	12	0	3	<b>25</b>	<b>227</b>
<b>OIN</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	<b>82</b>	16	17	10	14	10	<b>67</b>	8	8	6	<b>22</b>	16	14	9	0	17	<b>56</b>	<b>227</b>
<b>AD</b>	Inspektor ds. zdarzeń kryzysowych	45	20	12	5	<b>82</b>	18	18	6	15	30	<b>87</b>	12	8	13	<b>33</b>	5	5	12	0	3	<b>25</b>	<b>227</b>
<b>SOR</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	<b>82</b>	16	17	10	14	10	<b>67</b>	8	8	6	<b>22</b>	16	14	9	0	17	<b>56</b>	<b>227</b>
<b>A</b>	Farmaceuta (mgr)	60	15	10	5	<b>90</b>	18	15	12	10	10	<b>65</b>	10	10	13	<b>33</b>	7	10	12	0	10	<b>39</b>	<b>227</b>
<b>OPD</b>	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	15	<b>87</b>	16	15	10	14	13	<b>68</b>	8	8	6	<b>22</b>	10	14	9	0	15	<b>48</b>	<b>225</b>
<b>OUO</b>	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	12	<b>84</b>	16	12	10	14	11	<b>63</b>	8	8	6	<b>22</b>	14	18	9	0	15	<b>56</b>	<b>225</b>
<b>OGP</b>	Położna (mgr)	55	15	7	14	<b>91</b>	16	16	10	13	12	<b>67</b>	8	8	5	<b>21</b>	7	15	9	0	15	<b>46</b>	<b>225</b>
<b>OCH</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	<b>82</b>	16	12	10	14	10	<b>62</b>	8	8	6	<b>22</b>	13	16	12	0	17	<b>58</b>	<b>224</b>

<b>PDO</b>	Asystent	55	15	12	12	<b>94</b>	20	13	9	12	12	<b>66</b>	9	7	11	<b>27</b>	8	8	10	0	10	<b>36</b>	<b>223</b>
<b>OPD</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	14	<b>86</b>	16	15	10	14	12	<b>67</b>	8	8	6	<b>22</b>	10	14	9	0	15	<b>48</b>	<b>223</b>
<b>OUO</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	<b>82</b>	16	12	10	14	10	<b>62</b>	8	8	6	<b>22</b>	14	18	9	0	15	<b>56</b>	<b>222</b>
<b>OGP</b>	Położna	42	15	7	14	<b>78</b>	16	16	10	13	12	<b>67</b>	8	8	5	<b>21</b>	8	15	9	0	15	<b>47</b>	<b>213</b>
<b>OCW</b>	Pielęgniarka odcinkowa	45	20	7	10	<b>82</b>	16	12	10	14	11	<b>63</b>	8	8	6	<b>22</b>	8	13	9	0	15	<b>45</b>	<b>212</b>
<b>OCW</b>	Starsza pielęgniarka	45	20	7	10	<b>82</b>	15	12	10	14	10	<b>61</b>	8	8	6	<b>22</b>	8	13	9	0	15	<b>45</b>	<b>210</b>
<b>PDO</b>	Młodszy asystent	55	10	10	10	<b>85</b>	18	13	9	12	10	<b>62</b>	9	7	10	<b>26</b>	8	8	10	0	10	<b>36</b>	<b>209</b>
<b>OUO</b>	Technik masażu	40	5	9	14	<b>68</b>	13	9	7	12	10	<b>51</b>	13	10	8	<b>31</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>202</b>
<b>OUO</b>	Technik fizjoterapii	40	5	7	12	<b>64</b>	15	9	8	12	10	<b>54</b>	10	12	8	<b>30</b>	18	12	10	0	12	<b>52</b>	<b>200</b>
<b>OCH</b>	Pielęgniarka	42	15	5	8	<b>70</b>	11	10	8	13	8	<b>50</b>	7	6	5	<b>18</b>	16	18	7	0	16	<b>57</b>	<b>195</b>
<b>OUO</b>	Pielęgniarka	42	15	5	8	<b>70</b>	11	12	6	13	8	<b>50</b>	7	6	5	<b>18</b>	13	16	12	0	16	<b>57</b>	<b>195</b>
<b>AD</b>	Starszy księgowy	42	15	12	5	<b>74</b>	15	10	6	1	15	<b>47</b>	10	12	17	<b>39</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>193</b>
<b>OIN</b>	Pielęgniarka	42	15	5	8	<b>70</b>	11	12	8	13	8	<b>52</b>	7	6	5	<b>18</b>	16	13	7	0	16	<b>52</b>	<b>192</b>
<b>SOR</b>	Pielęgniarka	42	15	5	8	<b>70</b>	11	12	8	13	8	<b>52</b>	7	6	5	<b>18</b>	16	13	7	0	16	<b>52</b>	<b>192</b>
<b>PDO</b>	Technik analityki medycznej	42	15	7	10	<b>74</b>	12	11	9	9	10	<b>51</b>	7	10	10	<b>27</b>	10	5	7	5	9	<b>36</b>	<b>188</b>
<b>OPD</b>	Pielęgniarka	42	15	5	11	<b>73</b>	10	13	7	13	7	<b>50</b>	7	6	4	<b>17</b>	10	13	6	0	15	<b>44</b>	<b>184</b>
<b>AD</b>	Technik budowlany	42	15	12	5	<b>74</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>183</b>
<b>OCW</b>	Pielęgniarka	42	15	5	8	<b>70</b>	11	10	8	13	8	<b>50</b>	7	6	5	<b>18</b>	8	13	9	0	14	<b>44</b>	<b>182</b>
<b>AD</b>	Inspektor	40	15	12	5	<b>72</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>181</b>
<b>AD</b>	Specjalista	40	15	12	5	<b>72</b>	15	10	6	1	10	<b>42</b>	10	9	15	<b>34</b>	5	10	15	0	3	<b>33</b>	<b>181</b>
<b>PDO</b>	Technik elektroradiolog	42	15	7	10	<b>74</b>	10	12	9	10	10	<b>51</b>	5	12	8	<b>25</b>	12	5	7	0	7	<b>31</b>	<b>181</b>
<b>O</b>	Starszy magazynier	40	15	7	5	<b>67</b>	15	9	12	10	10	<b>56</b>	12	8	7	<b>27</b>	7	7	6	5	6	<b>31</b>	<b>181</b>
<b>A</b>	Technik farmaceuta	42	15	7	5	<b>69</b>	15	13	7	8	5	<b>48</b>	8	6	10	<b>24</b>	7	8	10	0	10	<b>35</b>	<b>176</b>
<b>AD</b>	Statystyk medyczny	40	20	10	5	<b>75</b>	13	8	5	1	5	<b>32</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>160</b>
<b>O</b>	Magazynier	40	10	7	5	<b>62</b>	12	7	11	8	5	<b>43</b>	9	6	7	<b>22</b>	7	5	6	5	6	<b>29</b>	<b>156</b>
<b>AD</b>	Starszy referent	40	10	10	5	<b>65</b>	13	8	5	1	5	<b>32</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>150</b>
<b>AD</b>	Sekretarka	40	10	10	5	<b>65</b>	15	5	5	1	5	<b>31</b>	8	7	10	<b>25</b>	5	7	13	0	3	<b>28</b>	<b>149</b>
<b>O</b>	Mechanik	40	5	6	7	<b>58</b>	10	8	7	5	5	<b>35</b>	8	7	5	<b>20</b>	13	7	5	3	6	<b>34</b>	<b>147</b>
<b>SOR</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OCH</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OUO</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OCW</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OGP</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OPD</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>OIN</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>

<b>PDO</b>	Rejestratorka	35	10	3	3	<b>51</b>	5	7	3	5	7	<b>27</b>	3	5	7	<b>15</b>	3	7	3	3	8	<b>24</b>	<b>117</b>
<b>AD</b>	Referent	35	1	7	5	<b>48</b>	10	5	5	1	4	<b>25</b>	5	3	7	<b>15</b>	5	7	10	3	3	<b>28</b>	<b>116</b>
<b>O</b>	Sterylizator	35	1	3	7	<b>46</b>	6	5	6	8	5	<b>30</b>	6	3	7	<b>16</b>	5	7	5	0	5	<b>22</b>	<b>114</b>
<b>O</b>	Kierowca	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	11	0	<b>27</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>112</b>
<b>O</b>	Pracownik gospodarczy	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	7	<b>16</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>110</b>
<b>OCH</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>OUO</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>OCW</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>OGP</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>OPD</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>OIN</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>SOR</b>	Salowa	15	5	1	7	<b>28</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	5	<b>14</b>	17	7	5	7	12	<b>48</b>	<b>109</b>
<b>O</b>	Portier	10	5	1	7	<b>23</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	7	<b>16</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>109</b>
<b>O</b>	Szatniarz	10	5	1	7	<b>23</b>	6	5	5	3	0	<b>19</b>	6	3	7	<b>16</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>109</b>
<b>OCH</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>OUO</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>OCW</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>OGP</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>OPD</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>OIN</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>SOR</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>
<b>O</b>	Sprzątaczk	10	5	0	7	<b>22</b>	6	5	5	5	0	<b>21</b>	6	3	3	<b>12</b>	17	7	5	10	12	<b>51</b>	<b>106</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Jak wynika z zaprezentowanych wyników badań, uzyskanie maksymalnej liczby punktów przez stanowisko w każdym kryterium jest praktycznie niemożliwe. Również oceniane stanowiska nie uzyskały zera punktów, gdyż w większości kryteriów nawet za spełnienie najniższego poziomu wymogu są przyznawane punkty. Dokonując analizy wyników badań, maksymalną liczbę punktów 406 uzyskało stanowisko prezesa zarządu, co stanowi 86,4% ogólnej sumy punktów. Stanowiska dyrektora ds. medycznych, wiceprezesa, naczelniej pielęgniarki oraz kierowników oddziałów zostały wycenione w przedziale punktowym od 396 do 333. Trudność pracy pielęgniarek oddziałowych, starszych asystentów, asystentów, kierownika diagnostyki obrazowej oraz apteki oceniono w przedziale od 321 do 257. W tym przedziale punktowym najniżej zostało wycenione stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału chorób wewnętrznych, natomiast najwyżej starszego asystenta na oddziale chirurgii. Hierarchię stanowisk zaliczanych do średniego personelu medycznego otwierają stanowiska pielęgniarek koordynujących. Zgodnie z oceną trudności pracy na dalszych miejscach zostało ocenione stanowisko: dyspozytora (247), ratownika medycznego z wykształceniem wyższym magisterskim (244), młodszego asystenta szpitalnego oddziału ratunkowego (233), starszej pielęgniarki oddziałowej oddziału chirurgii (224) i pielęgniarki szpitalnego oddziału ratunkowego (192). Ranking stanowisk zaliczanych do personelu medycznego zamyka stanowisko technika farmaceuty, które uzyskało 176 punktów. Najwyżej ze stanowisk zaliczanych do stanowisk administracji zostało wycenione stanowisko informatyka, które uzyskało 240 punktów. Uzyskanie o 81 punktów mniej przez pierwsze stanowisko zaliczane do grona stanowisk administracji wskazuje, że trudność pracy w porównaniu z personelem medycznym wyższego szczebla jest o wiele niższa. W przedziale punktowym od 240 do 63 zostały wycenione stanowiska administracji i obsługi, które zaliczane są do stanowisk działalności pomocniczej podmiotu leczniczego. Najniższą ocenę punktową uzyskało stanowisko sprzątaczk (63), co świadczy, że trudność pracy na tym stanowisku jest bardzo niska.

Porównanie kluczy syntetycznych i analitycznych w badanych grupach stanowisk pracy (lekarzy i nie lekarzy nie uwzględniając stanowisk pielęgniarek, rejestratorek, salowych, statystyków medycznych oraz sprzątaczek) dokonano przy zastosowaniu testu U Manna-Whitneya. Test polegał na rangowaniu uzyskanych wyników poszczególnych kluczy przez porównanie ich ze sobą, w celu ustalenia istotności statystycznej. Wyniki testu zostały zaprezentowane w tabeli nr 18.

Złożoność i odpowiedzialność pracy odpowiadająca stanowisku lekarza okazała się istotnie większa niż innych stanowisk. Natomiast współpraca typu C3 właściwa dla stanowisk



nie lekarzy była istotnie większa niż lekarzy. Stwierdzono także istotnie większą uciążliwość pracy dla stanowiska lekarza niż innych stanowisk i ogólnie syntetyczny klucz uciążliwość pracy D2 była dla stanowiska lekarza istotnie wyższy. Podsumowując, stanowiska lekarzy cechowały się istotnie większą liczbą punktów niż stanowiska nie lekarzy.

Tabela 18. Test U Manna-Whitneya wartości istotności statystycznej „p” kluczy analitycznych i syntetycznych

Klucze syntetyczne i analityczne	Test U Manna-Whitneya				
	Liczba stanowisk lekarzy	Liczba stanowisk nie lekarzy	Suma rang lekarzy	Suma rang nie lekarzy	P
Złożoność pracy A1	31	13	825,5000	164,5000	0,000398
Złożoność pracy A2	31	13	848,0000	142,0000	0,000065
Złożoność pracy A3	31	13	847,0000	142,5000	0,000104
Złożoność pracy A4	31	13	828,0000	162,0000	0,000757
Złożoność pracy – suma A	31	13	869,0000	121,0000	0,000010
Odpowiedzialność B1	31	13	829,0000	161,0000	0,000702
Odpowiedzialność B2	31	13	796,0000	194,0000	0,010668
Odpowiedzialność B3	31	13	773,5000	216,5000	0,049402
Odpowiedzialność B4	31	13	779,5000	210,5000	0,028868
Odpowiedzialność B5	31	13	855,0000	135,0000	0,000046
Odpowiedzialność – suma B	31	13	841,5000	148,5000	0,000220
Współpraca C1	31	13	764,0000	226,0000	<b>0,084819</b>
Współpraca C2	31	13	712,5000	277,5000	<b>0,703237</b>
Współpraca C3	31	13	592,5000	397,5000	0,006343
Współpraca – suma C	31	13	698,0000	292,0000	<b>1,000000</b>
Uciążliwość pracy D1	31	13	695,5000	294,5000	<b>0,968521</b>
Uciążliwość pracy D2	31	13	808,5000	191,5000	0,004302
Uciążliwość pracy D3	31	13	770,5000	219,5000	<b>0,058425</b>
Uciążliwość pracy D4	31	13	682,0000	308,0000	<b>0,135070</b>
Uciążliwość pracy D5	31	13	758,0000	232,0000	<b>0,118178</b>
Uciążliwość pracy – suma D	31	13	783,0000	207,0000	0,028493
Razem	31	13	829,5000	160,5000	0,000715

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Sprawdzono także podobieństwo w nałożeniu na pewne stanowiska liczb punktów różnego rodzaju kluczy. W tym celu wyznaczono wartość współczynnika korelacji rang Spearmana dla 125 stanowisk pracy. Jeśli współczynnik korelacji rang jest bliższy jedności wówczas zależność korelacyjna (podobieństwo w obciążeniu danych stanowisk różnego rodzaju obowiązkami) jest silniejsza. Wyniki powyżej wymienionego testu prezentuje tabela 19.

Tabela 19. Wartości współczynników korelacji rang Spearmana dla zależności między poszczególnymi kluczami syntetycznymi

Klucze syntetyczne	Korelacja porządku rang Spearmana			
	Liczba stanowisk	Spearman R	t (N-2)	P
Suma A & Suma A				
Suma A & Suma B	125	<b>0,934367</b>	29,08301	0,000001
Suma A & Suma C	125	<b>0,783994</b>	14,00670	0,000001
Suma A & Suma D	125	<b>0,553091</b>	7,36276	0,000001
Suma B & Suma A	125	0,934367	29,08301	0,000001
Suma B & Suma B				
Suma B & Suma C	125	<b>0,791728</b>	14,37398	0,000001
Suma B & Suma D	125	<b>0,538174</b>	7,08163	0,000001
Suma C & Suma A	125	0,783994	14,00670	0,000001
Suma C & Suma B	125	0,791728	14,37398	0,000001
Suma C & Suma C				
Suma C & Suma D	125	<b>0,304776</b>	3,54898	0,0005
Suma D & Suma A	125	0,553091	7,36276	0,000001
Suma D & Suma B	125	0,538174	7,08163	0,000001
Suma D & Suma C	125	0,304776	3,54898	0,0005
Suma D & Suma D				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z powyższej tabeli wynika, iż współczynniki korelacji przyjmują wartości dodatnie. Obrazują więc bardzo silne i istotne statystycznie korelacje między wszystkimi parami sum punktów kluczy syntetycznych: złożoność pracy, odpowiedzialność, współpraca i uciążliwość. Najwyższa korelacja (0,934) występuje między sumą punktów klucza syntetycznego A (złożoność pracy) i klucza syntetycznego B (odpowiedzialność). Natomiast najslabsza korelacja (0,305) zachodzi między sumą punktów klucza syntetycznego C (współpraca) i klucza syntetycznego D (uciążliwość). Tabela 19 obrazuje nierówność obciążenia różnych stanowisk różnymi obowiązkami.

W celu szczegółowego stwierdzenia, czy między średnią rang dla każdego klucza syntetycznego i ich sumy, obliczonej dla poszczególnych niezależnych grup statystycznych (grup stanowisk pracy) istnieją istotne różnice statystyczne, zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa, którego wyniki zostały zaprezentowane w tabelach 20–24.

Tabela 20. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – złożoność pracy

Zależna: Złożoność pracy Suma A	Wartość p dla porównań wielokrotnych (dwustronnych); Złożoność pracy Suma A (GROPAW Wycena_punktowa_stanowisk_pracy_Zmienna niezależna (grupująca): Stanowisko modyfik. Test Kruskala-Wallisa: H (9, N= 125) = 92,31591 p = ,0000									
	Lekarz R: 103,48	Adm. R: 66,265	Położna: R: 74,000	Rejestrator R: 25,500	Salowa R: 16,000	Sprzątac- ka R: 5,5000	Pielęgniarka R: 66,232	Nie lekarz R: 61,577	Obsługa R: 18,750	PDO R: 79,500
Lekarz										
Administracja	0,029873									
Położna	1,000000	1,000000								
Rejestratorka	0,000003	<b>0,390580</b>	1,000000							
Salowa	0,000000	<b>0,090237</b>	<b>0,478895</b>	1,000000						
Sprzątaczką	0,000000	0,004119	<b>0,090792</b>	1,000000	1,000000					
Pielęgniarka	0,003607	1,000000	1,000000	<b>0,226754</b>	0,046523	0,001303				
Nie lekarz	0,020877	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,327855</b>	0,025734	1,000000			
Obsługa	0,000000	<b>0,099939</b>	<b>0,574217</b>	1,000000	1,000000	1,000000	0,048518	<b>0,383422</b>		
PDO	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z analizy wyników testu dla klucza syntetycznego „złożoność pracy” wynika, że występują statystycznie istotne różnice między grupami stanowisk pracy ( $p < 0,05$ ). Różnice nie są istotne w przypadku grup stanowisk: rejestratorek – pracowników administracji (0,391), salowych – pracowników administracji (0,090), pracowników administracji – pracowników obsługi (0,0999), położnych – salowych (0,479), położnych – sprzątarek (0,091), położnych – pracowników obsługi (0,574). Wyniki badań wskazują również na nieistotne różnice statystyczne w odniesieniu do grup stanowisk: salowych – grupa stanowisk nie lekarzy (0,328), pielęgniarek – rejestratorek (0,227), grupa stanowisk nie lekarzy w odniesieniu do pracowników obsługi (0,383).

Tabela 21. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – odpowiedzialność

Zależna: Odpowiedzialność Suma B	Wartość p dla porównań wielokrotnych (dwustronnych); Odpowiedzialność Suma B (GROPAW Wycena_punktowa_stanowisk_pracy_Zmienna niezależna (grupująca): Stanowisko modyfik. Test Kruskala-Wallisa: H (9, N= 125) = 80,33184 p = ,0000									
	Lekarz R: 96,823	Adm. R: 68,294	Położna: R: 77,375	Rejestrator R: 24,000	Salowa R: 5,0000	Sprzątac- ka R: 14,000	Pielęgniarka R: 70,714	Nie lekarz R: 64,231	Obsługa R: 24,625	PDO R: 52,000
Lekarz										
Administracja	<b>0,408351</b>									
Położna	1,000000	1,000000								
Rejestratorka	0,000018	<b>0,195720</b>	<b>0,726025</b>							
Salowa	0,000000	0,004506	<b>0,064626</b>	1,000000						
Sprzątaczką	0,000000	0,021297	<b>0,192679</b>	1,000000	1,000000					
Pielęgniarka	<b>0,256815</b>	1,000000	1,000000	<b>0,058410</b>	0,000795	0,004241				
Nie lekarz	<b>0,291460</b>	1,000000	1,000000	<b>0,605897</b>	0,021947	<b>0,091441</b>	1,000000			
Obsługa	0,000023	<b>0,221962</b>	<b>0,783943</b>	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,067802</b>	<b>0,674118</b>		
PDO	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza wyników testu kolejnego klucza syntetycznego „odpowiedzialność” wskazuje nieistotne różnice między następującymi grupami stanowisk pracy: lekarzy – pracownikami

administracji (0,408), pielęgniarkami (0,257), nie lekarzami (0,291); pracownikami administracji – rejestratorkami (0,196), pracownikami obsługi (0,222); położnych – rejestratorek (0,726), salowych (0,065), sprzątaczek (0,193), pracowników obsługi (0,784); rejestratorek – pielęgniarek (0,058), nie lekarzy (0,606); sprzątaczek – nie lekarzy (0,091); pielęgniarek – pracowników obsługi (0,068); nie lekarzy – pracowników obsługi (0,674).

Tabela 22. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – współpraca

Zależna: Współpraca Suma C	Wartość p dla porównań wielokrotnych (dwustronnych); Współpraca Suma C (GROPAW_Wycena_punktowa_stanowisk_pracy_2014_03_14) Zmienna niezależna (grupująca): Stanowisko modyfik. Test Kruskala-Wallisa: H (9, N= 125) = 81,33152 p = ,0000									
	Lekarz R: 82,500	Adm. R: 98,882	Położna: R: 54,250	Rejestrator R: 21,000	Salowa R: 13,000	Sprzątac- ka R: 5,0000	Pielęgniark- ka R: 58,839	Nie lekarz R: 84,423	Obsługa R: 35,000	PDO R: 95,500
Lekarz										
Administracja	1,000000									
Położna	1,000000	1,000000								
Rejestratorka	0,000838	0,000024	1,000000							
Salowa	0,000205	0,000006	1,000000	1,000000						
Sprzątaczk	0,000003	0,000000	1,000000	1,000000	1,000000					
Pielęgniarka	<b>0,550992</b>	0,014609	1,000000	<b>0,413012</b>	<b>0,123821</b>	0,009438				
Nie lekarz	1,000000	1,000000	1,000000	0,004403	0,001173	0,000048	1,000000			
Obsługa	0,042547	0,001759	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,107919</b>		
PDO	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,833136</b>	1,000000	1,000000	1,000000	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki badań klucza syntetycznego „współpraca” prezentują występowanie nieistotności między grupami stanowisk: lekarzy – pielęgniarek (0,551), rejestratorek – pielęgniarek (0,413), salowych – pielęgniarek (0,124), sprzątaczek – pracowników pracowni diagnostyki obrazowej (0,833); nie lekarzy – pracowników obsługi (0,108).

Tabela 23. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – uciążliwość pracy

Zależna: Uciążliwość pracy Suma D	Wartość p dla porównań wielokrotnych (dwustronnych); Uciążliwość pracy Suma D (GROPAW_Wycena_punktowa_stanowisk_pracy_Zmienna_niezależna_(grupująca): Stanowisko modyfik. Test Kruskala-Wallisa: H (9, N= 125) = 53,80586 p = ,0000									
	Lekarz R: 87,194	AD R: 37,265	Położna: R: 53,125	Rejestrator R: 5,5000	Salowa R: 53,000	Sprzątac- ka R: 67,000	Pielęgniark- ka R: 79,179	Nie lekarz R: 62,346	Obsługa R: 41,563	PDO R: 15,000
Lekarz										
Administracja	0,000223									
Położna	1,000000	1,000000								
Rejestratorka	0,000001	1,000000	1,000000							
Salowa	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,508426</b>						
Sprzątaczk	1,000000	1,000000	1,000000	0,030869	1,000000					
Pielęgniarka	1,000000	0,007563	1,000000	0,000018	1,000000	1,000000				
Nie lekarz	1,000000	1,000000	1,000000	0,021584	1,000000	1,000000	1,000000			
Obsługa	<b>0,067154</b>	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,431916</b>	1,000000		
PDO	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W przypadku badań klucza syntetycznego „uciążliwość pracy” test wskazuje statystyczną nieistotność między następującymi grupami stanowisk pracy: lekarzy – pracowników obsługi (0,067); rejestratorkami – salowymi (0,508; pielęgniarkami – pracownikami obsługi (0,432).

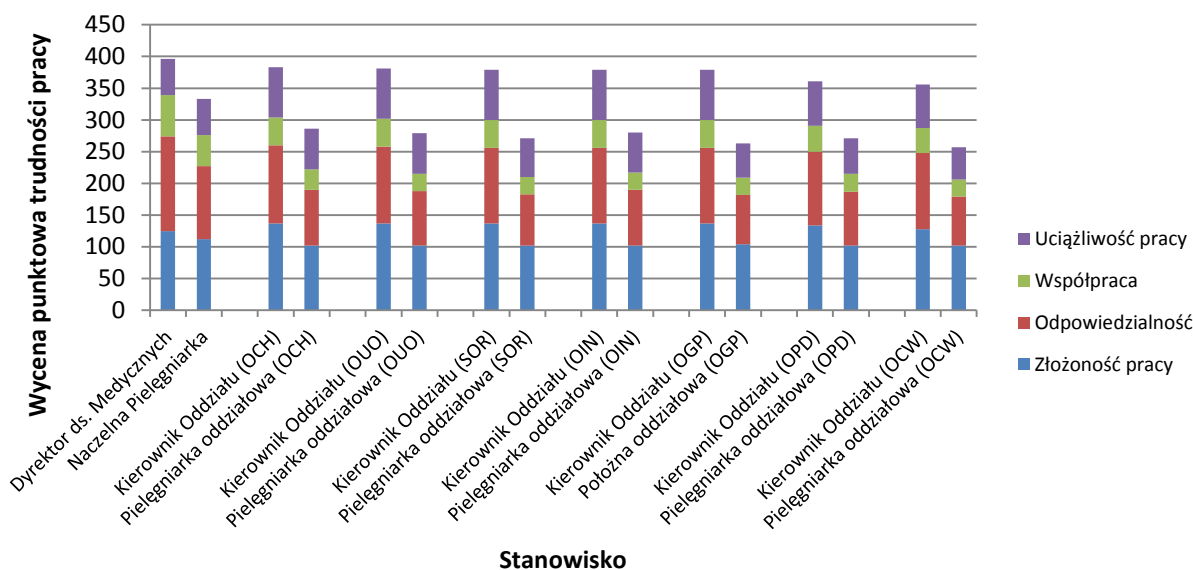
Tabela 24. Test Kruskala-Wallisa dla sumy kluczy syntetycznych

Zależna: Razem	Wartość p dla porównań wielokrotnych (dwustronnych); Razem (GROPAW_Wycena_punktowa_stanowisk_pracy_2014_03_14) Zmienna niezależna (grupująca): Stanowisko modyfik. Test Kruskala-Wallisa: H (9, N= 125) = 83,53472 p = ,0000									
	Lekarz R: 98,113	AD R: 66,588	Położna: R: 69,625	Rejestrator R: 25,500	Salowa R: 13,000	Sprzątaczk ka R: 4,5000	Pielęgniark a R: 70,089	Nie lekarz R: 68,692	Obsługa R: 22,938	PDO R: 53,000
Lekarz										
Administracja	<b>0,177106</b>									
Położna	1,000000	1,000000								
Rejestratorka	0,000019	<b>0,367334</b>	1,000000							
Salowa	0,000001	0,044491	<b>0,568914</b>	1,000000						
Sprzątaczk	0,000000	0,002884	<b>0,149854</b>	1,000000	1,000000					
Pielęgniarka	<b>0,135352</b>	1,000000	1,000000	<b>0,096292</b>	0,008649	0,000284				
Nie lekarz	<b>0,629243</b>	1,000000	1,000000	<b>0,358837</b>	0,046867	0,003619	1,000000			
Obsługa	0,000008	<b>0,222780</b>	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	<b>0,052567</b>	<b>0,222544</b>		
PDO	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Test wykonany dla sumy punktów wszystkich kluczy syntetycznych wskazuje na nieistotność statystyczną między grupami stanowisk pracy: lekarzy – pracowników administracji (0,177), pielęgniarek (0,135), nie lekarzy (0,629); pracowników administracji – rejestratorek (0,367), pracowników obsługi (0,223); położnych – salowych (0,569), sprzątaczek (0,149); rejestratorek – pielęgniarek (0,096), nie lekarzy (0,359); pielęgniarek – pracowników obsługi (0,0526); nie lekarzy (0,223).

Dalsza część analizy wyników badań zostanie poświęcona stanowiskom kierowniczym personelu medycznego. Głównym celem analizy wyników badań będzie wykazanie różnicy, w ocenie trudności pracy występującej na stanowiskach kierowniczych. Do grupy stanowisk kierowniczych pracowników działalności podstawowej zaliczono: stanowisko dyrektora ds. medycznych, naczelną pielęgniarkę, kierowników oddziałów oraz pielęgniarek oddziałowych i położnej oddziałowej, które kierują pracą pielęgniarek. Stanowiska pracy zostały uporządkowane zgodnie z hierarchią występowania w podmiocie leczniczym. Stanowisko dyrektora ds. medycznych zostało porównane ze stanowiskiem naczelną pielęgniarki, natomiast stanowiska kierowników poszczególnych oddziałów ze stanowiskami pielęgniarek oddziałowych na tych samych oddziałach. Wycenę trudności pracy stanowisk kierowniczych dla poszczególnych kryteriów syntetycznych prezentuje wykres 10.



Wykres 10. Wycena trudności pracy stanowisk kierowniczych personelu medycznego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza grupy stanowisk kierowniczych personelu medycznego wskazuje, że najwyżej zostało ocenione stanowisko dyrektora ds. medycznych uzyskując 396 punktów, co stanowi 84,3% ogólnej sumy punktów, które sprawuje nadzór nad pracą oddziałów, w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych. Punktacja, w poszczególnych kryteriach syntetycznych przedstawiała się następująco; „złożoność pracy” – 125, „odpowiedzialność” – 149, „współpraca” – 65, „uciążliwość pracy” – 57. Odpowiedzialność za pracę szeroko rozumianego personelu pielęgniarek ponosi naczelnia pielęgniarka. Analizując wycenę trudności pracy tego stanowiska, należy zauważyć, że otrzymana punktacja za kryterium: „złożoność pracy” jest o 13 punktów niższa niż dyrektora ds. medycznych, „odpowiedzialność” zostało oceniona na poziomie 115 punktów, „współpraca” – 49 natomiast „uciążliwość pracy” zostało wycenione w wysokości 57 punktów. Kolejnym stanowiskiem pracy, które uzyskało jedną z najwyższych ocen, tj. 383 punkty jest stanowisko kierownika oddziału chirurgii (OCH). Uzyskane liczby punktów w poszczególnych kryteriach wynosiły: „złożoność pracy” – 137, „odpowiedzialność” – 123, „współpraca” – 44 i „uciążliwość pracy” – 79. Drugim stanowiskiem kierowniczym w oddziale jest stanowisko pielęgniarki oddziałowej, które osiągnęło 286 punktów. Kolejne kryteria syntetyczne oceniono: „złożoność pracy” – 102, „odpowiedzialność” – 88, „współpraca” – 32 i „uciążliwość pracy” – 64. Stanowisko kierownika oddziału urazowo-ortopedycznego (OUO) uzyskało ocenę 381 punktów, na którą składała się następująca liczba punktów w poszczególnych kryteriach: „złożoność pracy” –

137, „odpowiedzialność” – 121, „współpraca” – 44 i „uciążliwość pracy” – 79. Natomiast stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału urazowo-ortopedycznego (OUO) uzyskało 279 punktów, na które składa się: „złożoność pracy” – 102, „odpowiedzialność” – 86, „współpraca” – 27 oraz „uciążliwość pracy” – 64. Trzy stanowiska kierownicze oddziałów: intensywnej opieki medycznej (OIN), ginekologiczno-położniczego (OGP) i ratunkowego (SOR) otrzymała taką samą liczbę punktów – 379, która zawierała: „złożoność pracy” – 137, „odpowiedzialność” – 119, „współpraca” – 44 i „uciążliwość pracy” – 79. Odmienne od oceny kierowników oddziałów zostały ocenione pielęgniarki oddziałowe oraz położna oddziałowa. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału intensywnej opieki medycznej (OIN) oceniono na poziomie 280 punktów. Ocena częściowa przedstawiała się następująco: „złożoność pracy” – 102, „odpowiedzialność” – 88, „współpraca” – 27 i „uciążliwość pracy” – 63. Natomiast ocena trudności pracy pielęgniarki oddziałowej szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) wynosiła o 9 punktów mniej. Mniejsza liczba punktów została spowodowana niższą wyceną kryterium „odpowiedzialność” o punktów 7 i kryterium „uciążliwość pracy” o 2 punkty. Położna oddziałowa oddziału ginekologiczno-położniczego (OGP) uzyskała 263 punkty, a poszczególne kryteria zostały wycenione następująco: „złożoność pracy” – 104, „odpowiedzialność” – 78, „współpraca” – 27 i „uciążliwość pracy” – 54. Analizując wyniki badań stanowisk kierowniczych dwóch ostatnich oddziałów, należy wskazać, że kierownik oddziału pediatryczny neonatologiczny (OPD) uzyskał notę o 5 punktów wyższą niż kierownik oddziału chorób wewnętrznych (OCW), którego stanowisko zostało wycenione na 356. Analiza poszczególnych kryteriów wskazuje, że kryterium syntetyczne: „złożoność pracy” wyżej wycenia stanowisko kierownika oddziału (OPD) o 6 punktów, „odpowiedzialność” ocenia stanowisko kierownika (OCW) o 4 punkty więcej, „współpraca” przyznaje 2 punkty więcej stanowisku kierownika (OPD) i „uciążliwość pracy” 1 punkt więcej kierownikowi (OPD). W przypadku stanowiska pielęgniarek oddziałowych większą liczbę punktów przyznano stanowisku pielęgniarki oddziałowej (OPD), wyceniając trudność pracy na tym samym poziomie, co pielęgniarki oddziałowej (SOR). Stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału chorób wewnętrznych (OCW) wyniku dokonanej wyceny otrzymało 257 punktów, co jest wyceną niższą od pielęgniarki oddziałowej oddziału pediatryczny neonatologiczny (OPD) o 14 punktów. Różnica w wycenie została spowodowana niższą oceną: złożoności pracy o 4 punkty, odpowiedzialności o 8 punktów, jednym punktem odnoszącym się do kryterium syntetycznego „współpraca”, a także kryterium „uciążliwość pracy”, które zostało wycenione na tym samym poziomie.

## **4.2. Wzorcowa tabela i taryfikator wynagrodzenia zasadniczego zbudowana na podstawie przeprowadzonych badań**

Zaprezentowane w rozdziale 4.1. wyniki badań wartościowania poszczególnych stanowisk pracy są podstawą do budowy taryfikatora kwalifikacyjnego, który określa wymogi kwalifikacyjne, doświadczenie oraz staż pracy w zawodzie uprawniający do zajmowania określonego stanowiska. Na podstawie wyceny trudności pracy określono wartość stanowiska, a następnie dolną i górną granicę przedziału punktowego. Na potrzeby dalszej analizy wyników wartościowania stanowisk pracy została obliczona wartość jednego punktu, przy zastosowaniu następującej reguły: kwota bazowa, którą ustalono na poziomie 1 680,00 PLN została podzielona przez największą liczbę punktów w najniższej kategorii, tj. 106, stanowiąc dolną stawkę płacy zasadniczej w najniższej kategorii. Wartość jednego punktu, która wynosi 15,85, przemnożona przez liczbę punktów uzyskaną przez poszczególne stanowiska pozwoliła na ustalenie wartości stanowiska pracy, która została podana w zaokrągleniu.

Dolna granica przedziału punktowego, w zależności od stopnia trudności pracy, waha się w granicach do 65% wartości stanowiska. Natomiast górna granica kategorii uzależniona jest od wielkości rozpiętości przedziału, który dla kategorii najniższej wynosił 1,1 a najwyższej 2,5. Taryfikator kwalifikacyjny został zaprezentowany dla dwóch grup pracowników: działalności podstawowej i administracji oraz obsługi.

Do pracowników działalności podstawowej autor niniejszej rozprawy zaliczył:

- pracowników, którzy mają wykształcenie wyższe medyczne bądź średnie, pracowników, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe w trybie przejściowym lub na podstawie odbytego szkolenia zawodowego,
- pracowników mających wykształcenie wyższe lub średnie, inne niż zostało wskazane powyżej, gdy uzyskane kwalifikacje zawodowe mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń, jeśli są zatrudnieni na stanowiskach pracy, na których te kwalifikacje są wymagane,
- pracowników, których praca pozostaje w ścisłym związku z udzielaniem świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, rehabilitacyjnych bądź diagnostycznych,
- innych pracowników wykonujących bezpośrednio pracę na rzecz oddziałów działalności podstawowej.

Taryfikator kwalifikacyjny pracowników działalności podstawowej prezentuje tabela 25.



Tabela 25. Taryfikator kwalifikacyjny pracowników działalności podstawowej

TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY PRACOWNIKÓW DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ											
Stanowisko	Wymagane kwalifikacje i doświadczenie			Przedział punktowy		Wartość stanowiska i kategorii					Symbol stanowiska
	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie dodatkowe	Staż pracy	od	do	Wartość stanowiska (maks.)	Kategoria	Rozpiętość przedziału	Od	Do	
Dyrektor ds. medycznych	wyższe – medyczne	maks. specjalizacja	8		396	6300,00	XIII	2,40	4500,00	10800,00	AD
Kierownik oddziału	wyższe – medyczne	maks. specjalizacja	8		383	6200,00	XII	2,37	4000,00	9480,00	OCH
Kierownik oddziału	wyższe – medyczne	maks. Specjalizacja	8		381	6150,00	XII	2,37	4000,00	9480,00	OUO
Kierownik oddziału	wyższe – medyczne	maks. Specjalizacja	8	356	379	6050,00	XI	2,35	3500,00	8225,00	OCW, OGP, OPD, OIN, SOR
Naczelnia pielęgniarka	wyższe – pielęgniarskie		7		333	5250,00	X	2,30	3000,00	6900,00	AD
Starszy asystent	Wyższe – medyczne	maks. Specjalizacja	7	257	321	5100,00	X	2,30	3000,00	6900,00	OCH, OUO, SOR, OIN, OPD, OGP, OCW, PDO
Kierownik pracowni	wyższe medyczne	maks. Specjalizacja	6		288	4450,00	IX	2,27	2800,00	6356,00	PDO
Asystent	wyższe medyczne	Specjalizacja	6	223	287	4450,00	IX	2,27	2800,00	6356,00	OCH, OIN, OUO, SOR, OPD, OGP, OCW, PDO
Pielęgniarka oddziałowa	wyższe pielęgniarskie	Specjalizacja Kurs kwalifikacyjny	7	257	286	4400,00	IX	2,27	2800,00	6356,00	OIN, OUO, SOR, OPD, OCH, OCW
	licencjat pielęgniarstwo										
	średnie odpowiednie										
Kierownik apteki	wyższe odpowiednie	Specjalizacja	7		281	4250,00	VIII	2,25	2400,00	5400,00	A
Położna oddziałowa	wyższe pielęgniarskie		7		263	4100,00	VIII	2,25	2400,00	5400,00	OGP
Pielęgniarka koordynująca	średnie odpowiednie	Specjalizacja	5		252	4000,00	VIII	2,25	2400,00	5400,00	OPD ,OCH, OUO
Dyspozytor	licencjat odpowiednie		5		247	3950,00	VII	2,20	2300,00	5060,00	SOR
Ratownik med. (mgr)	wyższe odpowiednie	kursy specjalistyczny	3	239	244	3900,00	VII	2,20	2300,00	5060,00	SOR
	licencjat odpowiednie										
Młodszy asystent	wyższe medyczne		5	209	237	3750,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OPD, OGP, SOR, OIN, PDO, OCW, OUO, OCH
Pielęgniarka instrumentariuszka	średnie odpowiednie	Specjalizacja	5		236	3650,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OCH

Pielęgniarka anestezjologii	średnie odpowiednie	Specjalizacja	5		236	3650,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OCH
Fizjoterapeuta	wyższe odpowiednie	kurs specjalistyczny	3		232	3650,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OUO
Starsza położna	wyższe pielęgniarские	Specjalizacja	5		228	3600,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OGP
	licencjat pielęgniarstwo										
	średnie odpowiednie										
Pielęgniarka odcinkowa	wyższe pielęgniarские	Specjalizacja	5	212	227	3600,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OCH, OPD, OUO, OCW
	licencjat pielęgniarstwo										
	średnie odpowiednie	Kurs kwalifikacyjny									
Starsza pielęgniarka	wyższe pielęgniarские	kurs kwalifikacyjny	5	210	227	3600,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OCH, OPD, OUO, OCW
	licencjat pielęgniarstwo										
	średnie odpowiednie										
Położna	wyższe pielęgniarские średnie odpowiednie	kurs kwalifikacyjny	3	213	225	3360,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	OGP
Inspektor och. radiologicznej	Średnie	Uprawnienia	3		211	3250,00	V	2,15	2100,00	4515,00	PDO
Technik masażu	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczny	6-m-cy.		202	3200,00	V	2,15	2100,00	4515,00	OUO
Technik fizjoterapii	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczny	6-m-cy.		200	3200,00	V	2,15	2100,00	4515,00	OUO
Pielęgniarka	wyższe pielęgniarские	Specjalizacja	3	182	195	3100,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	OCH, OUO, OIN, SOR, OPD, OCW
	licencjat pielęgniarstwo										
	średnie odpowiednie										
Technik analityki medycznej	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczny	3		188	3000,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	PDO
Technik elektroradiologii	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczny	3		181	2900,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	PDO
Technik farmaceuta	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczny	3		176	2800,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	A
Rejestratorka	Średnie		12 m-cy.		117	1900,00	III	1,17	1900,00	2223,00	SOR, OCH, OUO, OCW, OGP, OPD, OIN, PDO
Salowa	szkoła zasadnicza		2 m-ce.		109	1730,00	I	1,10	1680,00	1848,00	OCH, OUO, OCW, OGP, OPD, OIN, SOR
Sprzątaczką	szkoła podstawowa		1 m-c.		106	1680,00	I	1,10	1680,00	1848,00	OCH, OUO, OCW, OGP, OPD, OIN, SOR

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Taryfikator kwalifikacyjny klasyfikuje lekarzy na trzech poziomach stanowisk: młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta. Lekarze bez specjalizacji są zatrudniani na stanowiskach młodszego asystenta i zostali zakwalifikowani do szóstej kategorii. Natomiast lekarzom z I stopniem specjalizacji powierzane są stanowiska asystentów, które zawiera kategoria dziewiąta. Stanowisko starszego asystenta jest przeznaczone dla lekarza z II stopniem specjalizacji i obejmuje je dziesiąta kategoria. Kierownicy oddziałów, umieszczeni w taryfikatorze kwalifikacyjnym na poziomie kategorii jedenastej i dwunastej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa muszą mieć specjalizację II stopnia, w odpowiedniej specjalności w zależności od specyfiki kierowanego oddziału i ośmioletnie doświadczenie zawodowe. Taryfikator zawiera przejściową regulację w zakresie stanowisk młodszego asystenta i asystenta, gdyż lekarze zgodnie z obowiązującymi przepisami będą zmuszeni uzyskiwać jednostopniową specjalizację. Uznawane będą przez pewien okres czasu dotychczasowe stopnie specjalizacji I i II stopnia w poszczególnych dziedzinach medycyny. Specjalizacje uzyskane zgodnie z nowymi zasadami równoznaczne będą z II stopniem specjalizacji uzyskanej wcześniej, co będzie wymogiem przy zatrudnieniu lekarza na stanowisku starszego asystenta. W efekcie zostaną zlikwidowane specjalizacje I stopnia.

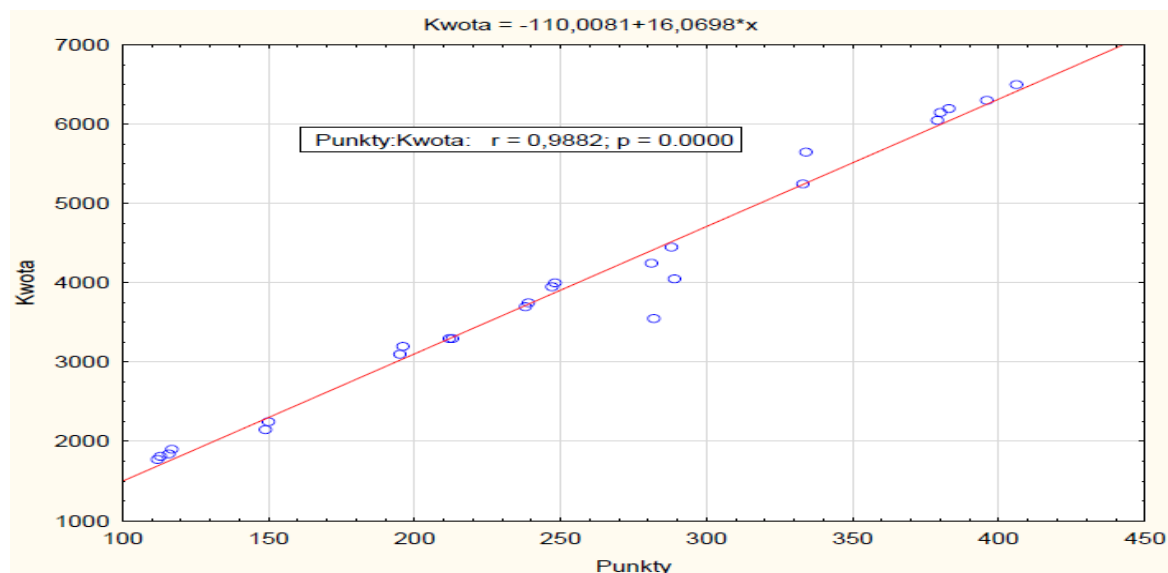
W badanym podmiocie leczniczym priorytetowe znaczenie odgrywa także personel fizjoterapeutyczny zajmujący się udzielaniem świadczeń zdrowotnych mających na celu usprawnienie pacjentów ze schorzeniami urazowo-ortopedycznymi, neurologicznymi oraz kardiologicznymi. Personel ten zatrudniony jest na stanowiskach, które wymagają wyższego wykształcenia lub średniego (absolwentów szkół policealnych o odpowiednim profilu). Stanowiska te są wzmocnione stanowiskami terapii zajęciowej i masażystami, w przypadku których wymogiem jest podnoszenie kwalifikacji poprzez uczestnictwo w kursach specjalistycznych uzyskując certyfikat z danej metody postępowania terapeutycznego. Stanowiska zaliczane do tej grupy personelu medycznego zakwalifikowane zostały do kategorii piątej i szóstej.

Stanowisko pracy technika farmacji wymaga również podnoszenia kwalifikacji według najwyższych standardów oraz uzyskania specjalizacji w przypadku stanowiska kierownika apteki. Założeniem kształcenia specjalistycznego, w tej dziedzinie nauki jest nabycie nowych wiadomości i praktyk farmaceutycznych niezbędnych przy wykonywaniu usług farmaceutycznych. Dlatego też taryfikator kwalifikacyjny dla tej grupy stanowisk przewiduje również dodatkowe doświadczenie w postaci kursów specjalistycznych i specjalizacji. Kierownika apteki sklasyfikowano w kategorii ósmej jednocześnie podnosząc wymogi, co do wykształcenia (wyższe) i stażu pracy (siedem lat). Natomiast stanowisko pracy technik

farmaceuta zostało zaliczone do kategorii czwartej. Osoba ubiegająca się o zatrudnienie na tym stanowisku powinna mieć średnie wykształcenie i udokumentowany trzyletni staż pracy.

Następna grupa stanowisk odgrywającą bardzo ważną rolę w funkcjonowanie podmiotu leczniczego występuje w Pracowni Diagnostyki Obrazowej, gdyż podstawą skutecznego leczenia jest badanie obrazowe. Pracownia świadczy usługi na rzecz wszystkich oddziałów działalności podstawowej. Kwalifikacje kierownika pracowni zdefiniowano na poziomie wykształcenia wyższego zaliczając stanowisko do dziewiątej kategorii. W zakresie wykształcenia dodatkowego osoba odpowiedzialna za pracę pracowni powinna stale podnosić swoje kwalifikacje oraz zdobyłą odpowiednią specjalizację. Wymaganiem dla osób ubiegających się o zatrudnienie na stanowisku kierownika pracowni jest doświadczenie zawodowe, które jest potwierdzone sześcioletnim stażem pracy. Wymogiem dla średniego personelu medycznego określonego w czwartej kategorii jest minimum wykształcenie średnie i kursy specjalistyczne. Najniżej w taryfikatorze kwalifikacyjnym są określone stanowisk pracy, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych ale wykonują czynności, które są bezpośrednio związane z działalnością podstawową. W tej grupie występują stanowiska: rejestrorki, które wymaga od osoby zatrudnionej na tym stanowisku wykształcenia średniego, salowej legitymującej się wykształceniem zasadniczym i sprzątaczkę wykształceniem podstawowym.

Korelacje między kwotą wartości stanowiska a uzyskaną punktacją obrazuje wykres 11.

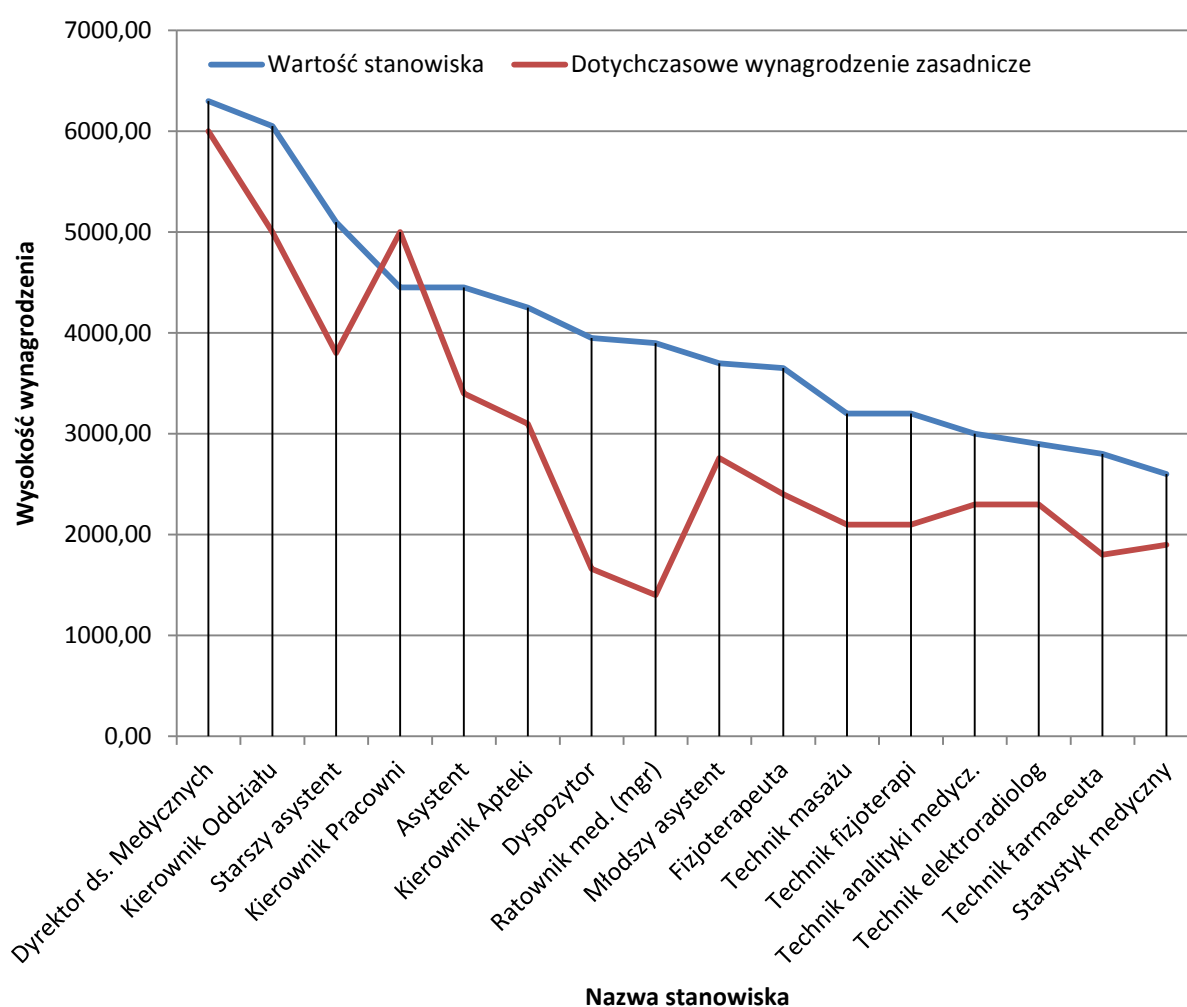


Wykres 11. Korelacja kwoty wartości stanowiska z punktacją

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przedstawiony powyżej wykres obrazuje prawie idealną korelację między kwotą wyrażającą wartość stanowiska a uzyskaną punktacją ( $r=0,988$ ). Nieznaczne odchylenie od linii prostej można zaobserwować między wartościami punktów 280–300 oraz 340. Współczynnik liczbowy +16,05 przy zmiennej „X” w równaniu nad wykresem jest b. bliski wyliczonej przez autora wartości jednego punktu (15,85). Wykres ten potwierdza słuszność zastosowanej metody szacowania wartości stanowisk na podstawie punktacji.

Analiza otrzymanych wyników badań pozwoliła na określenie różnic występujących pomiędzy wartością stanowiska pracy, a dotychczas uzyskiwanym wynagrodzeniem zasadniczym, co prezentuje wykres 12.



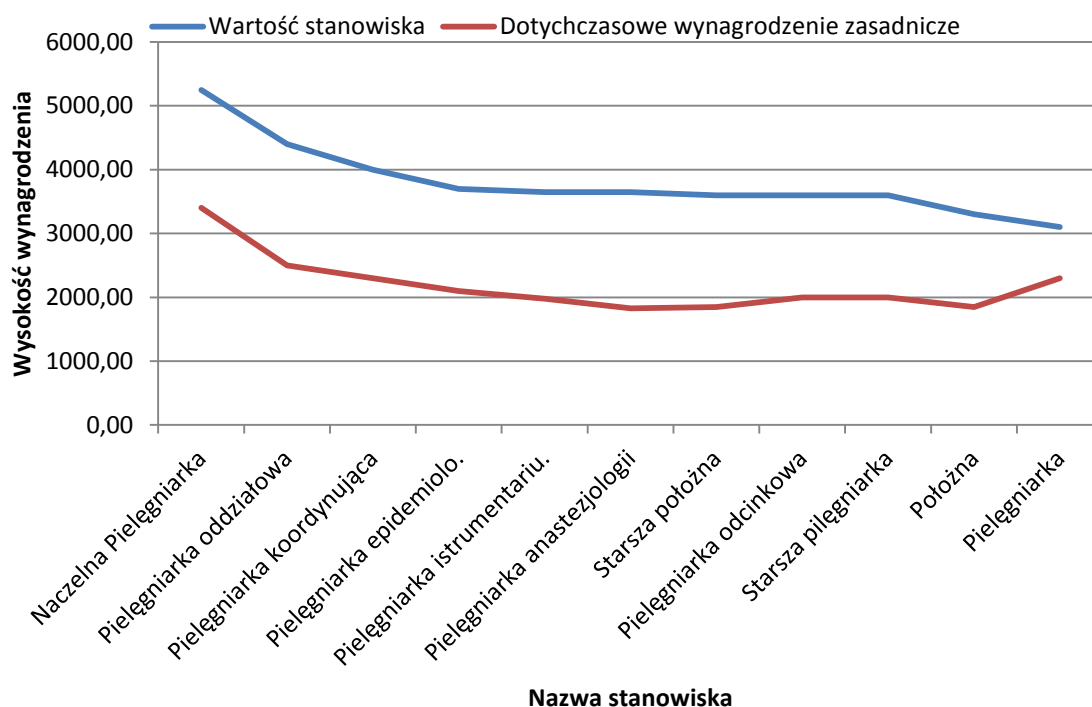
Wykres 12. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przedstawione dane wskazują, że tylko wynagrodzenie zasadnicze dla stanowiska dyrektora ds. medycznych i kierownika pracowni zostało określone na poziomie zbliżonym do jego wartości. Wynagrodzenie zasadnicze dla pozostałych stanowisk w znaczący sposób odbiega od ich wartości określonej na podstawie przeprowadzonego wartościowania stanowisk pracy. Różnica dla poszczególnych stanowisk lekarzy wynosi: starszego asystenta 1300,00, asystenta 1050,00 oraz młodszego asystenta 940,00. W przypadku pozostałego personelu medycznego największa różnica 2500,00 wystąpiła w odniesieniu do stanowiska ratownika medycznego, dyspozytora 2290,00 oraz 1250,00 dla stanowiska fizjoterapeuty. Wynagrodzenie zasadnicze średniego personelu medycznego, tj. technika masażu, fizjoterapii, analityki medycznej, elektro radiologii i farmacji także osiąga poziom niższy niż wynikający z ustalenia wartości stanowiska pracy. W tej grupie stanowisk wartość stanowiska wynikająca z wyceny trudności pracy różni się od wartości wynagrodzenia zasadniczego w przedziale od 600,00 do 1100,00. Także stanowisko statystyka medycznego zostało w taryfikatorze kwalifikacyjnym o 1300,00 wyżej wycenione niż zaproponowane przez podmiot leczniczy wynagrodzenie zasadnicze.

Wśród stanowisk działalności podstawowej bardzo ważną rolę odgrywa personel pielęgniarski, który obejmuje następujące stanowiska: pielęgniarka, położna, starsza pielęgniarka i położna, pielęgniarka odcinkowa, koordynująca, instrumentariuszka, anestezjologii oraz oddziałowa. Nadzór merytoryczny nad pracą personelu pielęgniarskiego w badanym podmiocie leczniczym sprawuje naczelną pielęgniarka. Stanowiska pielęgniarek zostały zakwalifikowane od kategorii czwartej do kategorii dziewiątej. Poszczególne stanowiska pielęgniarek wymagają przez cały okres aktywności zawodowej podnoszenia kwalifikacji poprzez uczestnictwo w kursach doskonalących i specjalistycznych. Niektóre stanowiska wymagają również uzyskanie specjalizacji na dwuletnim kursie prowadzonym przez uprawnione podmioty, w ramach określonych specjalizacji. Istotne znaczenie dla poszczególnych stanowisk pielęgniarek ma staż pracy. Wymóg legitymowania się określonym w taryfikatorze kwalifikacyjnym stażem pracy musi być spełniony przez osoby ubiegające się o zatrudnienie na danym stanowisku pracy.

Uzyskane wyniki badań w tej grupie stanowisk wskazują również na wystąpienie różnic między wartością stanowiska, wynikającą z taryfikatora kwalifikacyjnego a uzyskiwanym przez pracowników wynagrodzeniem zasadniczym. Wahania między wartością stanowiska a uzyskiwanym wynagrodzeniem zasadniczym prezentuje wykres 13.



Wykres 13. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym dla stanowisk pielęgniarek

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza powyższego wykresu wskazuje, że wszystkie stanowiska w tej grupie zawodowej osiągają niższe wynagrodzenie niż wskazuje wartość stanowiska pracy. Niedoszacowanie stanowisk pracy lekarzy zamykało się w przedziale od 940,00 do 1300,00, natomiast w przypadku pielęgniarek jest to przedział od 800,00 do 1850,00. Największe obniżenie wynagrodzenia zasadniczego aż o 1850,00 w stosunku do wartości stanowiska wystąpiło w odniesieniu do stanowiska naczelniej pielęgniarki. Analogiczna sytuacja występuje także w przypadku pozostałych stanowisk wobec, których niedoszacowanie osiąga poziomu od 1450,00 do 1820,00. Najniższą różnicę między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym odnotowuje stanowisko pielęgniarki, gdzie różnica ta zamyka się w kwocie 800,00.

Personel medyczny stanowi najistotniejszy składnik personelu podmiotu leczniczego jednak świadczenia medyczne mogą być realizowane na odpowiednim poziomie wówczas, kiedy istnieją sprawnie funkcjonujące stanowiska działalności administracyjnej i obsługi. Taryfikator kwalifikacyjny stanowisk administracji i obsługi prezentuje tabela 27.

Tabela 27. Taryfikator kwalifikacyjny stanowisk administracji i obsługi

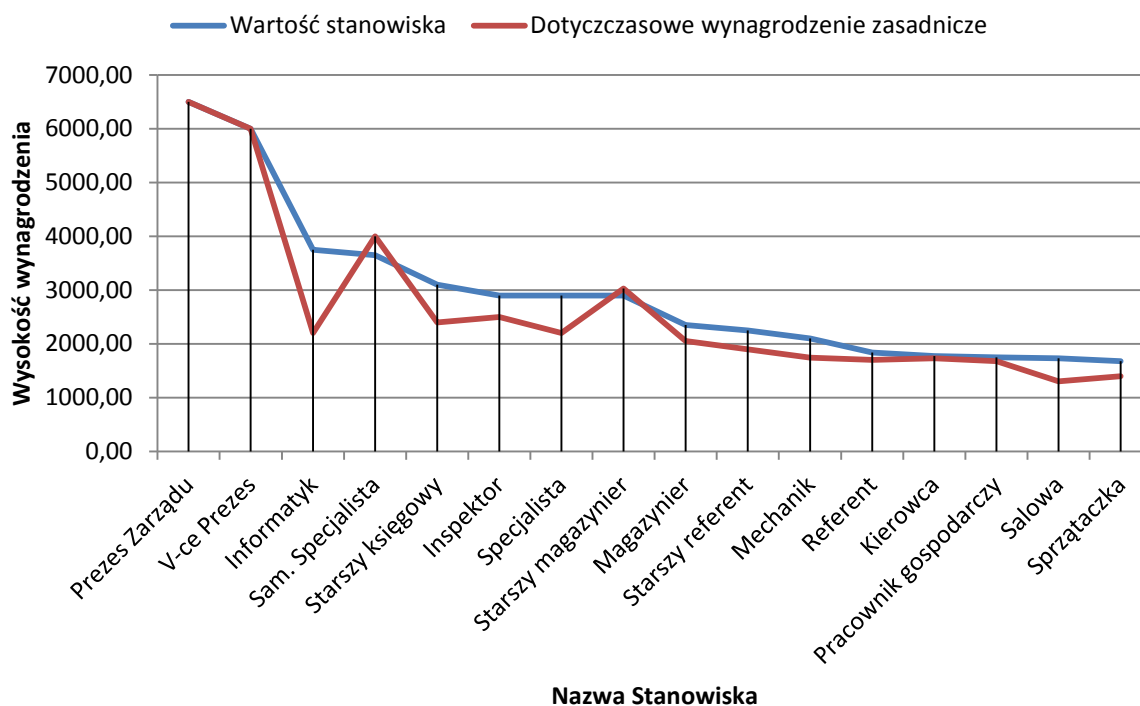
TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY PRACOWNIKÓW ADMINISTRACJI I OBSŁUGI										
Stanowisko	Wymagane kwalifikacje i doświadczenie			Wartość stanowiska i kategorii						Symbol stanowiska
	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie dodatkowe	Staż pracy	Liczba punktów	Wartość stanowiska	Kategoria	Rozpiętość przedziału	od	do	
Prezes zarządu	wyższe odpowiednie	studia podyplomowe	8	406	6500,00	XIV	2,50	5000,00	12500,00	AD
Wiceprezes	wyższe odpowiednie	studium podyplomowe	8	373	6000,00	XI	2,35	3500,00	8225,00	AD
Informatyk	wyższe odpowiednie	kursy specjalistyczne	3	240	3750,00	VII	2,20	2300,00	5060,00	AD
Pielegniarka epidemiologiczna	średnie odpowiednie	Specjalizacja	5	238	3700,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	AD
Samodzielny specjalista	wyższe odpowiednie	studium podyplomowe	5	236	3650,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	AD
Inspektor BHP	wyższe odpowiednie	studium podyplomowe	3	234	3650,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	AD
Dietetyk	średnie odpowiednie		5	227	3600,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	AD
Inspektor ds. zdarzeń kryzysowych	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	5	227	3600,00	VI	2,17	2200,00	4774,00	AD
Starszy księgowy	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	3	193	3100,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Technik budowlany	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	3	183	2950,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Inspektor	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	3	181	2900,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Specjalista	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	3	181	2900,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Starszy magazynier	średnie odpowiednie		2	181	2900,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	O
Statystyk medyczny	średnie odpowiednie		5	160	2600,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Magazynier	średnie odpowiednie		12 m-cy	156	2350,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	O
Starszy referent	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	12 m-cy	150	2250,00	IV	2,00	2000,00	4000,00	AD
Sekretarka	średnie odpowiednie	kursy specjalistyczne	12 m-cy	149	2150,00	III	1,17	1900,00	2223,00	AD
Mechanik	średnie odpowiednie	specjalne uprawnienia	6 m-cy	147	2100,00	III	1,17	1900,00	2223,00	O
Referent	średnie odpowiednie	przeszkolenie	1 m-c	116	1840,00	II	1,15	1800,00	2070,00	AD
Steryliizator	średnie odpowiednie	specjalne uprawnienia	1 m-c	114	1810,00	II	1,15	1800,00	2070,00	O
Kierowca	szkoła podstawowa	Uprawnienia	6 m-cy	112	1775,00	I	1,10	1680,00	1848,00	O
Pracownik gospodarczy	szkoła podstawowa	przeszkolenie	1 m-c	110	1750,00	I	1,10	1680,00	1848,00	O
Portier	szkoła podstawowa	przeszkolenie	1 m-c	109	1730,00	I	1,10	1680,00	1848,00	O
Szatniarz	szkoła podstawowa	Przeszkolenie	1 m-c	109	1730,00	I	1,10	1680,00	1848,00	O
Sprzątaczk	szkoła podstawowa	Przeszkolenie	2 m-ce	106	1680,00	I	1,10	1680,00	1848,00	O

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Analiza wyników badania trudności pracy umożliwiła zbudowanie taryfikatora kwalifikacyjnego dla pracowników administracji i obsługi, który porządkuje stanowiska od najniższego do najwyższego według ich znaczenia. Daje obraz istniejących między poszczególnymi stanowiskami różnic oraz podobieństw jednocześnie wskazując na ich różnorodność. Do najwyższej kategorii zostało zakwalifikowane stanowisko prezesa zarządu, który ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Prezes zarządu zgodnie z zawartymi wymogami kwalifikacyjnymi w taryfikatorze musi mieć wykształcenie wyższe i studia podyplomowe oraz ośmioletnie doświadczenie zawodowe. Wiceprezes odpowiedzialny za sprawy ekonomiczne również musi mieć wyższe wykształcenie oraz ukończone studia podyplomowe z rachunkowości i ośmioletni staż pracy. Dla stanowisk zaliczonych do kategorii szóstej tj., stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej, dietetyka i inspektora ds. zdarzeń kryzysowych nie jest wymagane wykształcenie wyższe. Wymagane doświadczenie zawodowe dla stanowiska informatyka zakwalifikowanego do kategorii ósmej i inspektora bhp wynosi trzy lata natomiast dla stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej i samodzielnego specjalisty pięć lat. Pozostałe stanowiska wymagają od osób zatrudnionych podnoszenia kwalifikacji oraz uzyskiwania specjalnych uprawnień, które są wymogiem formalnoprawnym umożliwiającym zatrudnienie pracownika na danym stanowisku. Kategoria czwarta obejmuje stanowiska średniego szczebla, na których wymogiem jest, aby pracownik miał minimum średnie wykształcenie. Pracownicy zatrudnieni w tej grupie stanowisk zobowiązani do dodatkowych kwalifikacji, które uzyskują biorąc udział w kursach specjalistycznych. Taryfikator określa minimalne doświadczenie zawodowe dla stanowisk zaliczanych do kategorii czwartej. Kolejną grupą są stanowiska pracy zaliczone do kategorii trzeciej. Charakterystycznym dla tej grupy stanowisk jest legitymowanie się średnim wykształceniem z zachowaniem wymogu dodatkowych kwalifikacji. Wymogi w zakresie doświadczenia zawodowego są znacznie niższe. Ostatnie dwie grupy stanowisk z uwagi na fakt, że wykonywane są czynności, których trudność nie jest złożona charakteryzują się wymogami kwalifikacyjnymi na poziomie średnim, zasadniczym i podstawowym przy dość niskich wymogach dotyczących doświadczenia zawodowego.

W wyniku dokonanej analizy wartości stanowiska pracy a wypłacanych przez podmiot leczniczy wynagrodzeń zasadniczych można stwierdzić występowanie różnic, które prezentuje wykres 14.



Wykres 14. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym dla wybranych stanowisk administracji i obsługi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zgodność wartości stanowisk z wypłacanymi wynagrodzeniami zasadniczymi uzyskują stanowiska prezesa zarządu i wiceprezesa. W porównaniu z innymi grupami zawodowymi występujące różnice nie uzyskują już tak znacznych wartości. Największą z nich odnotowano w przypadku stanowiska informatyka, która wynosi 1550,00. Natomiast w przypadku stanowisk: samodzielnego specjalisty i starszego magazyniera wypłacane wynagrodzenie zasadnicze jest większe od wartości stanowiska pracy. Pozostałe stanowiska charakteryzują się występowaniem różnic między ich wartością a wypłacanym wynagrodzeniem zasadniczym w przedziale od 44,00 do 700,00. Najmniejszą różnicę odnotowano dla stanowiska kierowcy 44,00 i stanowiska pracownika gospodarczego 70,00, co świadczy o wystąpieniu spójności w opłacaniu pracy z wartością stanowiska wynikającą z oszacowania wartości pracy.

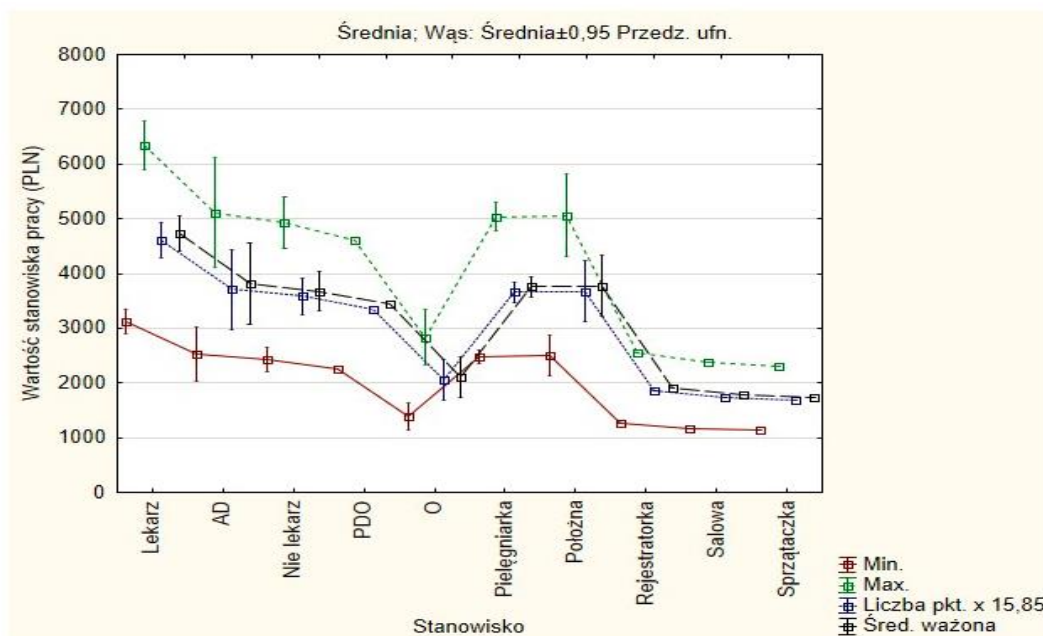
W celu sprawdzenia poprawności obliczenia wartości stanowiska pracy dokonano porównania średniej wartości stanowisk w danej grupie ze średnią ważoną wartości stanowisk pracy dla danej grupy. Średnia ważona wskazuje wartość z uwzględnieniem liczebności każdej z uśrednionych wartości stanowiska. Wyniki porównania wartości grup stanowisk prezentuje tabela 28.

Tabela 28. Porównanie wartości grup stanowisk

Grupy stanowisk	Liczba stanowisk	Wartość stanowiska średnia	Wartość stanowiska (bł. std.)	Wartość stanowiska -uśred. min. Średnie	Wartość stanowiska średnia ważona	Wartość stanowiska średnia ważona (bł. std.)
Lekarzy	31	4610,816	136,4535	3124,301	4732,995	140,0693
Administracji	17	3715,426	184,2642	2517,528	3813,879	189,1469
Położnych	4	3677,200	379,8703	2491,680	3774,640	389,9363
Pielęgniarek	28	3663,614	143,5775	2482,474	3760,694	147,3821
Nie lekarzy	13	3583,319	210,7142	2428,066	3678,272	216,2978
PDO	1	3344,350	759,7407	2266,140	3432,970	779,8726
Obsługi	8	2056,537	268,6089	1393,515	2111,032	275,7266
Salowe	7	1727,650	287,1550	1170,660	1773,430	294,7641
Rejestratorki	8	1854,450	268,6089	1256,580	1903,590	275,7266
Sprzątaczk	8	1680,100	268,6089	1138,440	1724,620	275,7266

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza zawartych w tabeli wyników wskazuje, że różnica między wartością średnią, a średnią ważoną wynosi 2,6%. Wartość jednego punktu obliczony na podstawie wcześniej opisanego założenia, wynosi 15,84 zł, natomiast obliczona na podstawie uśrednionego minimum, które wynosi 1138,40, przyjmuje wartość 10,74 zł. Prezentację graficzną wyników badań prezentuje wykres 15.



Wykres 15. Wartość stanowiska pracy oszacowana na podstawie wartości minimalnych i maksymalnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykres obrazuje równoległy przebieg wartości stanowisk pracy oszacowanych na podstawie wartości minimalnych, maksymalnych. Dla stanowisk od Lekarzy do PDO rozpiętość maks.-min. jest ok. 2 razy większa od pozostałych stanowisk.

Na podstawie taryfikatora kwalifikacyjnego opracowana została wzorcowa tabela wynagrodzenia zasadniczego. Wyceniana w wartości punktowej trudność pracy została zakwalifikowana do właściwej kategorii, a następnie został określony przedział wynagrodzenia zasadniczego określający jego minimalną i maksymalną kwotę, co przedstawia tabela 29.

Tabela 29. Tabela wynagrodzenia zasadniczego

Tabela wynagrodzenia zasadniczego				
Kategoria	Wartość rozpiętości przedziału	Przedział punktowy	Przedział wynagrodzenia	
			Od	Do
I	1,10	106–112	1680,00	1900,00
II	1,15	113–116	1800,00	2100,00
III	1,17	117–149	1900,00	2300,00
IV	2,00	150–195	2000,00	4000,00
V	2,15	196–212	2100,00	4500,00
VI	2,17	213–238	2200,00	4800,00
VII	2,20	239–247	2300,00	5200,00
VIII	2,25	248–281	2400,00	5600,00
IX	2,27	282–288	2800,00	6400,00
X	2,30	289–333	3000,00	7000,00
XI	2,35	334–379	3500,00	8400,00
XII	2,37	380–383	4000,00	9500,00
XIII	2,40	384–396	4500,00	10500,00
XIV	2,50	397–406	5000,00	12500,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zbudowana na podstawie wyników wartościowania stanowisk pracy tabela wynagrodzeń zawiera czternaście kategorii zaszeregowania. Cechą charakterystyczną tabeli jest jej elastyczność, co oznacza lepszą możliwość dostosowania stawki wynagrodzenia zasadniczego do występującej na stanowisku trudności pracy w danej kategorii zaszeregowania. Konsekwencją takiego rozwiązania jest niewielka liczba przedziałów, co umożliwia stosowanie wielokrotnych podwyżek bez konieczności zmiany kategorii zaszeregowania. Prezentowane w tabeli wynagrodzenie zasadnicze w poszczególnych kategoriach charakteryzują się dwoma parametrami: rozpiętością punktów w danej kategorii oraz rozpiętością wynagrodzeń. W zależności od rodzaju pracy i potrzeb elastyczności wynagrodzeń procentowa szerokość widełek jest zróżnicowana. Najwyższą kategorię zaszeregowania zyskała wartość rozpiętości przedziału 2,5, który jest obniżany wraz ze zmniejszaniem się kategorii. Zastosowanie różnych wartości rozpiętości ma na celu silniejsze motywowanie pracowników do efektywnej pracy i do wykonywania

coraz trudniejszych prac. W efekcie końcowym najniższa wartość rozpiętości przedziału jest o 1,4 mniejsza od najwyższej. Kwota wynagrodzenia zasadniczego wynikająca z dolnej stawki jest kwotą równą wartości stanowiska pomniejszonej od 30% do 40% w zależności od kategorii. Różnica wartości między dolnymi stawkami od kategorii II do VIII wynosi 100,00. Wystąpienie większej trudności pracy, od kategorii VIII spowodował, że różnice między dolnymi stawkami zaczęły się zwiększać. Analizując konstrukcję tabeli wynagrodzenia zasadniczego można przyjąć założenie, że wynagrodzeniem standardowym dla danego stanowiska jest wynagrodzenie wynikające z jego wartości wynikające z taryfikatora kwalifikacyjnego, które mieści się w granicach rozpiętości danej kategorii. Stawki wyższe do maksymalnej wartości mogą uzyskać pracownicy, których efekty pracy są ponad przeciętne. Niższe stawki od wartości stanowiska, w odpowiedniej kategorii otrzymują pracownicy, których efekty pracy są gorsze od przeciętnych.

Tabela wynagrodzenia zasadniczego charakteryzuje się częściowym pokrywaniem (nazywane również przenikaniem) się stawek wynagrodzenia zasadniczego w kolejnych kategoriach oraz przyrostem poszczególnych kategorii. Analizując dane zawarte w tabeli można ustalić kwotę przenikania się kategorii, która wynika z różnicy wartości wysokość górnej stawki płac w kategorii niższej, a wysokością dolnej stawki w kategorii wyższej. Wartość przenikania się poszczególnych kategorii i przyrostu przedstawia tabela 30.

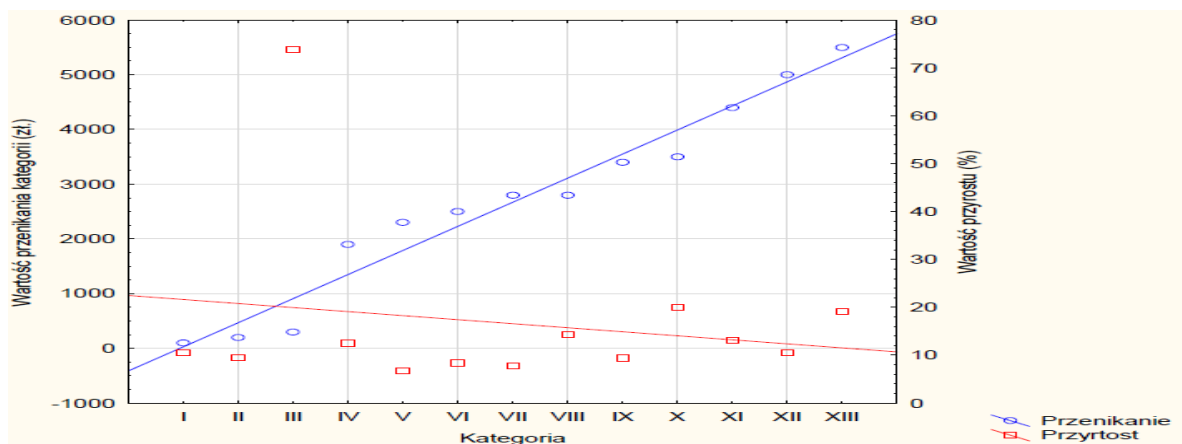
Tabela 30. Wartość przenikania i przyrostu wynagrodzenia zasadniczego między kategoriami

Kategoria	Przedział wynagrodzenia (zł)		Wartość przenikania kategorii (zł)	Wartość przyrostu (%)
	Od	do		
I	1680,00	1900,00	100,00	10,53
II	1800,00	2100,00	200,00	9,52
III	1900,00	2300,00	300,00	73,91
IV	2000,00	4000,00	1900,00	12,50
V	2100,00	4500,00	2300,00	6,67
VI	2200,00	4800,00	2500,00	8,33
VII	2300,00	5200,00	2800,00	7,69
VIII	2400,00	5600,00	2800,00	14,29
IX	2800,00	6400,00	3400,00	9,38
X	3000,00	7000,00	3500,00	20,00
XI	3500,00	8400,00	4400,00	13,10
XII	4000,00	9500,00	5000,00	10,53
XIII	4500,00	10500,00	5500,00	19,05
XIV	5000,00	12500,00		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przenikanie się kategorii ustalone jest w taki sposób, aby gwarantowało niezaburzenie relacji wynagrodzenia zasadniczego między stanowiskami. Zakres przenikania w kategoriach

niższych jest stosunkowo nieduży i maksymalnie do kategorii III wynosi 100,00, a od kategorii IX do XIV maksymalna wysokość przenikania ukształtowała się na poziomie 5500,00. Zastosowanie różnych wartości przenikania jest uzasadnione zmianą trudności pracy w poszczególnych kategoriach. Dalsza analiza danych zawartych w tabeli zwraca uwagę na przyrost wynagrodzenia zasadniczego wynikający z różnicy między kwotami górnych stawek płac następujących po sobie kategoriach. Wartość przyrostu górnych stawek płac poszczególnych kategorii jest nieregularny. Istotny wpływ na jego poziom w poszczególnych kategoriach ma różnica punktowa wynikająca z wyceny trudności pracy, jaką uzyskały stanowiska oraz wartość rozpiętości przedziału. Również na wysokość wskaźnika wpływa wartość minimalnej kwoty wynagrodzenia zasadniczego, która została ustalona dla odpowiedniej kategorii. Największą wartość wskaźnik osiąga między kategorią III a IV wynosząc 73,91%. W kategorii II, V, VI, VII, XI wskaźnik przyrostu wynagrodzenia zasadniczego osiąga wartość najmniejszą, co jest spowodowane wystąpieniem niewielkich różnic w wycenie punktowej między stanowiskami pracy. Prezentację graficzną powyższych rozważań prezentuje wykres 16.



Wykres 16. Przenikanie się i przyrost wynagrodzenia w poszczególnych kategoriach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

### 4.3. Analiza porównawcza tabeli wynagrodzenia zasadniczego z tabelą wzorcową uwzględniającą optymalny poziom kosztów

Badany podmiot leczniczy ma zatwierdzony i wprowadzony w życie regulamin wynagradzania, który zawiera tabelę stawek wynagrodzenia zasadniczego. Obowiązująca tabela wynagrodzenia nie została zbudowana w oparciu o wyniki wartościowania stanowisk pracy, co uniemożliwia przestrzeganie zasady równości płacy za pracę o tej samej trudności. Prezentację wynagrodzeń podmiotu leczniczego i tabeli wzorcowej zawiera tabela 22.

Tabela 31. Porównanie tabeli stawek wynagrodzenia zasadniczego obowiązującej w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. z tabelą wynagrodzenia zasadniczego zbudowaną na podstawie wartościowania stanowisk pracy

Tabela stawek wynagrodzenia zasadniczego											
Kwota wynagrodzenia wynikająca z taryfikatora wynagrodzenia zasadniczego						Kwota wynagrodzenia wynikająca z wartościowania stanowisk pracy					
Kategoria	od	Do	Rozpiętość przedziału (zł)	Wartość przenikania kategorii (zł)	Wartość przyrostu (%)	Kategoria	Od	Do	Rozpiętość przedziału (zł)	Wartość przenikania kategorii (zł)	Wartość przyrostu (%)
I	493,00	1856,00	1363,00	1356,00	2,13	I	1680,00	1900,00	220,00	100,00	10,53
II	500,00	1892,00	1392,00	1383,00	3,23	II	1800,00	2100,00	300,00	200,00	9,52
III	509,00	1946,00	1437,00	1429,00	4,31	III	1900,00	2300,00	400,00	300,00	73,91
IV	517,00	2016,00	1499,00	1490,00	5,34	IV	2000,00	4000,00	2000,00	1900,00	12,50
V	526,00	2105,00	1579,00	1571,00	6,14	V	2100,00	4500,00	2400,00	2300,00	6,67
VI	534,00	2210,00	1676,00	1667,00	9,01	VI	2200,00	4800,00	2600,00	2500,00	8,33
VII	543,00	2370,00	1827,00	1816,00	8,05	VII	2300,00	5200,00	2900,00	2800,00	7,69
VIII	554,00	2528,00	1974,00	1962,00	8,36	VIII	2400,00	5600,00	3200,00	2800,00	14,29
IX	566,00	2705,00	2139,00	2126,00	7,62	IX	2800,00	6400,00	3600,00	3400,00	9,38
X	579,00	2881,00	2302,00	2290,00	7,17	X	3000,00	7000,00	4000,00	3500,00	20,00
XI	591,00	3058,00	2467,00	2449,00	7,90	XI	3500,00	8400,00	4900,00	4400,00	13,10
XII	609,00	3271,00	2662,00	2637,00	8,38	XII	4000,00	9500,00	5500,00	5000,00	10,53
XIII	634,00	3519,00	2885,00	2854,00	8,67	XIII	4500,00	10500,00	6000,00	5500,00	19,05
XIV	665,00	3800,00	3135,00	3086,00	7,46	XIV	5000,00	12500,00	7500,00		
XV	714,00	4083,00	3369,00	3301,00	6,32						
XVI	782,00	4364,00	3582,00	3515,00	6,09						
XVII	849,00	4649,00	3800,00	3726,00	6,39						
XVIII	923,00	4966,00	4043,00	3969,00	6,04						
XIX	997,00	5284,00	4287,00	4207,00	6,37						
XX	1077,00	5637,00	4560,00	4480,00	6,78						
XXI	1157,00	6026,00	4869,00	4777,00	6,10						
XXII	1249,00	6415,00	5166,00	3515,00	47,06						
XXIII	2900,00	10497,00	7597,00								

Źródło: Regulamin wynagradzania z dnia 01 października 2011 r. Powiatowego Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. oraz wyniki badań.

Dotychczasowa tabela wynagrodzenia zasadniczego podmiotu leczniczego zawiera 23 kategorie i obejmuje wszystkich zatrudnianych pracowników. Duża liczba kategorii nie sprzyja tworzeniu elastycznego systemu wynagrodzenia. Analizując zaprezentowaną tabelę, można stwierdzić, że ma zbliżoną równomierną rozpiętość przedziałów między poszczególnymi kategoriami. Choć w literaturze przedmiotu nie ma jednej ścisłej zasady obliczania rozpiętości przedziałów to jednak szerokość ich powinna zwiększać się w miarę przechodzenia do wyższej kategorii. W zaprezentowanej tabeli można zauważyć, że do kategorii XV zasada ta została spełniona, gdyż do kategorii VI wzrasta ok. 0,1, a do kategorii XVI o ok. 0,2. Zastosowanie dwóch różnych wartości wzrostu ma swoje uzasadnienie gdyż zależy od rozkładu trudności pracy.

Dokonując dalszej analizy tabeli wynagrodzenia zasadniczego, należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo dużą rozpiętość przedziałów, co wpływa na znaczne przenikanie wynagrodzenia zasadniczego. Dolne stawki poszczególnych kategorii są ustalone na bardzo niskim poziomie i wynoszą 30% wartości minimalnego wynagrodzenia, które w 2014 r. zostało ustalone na poziomie 1680,00 zł. Różnice w wysokości dolnych stawek w poszczególnych kategoriach są niewielkie, co przekreśla ich motywacyjny charakter i w niektórych kategoriach zaburza relację płac. Wartość wzrostu dolnych stawek płac kształtuje się na poziomie 1,09. Natomiast wartość przyrostu do kategorii XXII nie przekracza 9%. W ostatniej kategorii bardzo wzrasta osiągając poziom 47,06%. Analizując tabelę wynagrodzenia zasadniczego podmiotu leczniczego można stwierdzić, że w kolejnych kategoriach wartość rozpiętości przedziału jest zbliżona do wartości przenikania się kategorii. Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli kierownicy oddziałów działalności podstawowej zostali zakwalifikowani do kategorii XX i XXI, co oznacza, że maksymalne wynagrodzenie zasadnicze w tej grupie stanowisk może osiągnąć wysokość 6026,00 zł. Minimalna wysokość wynagrodzenia dla kategorii XXI, tj. 1157,00 zł wskazuje, iż pracownik zatrudniony w kategorii II, otrzymując najwyższą stawkę, mógłby otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż kierownik oddziału, gdyż dolna stawka w kategorii II wynosi 1892,00 zł. Stanowiska lekarzy: starszego asystenta, asystenta i młodszego asystenta zostały usytuowane w górnej strefie tabeli.

Najwyższe wynagrodzenie zasadnicze personelu pielęgniarskiego może osiągnąć wartość na poziomie kategorii XVII (pielęgniarka epidemiologiczna), które jest równe wynagrodzeniu lekarza zatrudnionego na stanowisku asystenta. Pozostały personel pielęgniarki jest zatrudniony w niższych kategoriach, począwszy od kategorii XII. Najniższą kategorią dla stanowisk personelu działalności podstawowej jest VII kategoria, do której zakwalifikowano stanowisko salowej.



Analizując stanowiska zaliczane do administracji, należy wskazać, że tylko stanowisko zastępcy kierownika, głównego księgowego oraz radcy prawnego może osiągnąć kategorię XVIII, do której zostali zaliczeni starsi asystenci. Jak wynika z powyżej zaprezentowanych danych, przedział między kategorią XVII a XIV został zarezerwowany dla stanowisk, które wymagają od osób ubiegających się o zatrudnienie wykształcenia wyższego. Średnia rozpiętość przedziału między kategoriami wynosi 3585,00 zł, natomiast wartość przenikania dla kategorii XIV równa jest 3135,00 zł wzrastając do kwoty 4043,00 zł w kategorii XVIII. Najwyższa kategoria dla pozostałych stanowisk pracowników administracji odpowiada poziomowi zaszeregowania stanowisk odpowiedzialnych m.in. za pracę pielęgniarek. Wynagrodzenie zasadnicze dla tej grupy stanowisk zamyka się w przedziale od 609,00 do 3271,00 zł. Kategoria XII jest najwyższą kategorią dla pracowników obsługi, których wykształcenie określono na poziomie szkoły średniej. Z regulaminu wynagrodzenia wynika, że choć jest w tabeli wynagrodzenia zasadniczego uwidoczniła kategoria I, to żadne stanowisko pracy nie zostało do niej zakwalifikowane.

Zbudowana na podstawie wyników wartościowania stanowisk pracy tabela wynagrodzenia zasadniczego zawiera XIV kategorii. Najniższa stawka w pierwszej kategorii równa jest wysokości najniższego wynagrodzenia za pracę. Przedziały w poszczególnych kategoriach są tak zbudowane, że nie zaburzają relacji płacy zasadniczej między stanowiskami. Zachowana jest zasada hierarchicznego zakwalifikowania stanowisk w zależności od występującej trudności pracy. Nie jest możliwe zachodzenie na siebie stawek między kategorią najwyższą a najniższą. Taką sytuację można zauważyć na przykładzie stanowiska kierowników oddziałów, które zostały zakwalifikowane do kategorii XI i XII. Minimalne wynagrodzenie dla kategorii XI wynosi 3500,00 zł. Dokonując porównania z poszczególnymi stawkami płac zawartymi w pozostałych kategoriach, można zauważyć, że najniższe wynagrodzenie kierownika oddziału pokrywa się z wynagrodzeniem zawartym w kategorii IV. Przedziały wynagrodzeń w tabeli nie dopuszczają sytuacji, jak to ma miejsce w tabeli podmiotu leczniczego, że wynagrodzenie z kategorii przeznaczonej dla kierownika oddziału pokrywa się z jedną z najniższych kategorii. Na uwagę zasługuje także fakt, że najniższe wynagrodzenie kierowników w tabeli wzorcowej jest trzy razy wyższe od wynagrodzenia zawartego w dotychczas obowiązującej tabeli. Wartość rozpiętości przedziałów w tabeli wzorcowej między poszczególnymi kategoriami wzrasta stopniowo. Do kategorii czwartej wzrost rozpiętości mieści się w granicach 100,00 zł, natomiast między kategorią III a IV wynosi 1600,00 zł. Tak duży wzrost spowodowany jest zwiększeniem trudności pracy dla stanowisk zakwalifikowanych do tej kategorii. W pozostałych kategoriach rozpiętość stawek płacy

zasadniczej jest uzależniona także od wartości rozpiętości, który dla najwyższej kategorii wynosi 2,5. Następnym elementem cechującym tabelę wzorcową jest wartość przenikania, która tak jak wartość rozpiętości przedziałów wzrasta stopniowo. Stopień przenikania między kolejnymi kategoriami jest różny od wartości rozpiętości przedziałów. Największy poziom, w wysokości 5500,00 zł, osiągnięty został między kategoriami XIII i XIV. Wartość przyrostu w tabeli wzorcowej, w odróżnieniu od tabeli podmiotu leczniczego, jest różny dla poszczególnych kategorii i kształtuje się na poziomie wyższym. W kategorii III osiąga wartość 73,91%, co odzwierciedla bardzo duży wzrost górnych stawek wynagrodzenia zasadniczego.

Jak wynika z tabeli wzorcowej, grupy stanowisk skupione w poszczególnych kategoriach odzwierciedlają stopień ważności stanowiska w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Należy zwrócić uwagę, że stanowiska pracy lekarzy (starszego asystenta i asystenta) są najwyższej zaszeregowane, jednak ich wynagrodzenie zasadnicze jest uzależnione od stopnia trudności pracy. Najwyższy stopień trudności pracy został określony dla starszego asystenta zatrudnionego w oddziale chirurgicznym. W tej grupie stanowisk najniższą trudność pracy odnotowano dla stanowiska starszego asystenta w oddziale ginekologiczno-położniczym. Przedział wynagrodzenia zasadniczego dla starszych asystentów od 3000,00 do 6900,00 zł daje możliwość zróżnicowania płacy w zależności od wyceny punktowej stanowiska pracy. Dokonując analizy kategorii, do której zakwalifikowano stanowiska pielęgniarki oddziałowej, należy stwierdzić, że ich wynagrodzenie mieści się w kategorii, do której zakwalifikowano także stanowiska asystentów. Znacznie niższą wysokość wynagrodzenia zasadniczego odnotowują stanowiska pielęgniarek oraz techników medycznych różnych specjalności, których wartość płacy mieści się w przedziale od 2000,00 do 4000,00 zł. Dolna stawka wynagrodzenia średniego personelu medycznego jest niższa o 800,00 zł, natomiast górna o 2900,00 zł. Z dokonanej analizy wynagrodzenia zasadniczego dotychczasowego i zawartego w tabeli wzorcowej tej grupy stanowisk wynika, że przedział dotychczasowy obejmuje wynagrodzenie od 609 do 3519 zł, natomiast wzorcowy proponuje płacę od 2000,00 do 4000,00 zł. Powyżej zaprezentowane dane wskazują na nieprawidłowe ustalenie dolnej stawki kategorii zaszeregowania zawartej w dotychczasowej tabeli. Przy założeniu, że pracownik nie otrzyma żadnego wynagrodzenia ruchomego, stawka wynagrodzenia zasadniczego, która będzie jednym jego wynagrodzeniem za dany miesiąc, w znaczący sposób odbiegać będzie od najniższego wynagrodzenia, co spowoduje konieczność wypłaty zasiłku wyrównawczego.

Wzorcowa tabela wynagrodzenia zasadniczego obejmuje również pracowników administracji i obsługi. W gronie stanowisk zaliczanych do administracji najwyższej w tabeli

zostało zakwalifikowane stanowisko: prezesa zarządu, dyrektora ds. medycznych, wiceprezesa oraz naczelną pielęgniarki. Minimalne wynagrodzenie zasadnicze dla grupy stanowisk ścisłego zarządu ustalono w wysokości 3000,00 zł, natomiast maksymalna wartość wynikająca z kategorii XIV osiąga wartość 12 500,00 zł. Wyznaczenie tak dużego wynagrodzenia dla stanowisk najwyższego szczebla zarządzania wynika z oszacowanej trudności pracy oraz ponoszenia odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego.

Większość stanowisk pracy zaliczanych do administracji z uwagi na wymogi kwalifikacyjne związane z wykształceniem na poziomie średnim zostało zakwalifikowane do kategorii IV, która zawiera przedział wynagrodzenia od 2000,00 do 4000,00 zł, co odpowiada poziomowi wynagrodzenia średniego personelu medycznego. Do grona średniego personelu medycznego zatrudnionego w kategorii IV zaliczono stanowiska pracy: technika analityki medycznej, farmacji oraz pielęgniarki. W grupie stanowisk zaliczanych do administracji, z pominięciem stanowisk ścisłego zarządu, najwyższej zostało wycenione stanowisko informatyka (kategoria VII). Wśród stanowisk pracowników działalności podstawowej w tej kategorii uwzględniono stanowisko dyspozytora i ratownika medycznego, jednocześnie określając wymóg wykształcenia na poziomie wyższym. W najniższej kategorii zaszeregowania uwzględniono stanowiska pracy, na których trudność pracy występuje w najniższym stopniu. Dla tej kategorii wynagrodzenie zasadnicze kształtuje się w przedziale od 1680,00 do 1900,00 zł i jest wynagrodzeniem wyższym od zawartego w dotychczasowej tabeli. Jak wynika z powyższych danych maksymalna stawka wynagrodzenia zasadniczego pracowników zaliczonych do kategorii I może tylko osiągnąć pułap minimalnej stawki odpowiedniej dla III kategorii.

#### **4.4. Analiza porównawcza uzyskanych wyników z badaniami przeprowadzonymi w innych podmiotach leczniczych**

Wyniki badań wartościowania stanowisk pracy personelu medycznego, administracyjnego i obsługi Powiatowego Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. stanowią materiał umożliwiający dokonanie analizy porównawczej z badaniami przeprowadzonymi w innych podmiotach leczniczych, które są przedstawione w załączniku 3. Układem odniesienia są wyniki badań wykonanych w trzech podmiotach leczniczych, które zostały wykorzystane za zgodą ich autora dr Piotra Pagórskiego, tj. Szpitala Powiatowego we Wrześni Sp. z o.o., Szpitala Powiatowego w Jarocinie Sp. z o.o., Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

Analizę porównawczą wyników wartościowania stanowisk pracy przeprowadzono w odniesieniu do podmiotów leczniczych realizujących zbliżone, co do zakresu świadczenia zdrowotne. Również nie bez znaczenia była forma prawna podmiotu leczniczego. Wszystkie szpitale zostały przekształcone w spółki prawa handlowego i zatrudniały co najmniej 250 pracowników. Zgromadzony w poniższej tabeli materiał badawczy w sposób syntetyczny prezentuje wyniki wartościowania stanowisk pracy w poszczególnych podmiotach leczniczych. Liczba występujących stanowisk pracy, w szpitalach wynosiła: Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. – 125, Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. – 75, Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. – 91 i Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. – 84. Różnica w liczbie stanowisk jest spowodowana przyjętymi rozwiązaniami w zakresie realizacji poszczególnych czynności np. zlecenie wykonania usług (porządkowych) przez szpital podmiotom zewnętrznym powoduje, iż dane stanowisko pracy (sprzątaczek i salowych) nie występuje we wszystkich podmiotach leczniczych.

Brak wyników wartościowania stanowisk pracy kadry zarządzającej, tj. prezesa zarządu i dyrektora ds. medycznych w szpitalu Jarocinie oraz prezesa zarządu w szpitalu we Wrześni był podyktowany decyzją o ich wyłączeniu z procesu oceny trudności pracy. Również wprowadzona w życie struktura organizacyjna w poszczególnych oddziałach szpitalnych spowodowała, że np. stanowisko starszego asystenta, asystenta i młodszego asystenta Oddziału Urazowo-Ortopedycznego szpitala w Rawiczu, Jarocinie i Wrześni nie przewidywała ich utworzenia.

Szczegółowy zestaw wyników wartościowania stanowisk pracy dla poszczególnych kluczy analitycznych i syntetycznych w porównywanych podmiotach leczniczych zawiera załącznik nr 4. Porównanie wartości kluczy syntetycznych podmiotów leczniczych przedstawia tabela 32.

Tabela 32. Porównanie wyników wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o. oraz Szpitalu Powiatowym we Wrześni

Podmiot leczniczy	Liczba stanowisk	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. Std
Brzeziny A	125	79,9120	22,0000	137,0000	31,85831
Brzeziny B	125	62,6800	19,0000	155,0000	30,80993
Brzeziny C	125	25,9680	12,0000	65,0000	10,87164
Brzeziny D	125	48,6400	22,0000	79,0000	14,05657
Brzeziny razem	125	217,1040	106,0000	406,0000	78,66895
Rawicz A	75	87,3333	26,0000	132,0000	25,57836
Rawicz B	75	60,5200	13,0000	152,0000	33,31194
Rawicz C	75	27,8400	5,0000	65,0000	12,30583
Rawicz D	75	53,5333	28,0000	80,0000	13,94326
Rawicz razem	75	231,6104	78,0000	401,0000	79,82286
Jarocin A	91	77,3956	17,0000	132,0000	32,5692
Jarocin B	91	54,1209	12,0000	128,0000	31,68906
Jarocin C	91	23,8242	3,0000	55,0000	12,87857
Jarocin D	91	51,7033	31,0000	82,0000	13,55605
Jarocin razem	91	207,2198	71,0000	390,0000	85,60371
Września A	84	84,7262	23,0000	132,0000	23,56450
Września B	84	58,4524	18,0000	148,0000	28,97128
Września C	84	29,2857	8,0000	58,0000	10,45884
Września D	84	49,1786	27,0000	73,0000	11,02479
Września razem	84	221,5714	89,0000	389,0000	69,02720

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Dokonując analizy wyników oceny trudności pracy występującej w podmiotach leczniczych według klucza syntetycznego „złożoność pracy” można stwierdzić, że najwyższą wartość średniej liczby punktów uzyskał szpital w Rawiczu 87,33. W szpitalu we Wrześni „złożoność pracy” średnio wyceniono na poziomie 84,73 a w Brzezinach 79,91. Natomiast najniżej w szpitalu w Jarocinie 77,40. W przypadku klucza syntetycznego „odpowiedzialność” najwyższą średnią liczbę punktów odnotowano w szpitalu w Brzezinach 62,68. Ocena trudności pracy według powyższego klucza analitycznego w Rawiczu ukształtowała się na poziomie średniej liczby punktów 60,52. W szpitalu we Wrześni średnia liczba punktów była mniejsza w porównaniu ze szpitalem w Rawiczu o 2,07. Najniższą średnią liczbę punktów przyznano w szpitalu w Jarocinie 54,12. Najwyższą średnią liczbę punktów przyznaną zgodnie z wytycznymi zawartymi w kluczu syntetycznym „współpraca” uzyskał szpital we Wrześni

29,29 a o 1,44 niższą szpital w Rawiczu. Średnią liczbę punktów na poziomie 25,96 odnotowano w szpitalu w Brzezinach a najniższą 23,82 w Jarocinie. W ostatnim kluczu syntetycznym „uciążliwość pracy” najwyższą średnią liczbę punktów przyznano w szpitalu w Rawiczu 53,53. Szpital w Jarocinie uzyskał średnio liczbę punktów 51,70, szpital we Wrześni 49,18 a szpital w Brzezinach 48,64. Najwyższą ogólną średnią liczbę punktów w porównywanych szpitalach uzyskał szpital w Rawiczu 231,61 szpital we Wrześni 221,57 punkty. Szpital w Brzezinach odnotował średnia liczbę punktów 217,11 a najniższą szpital w Jarocinie 207,22.

W celu stwierdzenia, czy między średnią rang, dla każdego klucza syntetycznego i ich sumą, obliczoną dla poszczególnych niezależnych grup statystycznych (podmiotów leczniczych) istnieją istotne różnice statystycznie zastosowano nieparametryczny test Kruskala--Wallisa, którego wyniki zostały zaprezentowane w poniższych tabelach.

Tabela 33. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – złożoność pracy

Podmiot leczniczy	Test Kruskala-Wallisa: H (3, N= 375) = 3,218519 p =,3591						
	Liczba stanowisk	Brzeziny R: 184,18	Rawicz R: 204, 76	Jarocin R: 175, 78	Września R: 191,96	Suma rang	Średnia ranga
Brzeziny	125					23022,50	184,1800
Rawicz	75	1,000000				15357,00	204,7600
Jarocin	91	1,000000	0,518900			15996,00	175,7802
Września	84	1,000000	1,000000	1,000000		16124,50	191,9583

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Z analizy wyników testu dla klucza syntetycznego „złożoność pracy” wynika, że nie występują statystycznie istotne różnice między grupami stanowisk pracy ( $p < 0,05$ ).

Tabela 34. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – odpowiedzialność

Podmiot leczniczy	Test Kruskala-Wallisa: H (3, N= 375) = 6,086524 p =,1075						
	Liczba stanowisk	Brzeziny R: 204,53	Rawicz R: 188,22	Jarocin R: 167,97	Września R: 184,90	Suma Rang	Średnia ranga
Brzeziny	125					25566,50	204,5320
Rawicz	75	1,000000				14116,50	188,2200
Jarocin	91	0,086213	1,000000			15285,00	167,9670
Września	84	1,000000	1,000000	1,000000		15532,00	184,9048

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Wyniki testu klucza syntetycznego („odpowiedzialność” wskazują, że różnice są nieistotne statystycznie.

Tabela 35. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – współpraca

Podmiot leczniczy	Test Kruskala-Wallisa: H (3, N= 375) = 12,63766 p =,0055						
	Liczba stanowisk	Brzeziny R: 178,64	Rawicz R: 201,11	Jarocin R: 163,48	Września R: 216,79	Suma rang	Średnia ranga
Brzeziny	125					22329,50	178,6360
Rawicz	75	0,934171				15083,50	201,1133
Jarocin	91	1,000000	0,155985			14876,50	163,4780
Września	84	0,075585	1,000000	<b>0,006910</b>		18210,50	216,7917

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Analiza wyników testu wskazuje, że w przypadku podmiotów leczniczych Jarocina i Wrześni różnica jest istotna statystycznie.

Tabela 36. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – uciążliwość pracy

Podmiot leczniczy	Test Kruskala-Wallisa: H (3, N= 375) = 7,974813 p =,0465						
	Liczba stanowisk	Brzeziny R: 173,68	Rawicz R: 213,33	Jarocin R: 197,58	Września R: 176,31	Suma rang	Średnia ranga
Brzeziny	125					21710,00	173,6800
Rawicz	75	0,073562				16000,00	213,3333
Jarocin	91	0,657338	1,000000			17980,00	197,5824
Września	84	1,000000	0,189342	1,000000		14810,00	176,3095

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Wyniki testu wykluczają istnienie istotnej różnicy statystycznej między podmiotami leczniczymi.

Tabela 37. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla sumy kluczy syntetycznych

Podmiot leczniczy	Test Kruskala-Wallisa: H (3, N= 375) = 3,218519 p =,3591						
	Liczba stanowisk	Brzeziny R: 184,18	Rawicz R: 204, 76	Jarocin R: 175, 78	Września R: 191,96	Suma rang	Średnia ranga
Brzeziny	125					23022,50	184,1800
Rawicz	75	1,000000				15357,00	204,7600
Jarocin	91	1,000000	0,518900			15996,00	175,7802
Września	84	1,000000	1,000000	1,000000		16124,50	191,9583

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Analiza danych zawartych, że występujące różnice są nieistotne statystycznie.

Materiał badawczy zaprezentowany w tabeli poniżej prezentuje wyniki wartościowania stanowisk pracy dla grup stanowisk pracy: kierowników oddziałów, starszych asystentów,

asystentów oraz młodszych asystentów. Analiza wyników oceny trudności pracy według klucza syntetycznego „złożoność pracy” wskazuje, że najwyższą wartość średniej liczby punktów uzyskało stanowiska pracy kierownika oddziału w Brzezinach 135,3. W Jarocinie „złożoność pracy” średnio wyceniono na poziomie 131,5; a w Rawiczu 131,0. Najniżej w szpitalu we Wrześni 128,3. W przypadku klucza syntetycznego „odpowiedzialność” stanowisko kierownika oddziału najwyższą średnią liczbę punktów odnotowano w szpitalu w Jarocinie 124,0; następnie w Rawiczu 120,7; Brzeziny 119,6 oraz we Wrześni 117,2. Średnia liczba punktów przyznana zgodnie z kluczem syntetycznym „współpraca” w szpitalu: we Wrześni 49,0; w Rawiczu 48,2; Jarocinie 48,0 oraz w Brzezinach 42,9. W ostatnim kluczu syntetycznym „uciążliwość pracy” najwyższą średnią liczbę punktów przyznano w szpitalu w Brzezinach 76,3. Szpital w Jarocinie uzyskał średnio liczbę punktów 75,0; w Rawiczu 73,3; szpital we Wrześni 68,2. Najwyższą ogólną średnią liczbę punktów w porównywanych szpitalach uzyskał szpital w Jarocinie 378,5; szpital w Brzezinach 374,0 punkty. Szpital w Rawiczu odnotował średnią liczbę punktów 373,2 a najniższą szpital we Wrześni 363,2. Średnia liczba punktów oceny trudności pracy dla stanowiska pracy starszego asystenta, w przypadku klucza syntetycznego wynosi: „złożoność pracy” Rawicz 120,0; Jarocin 118,8; w Brzezinach 118,4 oraz we Wrześni 117,8, „odpowiedzialność” w Brzezinach 88,9; w Rawiczy 81,5; w Jarocinie 80,2 a we Wrześni 79,8, „współpraca” w Rawiczu 34,5; we Wrześni 34,2; w Brzezinach 32,1 oraz w Jarocinie 32,0, „uciążliwość pracy” w Rawiczu 68,7; w Jarocinie 66,0; w Brzezinach 60,7 oraz we Wrześni 57,6. Ogólna średnia liczba punktów przedstawiała się następująco: w Rawiczu 321,3; w Brzezinach 300,1 w Jarocinie 297,0 i we Wrześni 289,4. Stanowisko pracy asystenta uzyskało średnią liczbę punktów, w przypadku klucza syntetycznego: „złożoność pracy” Rawicz 108,5; Jarocin 108,3; w Brzezinach 106,0 oraz we Wrześni 98,4, „odpowiedzialność” w Brzezinach 80,6; w Rawiczy 74,5; w Jarocinie 74,0 a we Wrześni 66,6, „współpraca” we Wrześni 29,8; w Rawiczu 29,2; w Jarocinie 28,3 oraz w Brzezinach 27,0, „uciążliwość pracy” w Rawiczu 66,0; w Jarocinie 59,0; w Brzezinach 55,1 oraz we Wrześni 55,4. Ogólna średnia liczba punktów przedstawiała się następująco: w Rawiczu 273,5; w Jarocinie 269,5; w Brzezinach 268,7 i we Wrześni 250,2. W przypadku stanowiska pracy młodszego asystenta średnia liczba punktów oceny trudności pracy dla klucza syntetycznego: „złożoność pracy” w Brzezinach 93,3; we Wrześni 90,8; w Rawiczu 90,2 oraz w Jarocinie 89,7, „odpowiedzialność” w Brzezinach 70,2; w Jarocinie 61,2; w Rawiczu 60,8 a we Wrześni 55,3, „współpraca” we Wrześni 25,5; w Rawiczu 25,0 w Jarocinie 23,2 oraz w Brzezinach 21,6, „uciążliwość pracy” w Rawiczu 56,0; w Jarocinie 54,3; we Wrześni 51,7 oraz w Brzezinach 46,0. Ogólna średnia liczba punktów przedstawiała się następująco: w Rawiczu 232,0; w Brzezinach 231,1; w Jarocinie 228,3 i we Wrześni 223,3.



Tabela 38. Ocena wartościowania stanowisk pracy dla grup stanowisk: kierowników oddziałów, starszych asystentów, asystentów oraz młodszych asystentów

Klucze syntetyczne	Stanowisko: kierownik oddziału					Stanowisko: starszy asystent					Stanowisko: asystent					Stanowisko: młodszy asystent				
	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std
Brzeziny A	7	135,2857	128,0000	137,0000	3,40168	8	118,3750	103,0000	124,0000	7,42462	8	106,0000	94,0000	112,0000	5,65685	8	93,2500	85,0000	97,0000	3,77018
Brzeziny B	7	119,5714	116,0000	123,0000	2,14920	8	88,8750	79,0000	95,0000	6,03413	8	80,6250	66,0000	88,0000	7,40536	8	70,2500	62,0000	73,0000	3,53553
Brzeziny C	7	42,8571	39,0000	44,0000	2,03540	8	32,1250	30,0000	35,0000	1,35620	8	27,0000	26,0000	28,0000	0,53452	8	21,6250	21,0000	26,0000	1,76777
Brzeziny D	7	76,2857	69,0000	79,0000	4,64451	8	60,7500	40,0000	70,0000	9,60283	8	55,1250	36,0000	65,0000	8,75765	8	46,0000	36,0000	51,0000	4,65986
<b>Brzeziny Razem</b>	<b>7</b>	<b>374,0000</b>	<b>356,0000</b>	<b>383,0000</b>	<b>10,78579</b>	<b>8</b>	<b>300,1250</b>	<b>257,0000</b>	<b>321,0000</b>	<b>21,63620</b>	<b>8</b>	<b>268,7500</b>	<b>223,0000</b>	<b>287,0000</b>	<b>21,04247</b>	<b>8</b>	<b>231,1250</b>	<b>209,0000</b>	<b>237,0000</b>	<b>9,15638</b>
Rawicz A	6	131,0000	129,0000	132,0000	1,54919	6	120,0000	119,0000	121,0000	0,89443	4	108,5000	107,0000	113,0000	3,00000	5	90,2000	90,0000	91,0000	0,44721
Rawicz B	6	120,6667	114,0000	128,0000	4,96655	6	81,5000	78,0000	86,0000	3,44964	4	74,5000	68,0000	84,0000	7,18795	5	60,8000	58,0000	65,0000	3,83406
Rawicz C	6	48,1667	45,0000	50,0000	1,83485	6	34,5000	34,0000	35,0000	0,54772	4	29,2500	27,0000	32,0000	2,06155	5	25,0000	25,0000	25,0000	0,00000
Rawicz D	6	73,3333	66,0000	80,0000	6,02218	6	68,6667	62,0000	76,0000	5,60952	4	66,0000	58,0000	74,0000	6,53197	5	56,0000	55,0000	60,0000	2,23607
<b>Rawicz Razem</b>	<b>6</b>	<b>373,1667</b>	<b>354,0000</b>	<b>390,0000</b>	<b>13,83353</b>	<b>6</b>	<b>321,3333</b>	<b>293,0000</b>	<b>393,0000</b>	<b>36,04812</b>	<b>4</b>	<b>273,5000</b>	<b>264,0000</b>	<b>303,0000</b>	<b>15,43697</b>	<b>5</b>	<b>232,0000</b>	<b>228,0000</b>	<b>240,0000</b>	<b>5,33854</b>
Jarocin A	6	131,5000	129,0000	132,0000	1,22474	6	118,8333	110,0000	123,0000	5,23132	4	108,2500	105,0000	112,0000	2,98608	6	89,6667	87,0000	93,0000	1,96638
Jarocin B	6	124,0000	118,0000	128,0000	4,04969	6	80,1667	62,0000	87,0000	9,74508	4	74,0000	70,0000	80,0000	4,24264	6	61,1667	52,0000	78,0000	8,95358
Jarocin C	6	48,0000	46,0000	50,0000	1,26491	6	32,0000	28,0000	35,0000	3,34664	4	28,2500	25,0000	30,0000	2,36291	6	23,1667	22,0000	25,0000	1,47196
Jarocin D	6	75,0000	63,0000	82,0000	8,39047	6	66,0000	48,0000	77,0000	11,83216	4	59,0000	50,0000	70,0000	10,03328	6	54,3333	46,0000	62,0000	8,40635
<b>Jarocin Razem</b>	<b>6</b>	<b>378,5000</b>	<b>362,0000</b>	<b>390,0000</b>	<b>12,84912</b>	<b>6</b>	<b>297,0000</b>	<b>248,0000</b>	<b>322,0000</b>	<b>29,03791</b>	<b>4</b>	<b>269,5000</b>	<b>253,0000</b>	<b>287,0000</b>	<b>17,48333</b>	<b>6</b>	<b>228,3333</b>	<b>208,0000</b>	<b>258,0000</b>	<b>18,69403</b>
Września A	6	128,8333	122,0000	132,0000	3,81663	5	117,8000	112,0000	120,0000	3,49285	5	98,4000	92,0000	102,0000	4,09878	6	90,8333	87,0000	97,0000	3,97073
Września B	6	117,1667	113,0000	121,0000	3,60093	5	79,8000	77,0000	82,0000	2,28035	5	66,6000	63,0000	69,0000	2,50998	6	55,3333	51,0000	69,0000	6,77249
Września C	6	49,0000	49,0000	49,0000	0,00000	5	34,2000	34,0000	35,0000	0,44721	5	29,8000	29,0000	31,0000	1,09545	6	25,5000	23,0000	32,0000	3,33167
Września D	6	68,1667	62,0000	73,0000	5,49242	5	57,6000	50,0000	63,0000	4,82701	5	55,4000	48,0000	60,0000	4,72229	6	51,6667	46,0000	58,0000	4,27395
<b>Września Razem</b>	<b>6</b>	<b>363,1667</b>	<b>347,0000</b>	<b>375,0000</b>	<b>12,33559</b>	<b>5</b>	<b>289,4000</b>	<b>273,0000</b>	<b>299,0000</b>	<b>10,21274</b>	<b>5</b>	<b>250,2000</b>	<b>232,0000</b>	<b>260,0000</b>	<b>11,23388</b>	<b>6</b>	<b>223,3333</b>	<b>208,0000</b>	<b>256,0000</b>	<b>17,20078</b>

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Wskaźnik istotności statystycznej uzyskany po zastosowaniu testu Manna Whitneya dla grupy stanowisk kierowników oddziałów w odniesieniu do kluczy syntetycznych:

- „złożoność pracy” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni wynosi  $p=0,019$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Rawiczu wynosi  $p=0,023$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni wynosi  $p=0,0009$ .

W przypadku grupy stanowisk starszego asystenta przeprowadzone obliczenia wskazują brak istotności statystycznej.

W stosunku do stanowisk zaliczanych do grupy stanowisk asystentów wskaźnik istotności statystycznej dla poszczególnych kluczy syntetycznych wynosi:

- „złożoność pracy” dla wyników badań szpitala w Rawiczu i we Wrześni  $p=0,043$ ,
- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni  $p=0,008$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni  $p=0,025$ .

Grupa stanowisk pracy młodszych asystentów charakteryzuje się następującymi wskaźnikami istotności statystycznej dla kluczy syntetycznych:

- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Rawiczu  $p=0,015$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Rawiczu  $p=0,025$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni  $p=0,036$ .

Kolejną grupą stanowisk pracy występującą w podmiotach leczniczych, które zostały porównane są stanowiska pielęgniarek oddziałowych, starszych pielęgniarek oraz pielęgniarek. Do grupy stanowisk pielęgniarek, do obliczenia średniej liczby punktów zostały także zakwalifikowane pielęgniarki instrumentariuszki, anestezjologii, epidemiologiczne oraz położne. Pozostałe stanowiska pielęgniarek, tj. pielęgniarka odcinkowa jak również koordynująca nie zostały uwzględnione w badaniu z uwagi na nie występowanie ich we wszystkich podmiotach leczniczych. Sytuacja, w której dane stanowisko pracy nie występuje spowodowane jest strukturą organizacyjną obowiązującą w oddziale szpitalnym. Ogółem zostało wykonanych 252 obliczenia średniej liczby punktów dla każdego klucza syntetycznego, co pozwoliło na objęcie badaniem 63 stanowiska, które zostały wymienione powyżej. Zgromadzony materiał badawczy zaprezentowany w tabeli poniżej prezentuje wyniki wartościowania stanowisk pracy.

Tabela 39. Ocena wartościowania stanowisk pracy dla grup stanowisk: pielęgniarek oddziałowych, starszych pielęgniarek oraz pielęgniarek

Klucze syntetyczne	Stanowisko: pielęgniarka oddziałowa					Stanowisko: starsza pielęgniarka					Stanowisko: pielęgniarka				
	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std	St.	Średnia	Min.	Maks.	Odch.std
Brzeziny A	6	102,0000	102,0000	102,0000	0,00000	6	82,6667	82,0000	86,0000	1,632993	6	70,5000	70,0000	73,0000	1,22474
Brzeziny B	6	84,1667	77,0000	88,0000	4,35507	6	64,3333	61,0000	67,0000	2,943920	6	50,6667	50,0000	52,0000	1,03280
Brzeziny C	6	28,0000	27,0000	32,0000	2,00000	6	22,0000	22,0000	22,0000	0,000000	6	17,8333	17,0000	18,0000	0,40825
Brzeziny D	6	59,8333	51,0000	64,0000	5,26941	6	53,1667	45,0000	58,0000	5,307228	6	51,0000	44,0000	57,0000	5,86515
<b>Brzeziny Razem</b>	<b>6</b>	<b>274,0000</b>	<b>257,0000</b>	<b>286,0000</b>	<b>10,11929</b>	<b>6</b>	<b>222,1667</b>	<b>210,0000</b>	<b>227,0000</b>	<b>6,306082</b>	<b>6</b>	<b>190,0000</b>	<b>182,0000</b>	<b>195,0000</b>	<b>5,62139</b>
Rawicz A	5	93,4000	93,0000	95,0000	0,89443	5	87,0000	86,0000	88,0000	1,000000	5	74,4000	70,0000	87,0000	7,09225
Rawicz B	5	82,0000	80,0000	84,0000	1,87083	5	55,2000	50,0000	59,0000	3,420526	5	46,2000	42,0000	50,0000	3,03315
Rawicz C	5	35,4000	35,0000	36,0000	0,54772	5	25,4000	24,0000	26,0000	0,894427	5	18,0000	16,0000	24,0000	3,46410
Rawicz D	5	58,0000	56,0000	63,0000	2,82843	5	60,8000	56,0000	67,0000	5,263079	5	58,4000	53,0000	67,0000	6,58027
<b>Rawicz Razem</b>	<b>5</b>	<b>268,8000</b>	<b>264,0000</b>	<b>274,0000</b>	<b>3,89872</b>	<b>5</b>	<b>228,4000</b>	<b>221,0000</b>	<b>236,0000</b>	<b>5,412947</b>	<b>5</b>	<b>197,0000</b>	<b>181,0000</b>	<b>212,0000</b>	<b>12,66886</b>
Jarocin A	5	92,6000	92,0000	93,0000	0,54772	5	85,2000	84,0000	87,0000	1,095445	5	69,0000	56,0000	74,0000	7,34847
Jarocin B	5	84,0000	79,0000	92,0000	4,84768	5	47,8000	46,0000	50,0000	1,788854	5	42,0000	35,0000	46,0000	4,35890
Jarocin C	5	36,0000	35,0000	38,0000	1,22474	5	22,6000	22,0000	23,0000	0,547723	5	17,8000	13,0000	21,0000	2,94958
Jarocin D	5	60,8000	59,0000	63,0000	1,48324	5	59,8000	51,0000	65,0000	5,540758	5	55,0000	45,0000	64,0000	8,57321
<b>Jarocin Razem</b>	<b>5</b>	<b>273,4000</b>	<b>267,0000</b>	<b>283,0000</b>	<b>6,02495</b>	<b>5</b>	<b>215,4000</b>	<b>205,0000</b>	<b>225,0000</b>	<b>7,893035</b>	<b>5</b>	<b>185,8000</b>	<b>159,0000</b>	<b>202,0000</b>	<b>17,51285</b>
Września A	5	90,0000	88,0000	93,0000	2,12132	5	80,0000	79,0000	81,0000	0,707107	5	73,0000	68,0000	87,0000	8,09321
Września B	5	85,2000	80,0000	87,0000	3,03315	5	48,8000	47,0000	50,0000	1,303840	5	41,6000	39,0000	46,0000	2,96648
Września C	5	36,8000	36,0000	37,0000	0,44721	5	23,2000	23,0000	24,0000	0,447214	5	21,8000	21,0000	23,0000	1,09545
Września D	5	56,0000	55,0000	57,0000	0,70711	5	53,6000	51,0000	56,0000	2,302173	5	52,6000	50,0000	56,0000	2,79285
<b>Września Razem</b>	<b>5</b>	<b>268,0000</b>	<b>265,0000</b>	<b>269,0000</b>	<b>1,73205</b>	<b>5</b>	<b>205,6000</b>	<b>200,0000</b>	<b>209,0000</b>	<b>3,507136</b>	<b>5</b>	<b>189,0000</b>	<b>178,0000</b>	<b>208,0000</b>	<b>12,44990</b>

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Analiza wyników zawartych w powyższej tabeli stanowiska pracy pielęgniarki oddziałowej według klucza syntetycznego „złożoność pracy” wskazuje, że najwyższą wartość średniej liczby punktów uzyskała stanowiska pracy w Brzezinach 102,0; w Rawiczu wyceniono na poziomie 93,0, a w Jarocinie 92,6. Natomiast najniżej w szpitalu we Wrześni 90,0. Najwyższą średnią liczbę punktów dla stanowiska pielęgniarki oddziałowej według klucza syntetycznego „odpowiedzialność” odnotowano w szpitalu we Wrześni 85,2; następnie w Brzezinach 84,2; w Jarocinie 84,0 oraz w Rawiczu 82,0. Średnia liczba punktów przyznana zgodnie z kluczem syntetycznym „współpraca” w szpitalu: we Wrześni 36,8; w Jarocinie 36,0; w Rawiczu 35,4 oraz w Brzezinach 28,0. Zgodnie z ostatnim kluczem syntetycznym „uciążliwość pracy” najwyższą średnią liczbę punktów przyznano w szpitalu w Jarocinie 60,8 Szpital w Brzezinach uzyskał średnią liczbę punktów 59,8; w Rawiczu 58,0 a we Wrześni 56,0. Najwyższą ogólną średnią liczbę punktów w porównywanych szpitalach uzyskał szpital w Brzezinach 274,0. Szpital w Jarocinie punkty 273,4; w Rawiczu 268,8 a najniższą we Wrześni 268,0. Dla stanowiska starszej pielęgniarki średnia liczba punktów oceny trudności pracy, w przypadku klucza syntetycznego wynosi: „złożoność pracy” Rawicz 87,0; Jarocin 85,2; w Brzezinach 82,7 oraz we Wrześni 80,0; „odpowiedzialność” w Brzezinach 64,3; w Rawiczu 55,2; we Wrześni 48,8 a w Jarocinie 47,8; „współpraca” w Rawiczu 25,4; we Wrześni 23,2; Jarocinie 22,6 oraz w Brzezinach 22,0; „uciążliwość pracy” w Rawiczu 60,8; w Jarocinie 59,8; we Wrześni 53,6 oraz w Brzezinach 53,2. Ogólna średnia liczba punktów w przypadku badanych podmiotów leczniczych przedstawiała się następująco: w Rawiczu 228,4; w Brzezinach 222,2 w Jarocinie 215,4 i we Wrześni 205,6. Stanowisko pracy pielęgniarki uzyskało średnią liczbę punktów, w przypadku klucza syntetycznego: „złożoność pracy” w Rawiczu 74,4; we Wrześni 73,0; w Brzezinach 70,5 oraz w Jarocinie 69,0. Zgodnie z kolejnym kluczem syntetycznym „odpowiedzialność” średnia liczba punktów, w poszczególnych podmiotach leczniczych przedstawiała się następująco: w Brzezinach 50,7; w Rawiczu 46,2; w Jarocinie 42,0 a we Wrześni 41,6. Średnia liczba punktów dla klucza syntetycznego „współpraca” wynosiła: we Wrześni 21,8; w Rawiczu 18,0; w Brzezinach 17,83 oraz w Jarocinie 17,80. Ostatni klucz syntetyczny „uciążliwość pracy” ustala średnią liczbę punktów na poziomie w Rawiczu 58,4; w Jarocinie 55,0; we Wrześni 52,6 oraz w Brzezinach 51,0. Ogólna średnia liczba punktów przedstawiała się następująco: w Rawiczu 197,0; w Brzezinach 190,0; we Wrześni 189,0 i w Jarocinie 185,8.

Wskaźnik istotności statystycznej dla grupy stanowisk pielęgniarki oddziałowej w odniesieniu do kluczy syntetycznych:

- „złożoność pracy” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Jarocinie wynosi  $p=0,047$ ,
- „złożoność pracy” Brzezin i Wrześni wynosi  $p=0,0008$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni wynosi  $p=0,001$ .

W przypadku stanowisk starszych pielęgniarek wskaźnik istotności statystycznej dla poszczególnych kluczy syntetycznych wynosi:

- „złożoność pracy”, „odpowiedzialność”, „współpraca” oraz „uciążliwość pracy” dla wyników badań szpitala w Rawiczu i we Wrześni  $p=0,002$ ,
- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni  $p=0,009$ ,
- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Jarocinie  $p=0,0008$ ,
- „współpraca” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Rawiczu  $p=0,025$ .

Grupa stanowisk pracy pielęgniarek charakteryzuje się wskaźnikiem istotności statystycznej dla kluczy syntetycznych:

- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i w Jarocinie  $p=0,016$ ,
- „odpowiedzialność” dla wyników badań szpitala w Brzezinach i we Wrześni  $p=0,006$ .

Zgromadzony materiał badawczy umożliwia również w sposób syntetyczny zaprezentowanie rankingu stanowisk opracowany na podstawie wyników wartościowania stanowisk pracy, w poszczególnych podmiotach leczniczych. Na uwagę zasługuje fakt, iż nie we wszystkich podmiotach leczniczych występują poszczególne stanowiska pracy. Spowodowane jest to przyjętą strukturą organizacyjną jak również zlecaniem wykonania określonych czynności bądź usług podmiotom zewnętrznym. Jako przykład można wymienić szpital w Rawiczu, który w swojej strukturze nie posiada pracowni diagnostyki obrazowej, gdyż zakres tych usług świadczy na rzecz szpitala podmiot zewnętrzny. Struktury organizacyjne podmiotów leczniczych w niewielkim stopniu różnią się od siebie także zakresem świadczonych usług medycznych, co powoduje nie występowanie określonych oddziałów. Taka sytuacja występuje np. w przypadku oddziału urazowo ortopedycznego, który występuje w szpitalu w Brzezinach i we Wrześni, a nie występuje w Rawiczu i Jarocinie.

Sporządzony na podstawie oceny trudności pracy ranking stanowisk pracy lekarzy dla czterech podmiotów leczniczych prezentuje tabela 40.

Tabela 40. Ranking stanowisk pracy lekarzy dla czterech podmiotów leczniczych

Symbol	Stanowisko	Wartość stanowiska pracy			
		Szpital w Brzezinach	Szpital w Rawiczu	Szpital w Jarocinie	Szpital we Wrześni
		Razem	Razem	Razem	Razem
OCH	Kierownik oddziału	383	377	390	375
OOU	Kierownik oddziału	381			375
SOR	Kierownik oddziału	379	384	385	371
OIN	Kierownik oddziału	379	390	390	
OGP	Kierownik oddziału	379	374	381	360
OPD	Kierownik oddziału	361	354	362	351
OCW	Kierownik oddziału	356	360	363	347
OCH	Starszy asystent	321	306	321	299
OOU	Starszy asystent	317			
SOR	Starszy asystent	315	311	314	296
OIN	Starszy asystent	315	318	322	
OPD	Starszy asystent	296	293		292
OGP	Starszy asystent	294	307	298	287
PDO	Kierownik pracowni	288		322	296
OCH	Asystent	287	264	282	259
OCW	Starszy asystent	286	393	279	273
OIN	Asystent	285	303		
OOU	Asystent	285			
SOR	Asystent	273	278	287	260
OPD	Asystent	273	264		250
OGP	Asystent	265	268		250
OCW	Asystent	259	264	253	
PDO	Starszy asystent	257		248	
OPD	Młodszy asystent	237	228	216	220
OCH	Młodszy asystent	236		240	225
OOU	Młodszy asystent	236			
OGP	Młodszy asystent	234	228	232	220
OIN	Młodszy asystent	233	235		
SOR	Młodszy asystent	233	240	258	256
OCW	Młodszy asystent	231	229	216	211
PDO	Asystent	223		256	232
PDO	Młodszy asystent	209		208	208

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Analiza wyników badań wskazuje, że tylko kilka stanowisk uzyskało taką samą punktację. W grupie stanowisk, które uzyskały równą liczbę punktów, znalazło się stanowisko kierownika oddziału intensywnej opieki medycznej i anesteziologii szpitala i w Jarocinie i Rawiczu (390) punktów. Również stanowisko starszego asystenta oddziału chirurgicznego szpitala w Brzezinach i Jarocinie (321) oraz stanowisko młodszego asystenta w pracowni diagnostyki obrazowej (208) uzyskało taką samą liczbę punktów. Przedstawiony powyżej ranking stanowisk lekarzy ukazuje, że poza powyżej wymienionymi stanowiskami pracy żadna inna grupa stanowisk nie uzyskała równej liczby punktów.

Analizując ranking stanowisk pielęgniarek, który zawarty jest w tabeli 41, można stwierdzić podobną sytuację jak w przypadku stanowisk lekarzy.

Tabela 41. Ranking stanowisk pracy pielęgniarek

Symbol	Stanowisko	Wartość stanowiska pracy			
		Szpital w Brzezinach	Szpital w Rawiczu	Szpital w Jarocinie	Szpital we Wrześni
		Razem	Razem	Razem	Razem
OCH	Pielęgniarka oddziałowa	286	270	274	268
OIN	Pielęgniarka oddziałowa	280	274	273	
OZO	Pielęgniarka oddziałowa	279			265
SOR	Pielęgniarka oddziałowa	271	266	283	269
OPD	Pielęgniarka oddziałowa	271	264	267	269
OGP	Położna oddziałowa	263	267	273	273
OCW	Pielęgniarka oddziałowa	257	270	270	269
OPD	Pielęgniarka koordynująca	252			235
OCH	Pielęgniarka koordynująca	252		232	
OZO	Pielęgniarka koordynująca	252			
OCH	Pielęgniarka instrumentariuszka	236	222	216	222
OCH	Pielęgniarka anestezjologii	236	228	215	216
OGP	Starsza położna	228	220	215	211
OCH	Pielęgniarka odcinkowa	227		197	196
OIN	Starsza pielęgniarka	227	236	225	
SOR	Starsza pielęgniarka	227	227	218	209
OPD	Pielęgniarka odcinkowa	225		179	
OZO	Pielęgniarka odcinkowa	225			183
OGP	Położna (mgr)	225		209	189
OCH	Starsza pielęgniarka	224	230	219	206
OPD	Starsza pielęgniarka	223	221	205	205
OZO	Starsza pielęgniarka	222			200
OCW	Pielęgniarka odcinkowa	212			
OGP	Położna	212	210	194	189
OCW	Starsza pielęgniarka	210	228	210	208
OCH	Pielęgniarka	195	203	159	188
OZO	Pielęgniarka	195			178
OIN	Pielęgniarka	192	202	202	
SOR	Pielęgniarka	192	212	201	208
OPD	Pielęgniarka	184	181	182	178
OCW	Pielęgniarka	182	187	185	193

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Tak jak w przypadku rankingu stanowisk pracy lekarzy tylko nieliczne stanowiska pracy pielęgniarek uzyskały taką samą liczbę punktów. Do grupy stanowisk, które uzyskały taką samą liczbę punktów, można zaliczyć stanowiska: położnej oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego szpitala w Jarocinie i we Wrześni (273), pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych szpitala w Rawiczu i Jarocinie (270), pielęgniarki instrumentariuszki Oddziału Chirurgicznego szpitala w Rawiczu i we Wrześni (222), starszej pielęgniarki szpitalnego Oddziału Ratunkowego szpitala w Brzezinach i Rawiczu (227), starszej

pielęgniarki Oddziału Pediatriczno-Neonatologicznego szpitala w Jarocinie i we Wrześni (205), starszej pielęgniarki Oddziału Chorób Wewnętrznych szpitala w Brzezinach i Jarocinie (210) oraz stanowisko pielęgniarki Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii szpitala w Rawiczu i Jarocinie (202).

Ranking stanowisk pracy pracowników działalności pomocniczej zaprezentowany w poniższej tabeli wskazuje również, że tylko trzy stanowiska w badanych podmiotach leczniczych uzyskały taką samą liczbę punktów.

Tabela 42. Ranking stanowisk pracy pracowników działalności pomocniczej

Symbol	Stanowisko	Wartość stanowiska pracy			
		Szpital w Brzezinach	Szpital w Rawiczu	Szpital w Jarocinie	Szpital we Wrześni
		Razem	Razem	Razem	Razem
AD	Prezes zarządu	406	401		
AD	Dyrektor ds. medycznych	396	362		389
AD	Wiceprezes	373	327	315	360
AD	Naczelną pielęgniarką	333	370	324	332
A	Kierownik apteki	281		328	286
AD	Informatyk	240			183
AD	Pielęgniarka epidemiologiczna	238	226	209	242
AD	Samodzielny specjalista	236	205		244
AD	Inspektor BHP	234	217	234	228
AD	Dietetyk	227	174		
AD	Inspektor ds. zdarzeń kryzysowych	227			
A	Farmaceuta (mgr)	227		229	
AD	Starszy księgowy	193	183	170	174
AD	Technik budowlany	183	163		123
AD	Inspektor	181	163		171
AD	Specjalista	181	171	168	198
O	Starszy magazynier	181	171		160
A	Technik farmaceuta	176		167	163
AD	Statystyk medyczny	160	160	134	149
O	Magazynier	156	144	155	89
AD	Starszy referent	150	159	163	169
AD	Sekretarka	149	149	134	133
O	Mechanik	147		167	123
AD	Referent	116	117	147	133
O	Sterylizator	114	125	123	
O	Kierowca	112		116	106
O	Pracownik gospodarczy	110	95	85	91
O	Portier	109	78	76	
O	Szatniarz	109	78		
O	Sprzątaczką	106		71	

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych oraz badań przeprowadzonych przez dr Piotra Pagórskiego, wykorzystanych za zgodą ich autora.

Do stanowisk pracy, które uzyskały taką samą liczbę punktów zostały zaliczone stanowiska: inspektora bhp szpitala w Brzezinach i Rawiczu (234), statystyka medycznego (160) i sekretarki (149) szpitala w Brzezinach i Rawiczu.



## ROZDZIAŁ 5

### 5. Dyskusja i wnioski

#### 5.1. Dyskusja

Problematykę wartościowania stanowisk pracy należy traktować w kategoriach klasycznego i jednocześnie długoterminowego aktualnego problemu, związanego z budową zintegrowanego systemu zarządzaniem zasobami ludzkimi, jakimi dysponuje podmiot leczniczy. Aktualność problematyki wartościowania stanowisk pracy wynika również z wyzwań wynikających ze zmiany funkcjonowania podmiotów leczniczych w wymiarze technologicznym, społecznym, systemowym, kulturowym, formalnoprawnym, co wpływa na konieczność ukształtowania kosztów zatrudnienia na optymalnym poziomie. Podstawowym powodem powstania oraz rozwoju wartościowania stanowisk pracy była i jest ocena trudności pracy w sposób jak najbardziej obiektywny, biorąc pod uwagę takie kategorie, jak np.: „złożoność pracy”, „odpowiedzialność”, „współpraca” i „uciążliwość pracy”.

Na podstawie przeprowadzonego badania trudności pracy metodą UMEWAP–2000 oraz dokonanej analizy literatury przedmiotu należy stwierdzić, że wartościowanie stanowisk pracy w podmiocie leczniczym dostarcza niezbędnych informacji na temat jego funkcjonowania jako całości, ukazuje cele i zadania, jednocześnie przyczyniając się do racjonalnego gospodarowania zasobami ludzkimi.

Badanie wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. umożliwiło:

- określenie rangi stanowiska pracy w ogólnej strukturze,
- wprowadzenie zależności między wartością pracy a wynagrodzeniem za jej wykonanie,
- określenie kompetencji oraz kwalifikacji pracowników,
- wskazanie ścieżek rozwoju zawodowego, programów szkolenia i doskonalenia zawodowego,
- weryfikację zadań i funkcji poszczególnych stanowisk,
- zbudowanie przejrzystej struktury organizacyjnej właściwego stanu zatrudnienia oraz podziału pracy,
- usprawnienie procesów w organizacji.

Wyrażony w punktach wynik, określający pozycję danego stanowiska w odniesieniu do innych stanowisk, dostarcza niezbędnej wiedzy do budowy sprawiedliwej oraz spójnej tabeli wynagrodzenia zasadniczego, która uwzględnia relacje między różnymi rodzajami prac,

jednocześnie kształtując koszty wynagrodzenia na optymalnym poziomie. Wysokość wynagrodzenia koresponduje wówczas z rzeczywistą wartością, jaką dane stanowisko pracy przedstawia dla podmiotu leczniczego. Następuje również spełnienie wymogu zapewnienia równej płacy za pracę o tej samej wartości, co sprawia akceptację przez pracowników tabeli wynagrodzenia zasadniczego. Uzyskane wyniki badań w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. wskazują na wystąpienie różnic między wartością stanowiska, wynikającą z taryfikatora kwalifikacyjnego, a uzyskiwanym przez pracowników wynagrodzeniem zasadniczym. Wahania między wartością stanowiska a uzyskiwanym wynagrodzeniem zasadniczym występują między wszystkimi stanowiskami pracy. W większości przypadków uzyskiwane wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od wynagrodzenia zasadniczego, wynikającego z wyceny trudności pracy. Obecnie podmiot leczniczy ma tradycyjną tabelę wynagrodzenia zasadniczego z dużą liczbą kategorii, co powoduje, iż wysokość wynagrodzenia z najniższej kategorii przenika do najwyższych kategorii, eliminuje więc jej charakter motywacyjny. Niezbędne staje się wprowadzenie w podmiocie leczniczym elastycznej tabeli wynagrodzenia zasadniczego, zbudowanej na podstawie oceny trudności pracy, zapewniającej poziom kosztów wynagrodzenia zasadniczego na optymalnym poziomie. W wyniku wprowadzenia elastycznej tabeli płac podmiot leczniczy uzyska następujący efekt:

- pracownicy zatrudnieni na poszczególnych stanowiskach mają niezbędne kwalifikacje do wykonywania czynności wymienionych w opisie stanowiska pracy,
- wynagrodzenie zasadnicze otrzymywane przez pracowników mieści się w przedziale określonym dla kategorii zaszeregowania stanowiska pracy,
- wdrożona tabela płac ma motywować pracowników do wzrostu ich efektywności pracy,
- wskazuje możliwości długookresowego rozwoju zawodowego.

Zbudowana na podstawie wyników badań elastyczna tabela wynagrodzenia zasadniczego charakteryzuje się małą liczbą kategorii i dużą ich rozpiętością, co w sposób bezpośredni motywuje pracowników do bardziej efektywnej pracy oraz podnoszenia kwalifikacji.

Celowe jest także wskazanie, że wartościowanie stanowisk pracy określa jedynie bazową hierarchię zasadniczych stawek płac, która następnie korygowana jest w wyniku stosowania składników ruchomych wynagrodzenia (np. nagroda lub premia), determinujących ostateczne zróżnicowanie wynagrodzenia w podmiocie leczniczym. Zdaniem S. Stachowskiej, zróżnicowanie wynagrodzenia w gospodarce rynkowej, z jednej strony wpływa na poprawę pozycji konkurencyjnej, natomiast z drugiej zapewnia motywowanie pracownika do osiągnięcia

lepszego efektu pracy oraz umożliwiła menedżerom pozyskanie odpowiednich osób gotowych do podjęcia pracy<sup>139</sup>.

Podjęte działania w zakresie budowy zintegrowanego systemu zarządzania zasobami ludzkimi, ma na celu optymalizację kosztów zatrudnienia, zmierzającą do stworzenia sytuacji modelowej, w której liczebność, kwalifikacje i kompetencje pracowników są powiązane z zakresem wykonywanych zadań. Wykonywanie określonych czynności na poszczególnych stanowiskach pracy stawia różne wymagania. Taryfikator kwalifikacyjny, zbudowany na wynikach wartościowania stanowisk pracy, określa katalog wymogów stawianych na stanowisku pracy.

Uzyskane wyniki badań wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., z jednej strony ukazują hierarchiczną strukturę stanowisk, natomiast z drugiej wskazują ścieżki rozwoju pracowników. Ścieżki kariery zawodowej lekarzy w taryfikatorze kwalifikacyjnym są w sposób jednoznaczny zdefiniowane. W tej grupie zawodowej występują stanowiska: młodszego asystenta, asystenta, starszego asystenta i kierownika oddziału. O zatrudnienie na najwyższym stanowisku pracy mogą ubiegać się osoby ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Również w przypadku stanowisk pielęgniarek i położnych występuje hierarchia, począwszy od stanowiska pielęgniarki oraz położnej poprzez stanowiska starszych pielęgniarek i położnych, do stanowiska pielęgniarki i położnej oddziałowej. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że wartościowanie stanowisk pracy daje Powiatowemu Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. niezbędną informację w zakresie potrzeb szkoleniowych. Szczególnie ocena stanowisk pracy, mierzona zgodnie z kryterium „złożoność pracy”, określa zakres wymaganej wiedzy. Wskazane powyżej kryterium wyznacza poziom wykształcenia niezbędnego do prawidłowego wykonywania czynności na danym stanowisku. Stanowiska, na których wykonywane są świadczenia medyczne, wymagają także wiedzy interdyscyplinarnej, która jest zdobywana w wyniku ukończenia drugiego fakultetu lub szkoleń podyplomowych. Planowanie rozwoju zawodowego pracowników na bazie dokonanej oceny stopnia trudności pracy powinno określać możliwe do osiągnięcia przez pracownika stanowiska, w wyniku zdobycia odpowiednich kompetencji. Ciągły rozwój nauk medycznych wymusza także sukcesywne podnoszenie kwalifikacji i zdobywanie nowych umiejętności. Podmiot leczniczy, realizując strategię zarządzania zasobami ludzkimi, powinien aktywnie uczestniczyć w rozwoju pracowników, przez ich udział w różnego rodzaju formach kształcenia,

---

<sup>139</sup> S. Stachowska, *Wynagrodzenie w strategicznym zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Dom Organizatora, Toruń 2007, s. 72.

które mają na celu aktualizację wiedzy i uzyskanie nowych kwalifikacji w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dysponowanie przez podmiot leczniczy odpowiednio wykwalifikowanym personelem medycznym przyczyni się do podniesienia, jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz wprowadzenia na rynek nowego zakresu usług medycznych.

Problem związany z kwalifikacjami personelu medycznego został także poruszony przez Unię Europejską w 2008 r. w dokumencie nazwanym *Zielona Księga*, której zapisy mają stanowić podstawę do dyskusji na temat pracowników służby zdrowia<sup>140</sup>. Zgodnie z postanowieniami zawartymi w *Księdze* systemy opieki zdrowotnej państw Unii Europejskiej muszą zapewnić odpowiednią liczbę wysoko wykwalifikowanych pracowników wykonujących swoją pracę sprawnie i skutecznie, ponieważ świadczenia zdrowotne wymagają bardzo dużego nakładu pracy. Dokument ma na celu zwrócenie uwagi, przed jakimi wyzwaniem stoją pracownicy służby zdrowia w Unii Europejskiej oraz konieczność ich stałego rozwoju zawodowego.

Ocena pracy, dokonana w procesie wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., wpływa również na tworzenie bardziej efektywnych struktur organizacji pracy, gdyż: „wartościowanie ma na celu ustalenie zakresu i treści pracy oraz wymagań stawianych pracownikom, co czyni ją także techniką organizatorską i stanowi jeden z trzech głównych elementów badania pracy, wraz z badaniem metody pracy (zajmuje się doбором właściwych środków i warunków działania) oraz mierzenia pracy (służące do ustalania optymalnych nakładów pracy)”<sup>141</sup>.

Analiza pracy, dokonana w wyniku przeprowadzonego badania wartościowania stanowisk w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., dała także niezbędną informację na temat: opisu pracy, celów pracy, zakresu zadań, warunków pracy, wymagań związanych z pracą oraz opis kwalifikacji osoby, która wykonuje lub będzie wykonywała określony zakres czynności. Informacje uzyskane w wyniku przeprowadzenia analizy pracy mogą ujawnić wiele nieprawidłowości. Sporządzona analiza sprzyja optymalnemu zdefiniowaniu zadań oraz funkcji realizowanych na stanowiskach pracy, zakresu uprawnień oraz celu stanowiska, co pozwala na prawidłowe zaplanowanie stanu zatrudnienia, podział pracy czy właściwe zbudowanie struktury organizacyjnej, umożliwiając utrzymywać koszty na efektywnym

---

<sup>140</sup> *Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie*, Bruksela 2008, [http://europa.eu/documentalio/official-docs/green-papers/index\\_pl.htm](http://europa.eu/documentalio/official-docs/green-papers/index_pl.htm), (data dostępu 05.01.2013)

<sup>141</sup> Z. Czajka, Z. Jacukowicz, M. Juchnowicz, *Wartościowanie pracy a zarządzanie placami*, Difin, Warszawa 1998, s. 38.

poziomie. Analiza opisów stanowiska pracy oraz wymagań kwalifikacyjnych są podstawą do zbudowania racjonalnej struktury zatrudnienia. W przypadku wystąpienia przyrostów kwalifikacyjnych, w interesie podmiotu leczniczego, jak i pracownika jest rozważenie zatrudnienia pracownika na stanowisku, które wymaga wyższych kwalifikacji. Jeśli wystąpi sytuacja odwrotna, czyli pracownik będzie miał zbyt niskie kwalifikacje, należy opracować program, mający na celu podniesienie umiejętności i wiedzy pracownika pod kątem niezbędnych wymagań kwalifikacyjnych stawianych przez stanowisko pracy. Innym rozwiązaniem będzie rozważenie możliwości zmniejszenia wymagań kwalifikacyjnych dla danego stanowiska pracy. Jak zatem wskazano, proces oceny trudności pracy porządkuje strukturę stanowisk, ich nazewnictwo oraz wymogi kwalifikacyjne.

Wyniki, przeprowadzonego badania w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. wskazują, że wartościowanie stanowisk pracy ma również pośredni wpływ na system doboru (rekrutacja i selekcja). W wyniku przeprowadzonego procesu oceny pracy została utworzona hierarchia stanowisk pracy, stanowiąca podstawę do przeprowadzenia analiz obecnego stanu zatrudnienia, jak i przyszłych potrzeb. Podmiot leczniczy, chcąc zatrudnić pracowników, musi mieć ofertę, którą kandydat do pracy uzna za korzystną. Kandydat do pracy ocenia ofertę pod względem jej atrakcyjności, analizując relację wymagań przyszłego pracodawcy do korzyści, jakie może osiągnąć. Przez pracownika korzyści są postrzegane jako możliwe do uzyskania wynagrodzenie oraz możliwość rozwoju zawodowego. Efektywnie prowadzona polityka doboru pracowników, oparta na wynikach wartościowania stanowisk pracy, w połączeniu z systemem wynagradzania oraz awansowania, umożliwi pozyskanie najbardziej wartościowych pracowników, a tym samym utrzymanie optymalnego poziomu kosztów zatrudnienia.

Badania na temat wartości pracy, występującej w poszczególnych podmiotach leczniczych, wskazują, że nie można uogólniać wyników wartościowania stanowisk pracy. Implementowanie ich do innego podmiotu leczniczego bez dokonania indywidualnej oceny pracy nie znajduje zastosowania. Niemożność stworzenia uniwersalnego rankingu stanowisk, który mógłby być wdrożony w podmiotach leczniczych, jest spowodowany złożonością wykonywanych zadań na poszczególnym stanowisku pracy, używaniem nowoczesnej aparatury medycznej w procesie diagnostyczno-leczniczym czy realizacją wysoko specjalistycznych procedur medycznych. Istniejące różnice między stanowiskami wskazują na ich różnorodność. Wymienione zależności, które występują przy ocenie trudności pracy, wymagają indywidualnego podejścia w zakresie określenia wartości pracy w każdym podmiocie leczniczym z osobna.

Badanie trudności pracy przeprowadzone metodą UMEWAP–2000 skupiało się tylko na wymaganiach stawianych na tym stanowisku pracy, z pominięciem kompetencji pracowników. Kompetencje, zdaniem T. Oleksyna, obejmują: wykształcenie, doświadczenie, wprawę, uzdolnienia i predyspozycje oraz cechy psychofizyczne, a także wymagane przez pracodawcę zachowanie pracownika<sup>142</sup>. UMEWAP–2000, w kryteriach syntetycznych uwzględnia wykształcenie i doświadczenie, a pomija inne cechy pracownika. W poszukiwaniu nowych rozwiązań, które spełniałyby specyficzne potrzeby organizacji w zakresie oceny trudności pracy, T. Cook zaproponował stopniową zmianę pojęcia „wartościowanie stanowisk pracy” na „wartościowanie ról”. Zastosowanie takiego rozwiązania procesu wartościowania pozwala na umiejscowienie na tym samym poziomie umiejętności i przygotowania zawodowego niezbędnego do pełnienia określonej funkcji<sup>143</sup>. Takie ujęcie oceny powoduje uwzględnienie kompetencji osobowościowych pracownika, które wykazywane są przez<sup>144</sup>:

- umiejętności, wiedzę, predyspozycje oraz przekonania w obszarze wykonywanej pracy,
- określone zachowania prowadzące do osiągnięcia ponadplanowych rezultatów pracy,
- osobiste motywacje,
- postrzeganie pracy i istniejącego systemu organizacyjnego,
- akceptację pracy w zespole,
- zdolności przywódcze,
- zdolności komunikacyjne.

Badania literatury przedmiotu wskazują, że niektórzy eksperci dziedziny wartościowania stanowisk pracy nie podzielają takiego podejścia, uważają iż ustalenie wynagrodzenia powinno nastąpić tylko na podstawie wymogów stawianych dla stanowiska pracy. Są również poglądy wskazujące kompetencje jako ważny element budowy wynagrodzenia, gdyż wiążą się z rolą odgrywaną przez pracownika w organizacji. W podmiocie leczniczym kompetencje pracowników w kontaktach z pacjentami odgrywają szczególną rolę, jednocześnie stanowią bardzo poważne wyzwanie. Pacjenci, chcąc czynnie uczestniczyć w procesie leczenia, oczekują przekazania im jak najwięcej informacji o ich stanie zdrowia, przyczyn choroby, uzasadnienia zastosowanej terapii oraz oczekiwanych rezultatów. Jednakże, oprócz fachowych dyskusji z personelem medycznym, pacjent oczekuje także szacunku i zrozumienia, gdyż w związku ze stanem zdrowia może odczuwać stres związany z poczuciem bezsilności, który wywołuje

---

<sup>142</sup> T. Oleksyn, *Praca i płaca w zarządzaniu*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 1997, s. 47.

<sup>143</sup> F. Poels, *Wartościowanie stanowisk pracy i strategię wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000, s. 11

<sup>144</sup> Ł. Sienkiewicz, *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 146.

utrata niezależności. Dlatego też personel medyczny powinien cechować taki zbiór cech osobowych, które umożliwią w kontaktach z pacjentem rozwiązywanie złożonych zadań w sposób niestandardowy, okazując mu dostateczne wsparcie, podchodząc do niego indywidualnie, aby odczuwał satysfakcję z terapii odpowiadającej jego indywidualnym potrzebom. Cechy osobowościowe pracowników nie powinny być rozpatrywane jedynie w relacjach białego personelu z pacjentem, gdyż także inni pracownicy podmiotu leczniczego bezpośrednio kontaktują się z pacjentami, np. obsługa rejestracji. Niestety w wielu placówkach służby zdrowia kwestia ta jest powodem frustracji i niezadowolenia pacjentów. Nieuprzejmy personel, choć spełnia wymogi kwalifikacyjne stawiane dla danego stanowiska, to sytuacja, z którą można spotkać się na co dzień w wielu podmiotach leczniczych. Pacjent w zetknięciu po raz pierwszy z podmiotem leczniczym formułuje ocenę, co do jego funkcjonowania, gdyż jest to naturalny proces związany z ludzką naturą. Według D. Ariely, człowiek, „kiedy wierzy, że coś jest dobre, to to coś będzie dobre i przeciwnie, oczekując czegoś złego, nasz mózg będzie analizował otoczenie w ciągłym poszukiwaniu dowodów utwierdzających nas w przekonaniu, że coś właśnie jest niedobre”<sup>145</sup>. Dokonana ocena cech osobowych pracownika, a w jej efekcie, w przypadku wystąpienia zachowań niepożądanych dla stanowiska, ich eliminacja wpłynie na podwyższenie satysfakcji pacjenta oraz wzrost, jakości świadczonych świadczeń zdrowotnych.

Podmioty lecznicze poprzez jakość świadczonych usług medycznych starają się osiągnąć prestiż, a tym samym przewagę konkurencyjną w otoczeniu. Dla rozwoju i poprawy efektywności niezbędne jest także stworzenie właściwego środowiska pracy, które wpływa na postawę pracownika. Przestrzeganie zasady, że praca o tej samej wartości jest opłacana w równej wysokości, stanowi podstawę do stworzenia zdrowego środowiska pracy. Eliminacja negatywnych czynników, pojawiających się w wyniku niewłaściwie ustalonego systemu wynagradzania, przyczynia się do wzrostu kultury organizacyjnej, co ma bezpośredni związek ze wzrostem poziomu, jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy.

Specyfika funkcjonowania podmiotu leczniczego wymaga od personelu medycznego stałego kontaktu z pacjentami doświadczonymi chorob i cierpienia.

Zdaniem S. Borkowskiej, do przykładowego wachlarza kompetencji można zaliczyć<sup>146</sup>:

- nastawienie na osiągnięcia,
- nastawienie na klienta,

---

<sup>145</sup> D. Ariely, *Potęga irracjonalności*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2009, s. 199.

<sup>146</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 178.

- nastawienie na organizowanie pracy własnej,
- nastawienie na pracę w zespole,
- nastawienie na efektywną realizację zadań i celów.

Wartościowanie stanowisk pracy uwzględniające kompetencje w kategorii zachowań może być również oceniana metodą punktową.

Budowa klucza syntetycznego kategorii kompetencji wymaga przede wszystkim<sup>147</sup>:

- określenia kompetencji kluczowych podczas wykonywania zadań,
- wyznaczenia zachowań wskaźnikowych,
- właściwego doboru zachowań wskaźnikowych pod względem merytorycznym.

Podążając za przemianami społeczno-gospodarczymi, rosnącą konkurencyjnością, zmianami technicznymi i organizacyjnymi oraz formalnoprawną metodą wartościowania stanowisk pracy UMEWAP–2000 powinna, zdaniem autora, ewaluować. Zmiany w metodzie powinny następować w kierunku rozszerzenia jej o kolejne kryterium syntetyczne, uwzględniające ocenę cech osobowych pracownika. Wizja wprowadzenia nowego kryterium syntetycznego otwiera pole badawcze w kierunku stworzenia kompleksowej metody wartościowania stanowisk pracy.

---

<sup>147</sup> Tamże, s. 177.



## 5.2. Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników badań własnych popartych analizą statystyczną wyprowadzono następujące wnioski, będące odpowiedzią na sformułowane cele badawcze niniejszego opracowania.

1. Wartościowanie stanowisk pracy przeprowadzone z wykorzystaniem „Uniwersalnej metody wartościowania pracy” UMEWAP–2000 jest czynnikiem umożliwiającym optymalizację kosztów zatrudnienia personelu medycznego, administracyjnego i obsługi. System zarządzania zasobami ludzkimi czerpie bezpośrednio informacje z wyników wartościowania stanowisk pracy, które są niezbędne przy procesie: budowania systemu wynagradzania, rekrutacji pracowników, określaniu ścieżki rozwoju oraz rotowaniu pracowników, stanowiąc jednocześnie podstawę do awansowania.
2. Zastosowanie metody UMEWAP-2000 w procesie wartościowania stanowisk pracy pozwala na określenie wartości trudności pracy występującej na poszczególnych stanowiskach: medycznych, administracyjnych i obsługi.
3. Wyniki wartościowania stanowisk pracy klasyfikują poszczególne stanowiska w rankingu stanowisk stanowiąc punkt odniesienia przy budowie wzorcowej tabeli wynagrodzenia zasadniczego. Podmioty lecznicze realizujące strategię zarządzania zasobami ludzkimi nastawioną na poprawę efektywności stosują elastyczne tabele wynagrodzenia.
4. Obowiązująca w Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. hierarchiczna struktura stanowisk oraz taryfikator wynagrodzenia zasadniczego nie został opracowany na podstawie wyników wartościowania stanowisk pracy. Brak tabeli wynagrodzenia zasadniczego, zbudowanej na podstawie wyników wartościowania stanowisk pracy, powoduje nieprzestrzeganie zasady, że praca o tej samej wartości wykonywana na stanowiskach jest opłacana w równej wysokości.

## STRESZCZENIE

W pracy dokonano prezentacji ewolucji systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2012 oraz możliwości funkcjonowania Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w świetle zmian formalnoprawnych, jakie zostały przeprowadzone w 2011 r. Poruszono kwestię związaną ze współczesnymi koncepcjami zarządzania podmiotem leczniczym, pomiarem efektywności oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Jednym z zasadniczych instrumentów zarządzania zasobami ludzki, jakimi dysponuje podmiot leczniczy o wszechstronnym zastosowaniu, jest wartościowanie stanowisk pracy, które zawiera dużą siłę motywacyjną i korzystne oddziaływanie na stosunki międzyludzkie. Wyniki wartościowania umożliwiają ocenę trudności pracy, na podstawie której możliwe jest stworzenie hierarchicznej struktury stanowisk pracy, zapewniającej ukształtowanie kosztów na optymalnym poziomie.

**Celem** podjętych badań była analiza trudności pracy występująca na stanowiskach pracy, wchodzących w skład struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego.

**Metody:** W procesie badawczym zostało zastosowane narzędzie badawcze, tj. „Uniwersalna metoda wartościowania pracy 2000” (UMEWAP–2000). Zebranie materiału badawczego wymagało zastosowania różnorodnych technik badawczych. Wykorzystano w tym względzie technikę kwestionariusza ankiety, wywiadu, obserwacji oraz badania dokumentów. Badaniem wartościowania stanowisk pracy zostały objęte następujące podmioty lecznicze: Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. oraz Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. Zawarte w metodzie kryteria syntetyczne zostały dostosowane przez ich twórcę, tj. dr Piotra Pagórskiego, do specyfiki podmiotu leczniczego. Metoda obejmuje analizę trudności pracy na wszystkich stanowiskach pracy występujących w podmiocie leczniczym, na których zatrudniony jest personel: medyczny, administracyjny oraz obsługi. Za pomocą wybranych metod statystycznych dokonano oceny zgodności otrzymanych wyników wartościowania stanowisk pracy w Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. z wynikami badań udostępnionymi przez dr Piotra Pagórskiego, dotyczącymi oceny trudności pracy w Szpitalu Powiatowym we Wrześni Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o. oraz Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o.

**Wyniki:** Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że podmiot leczniczy ma hierarchiczną strukturę stanowisk, jednak przy jej ustalaniu nie stosował wszystkich kryteriów, które kształtują wynagrodzenie zasadnicze. Uproszczona klasyfikacja polegała

na określeniu ich wartości według wybiórczych kryteriów, spośród których największe znaczenie miało wykształcenie i doświadczenie zawodowe wyrażone niezbędnym stażem pracy na określonym stanowisku. W oparciu o niewystarczającą liczbę kategorii niezbędną dla ustalenia wartości pracy podmiot leczniczy przypisywał stanowiska do określonej kategorii zaszeregowania lub bez przyporządkowano im stawki płacy zasadniczej, co zaburzyło obiektywne uzależnienie wysokości wynagrodzenia zasadniczego od stopnia trudności pracy.

Analiza empiryczna wyników badań wartościowania stanowisk pracy, występujących w podmiocie leczniczym, umożliwiła w sposób ilościowy opracować ranking stanowisk pracy według występującej trudności pracy i ustalić wartość stanowiska za pomocą liczby punktów. Ocena trudności pracy stanowiła podstawę do opracowania taryfikatora kwalifikacyjnego, który zawiera wartość stanowiska, rozpiętość płac przypisanych poszczególnym kategoriom, określenie kategorii dla poszczególnego stanowiska oraz wymagania kwalifikacyjne. Tabela wynagrodzenia zasadniczego zbudowana według taryfikatora kwalifikacyjnego zawierającego wyniki wartościowania stanowisk pracy, budzi mniej zastrzeżeń i pozwala na uniknięcie konfliktów na tle powstałych różnic w wynagrodzeniu poszczególnych stanowisk.

Wyniki wartościowania stanowisk pracy mają szeroki wachlarz ich wykorzystania w różnych sferach zarządzania podmiotem leczniczym. Pozwalają usprawnić strukturę organizacyjną, organizację pracy w zakresie dotyczącym liczby i rodzaju stanowisk. Ocena trudności pracy jako ważny instrument w zarządzaniu zasobami ludzkimi umożliwia zdiagnozowanie potrzeb w zakresie: planowania, rekrutacji, rozwoju oraz motywowania, umożliwiając ustalenie kosztów zatrudnienia na optymalnym poziomie.

Wynagrodzenie zasadnicze określone na podstawie oceny pracy stwarza środowisko pracy spełniające oczekiwania pracowników i bezpośrednio wpływa na kulturę organizacji.

**Wnioski:** uniwersalna metoda wartościowania stanowisk UMEWAP–2000 zapewnia ścisły związek w określaniu wynagrodzenia zasadniczego za pracę, uzależnia jego wysokość od stopnia trudności pracy występującej na stanowisku pracy oraz pozwala na ustalenie kosztów zatrudnienia na optymalnym poziomie.

## SUMMARY

This article provides a description of Polish health care system development in the period of 1999-2012 as well as the capability of Independent Public Health Care Centers according to the changes of the law introduced in 2011. This paper discusses issues associated with contemporary concepts of management of health care entity, efficiency measurement and human resource management. One of the major instruments of human resource management, that is used by a health care entity, is a job evaluation which has a powerful motivating force and a positive influence on human relationships. The results of job evaluation enable the assessment of workplace difficulties which makes it possible to create the hierarchical structure of jobs that is able to ensure the formation of the costs at an optimal level.

**The purpose of research** is to analyze workplace difficulties which can occur at health care entities.

**Methods:** In the research process the tool "Universal method of job evaluation 2000" (UMEWAP-2000) has been used. Gathering of research materials required the use of a variety of research techniques such as questionnaire, interview, observation and examination of documents.

Job evaluation study covered the following health care entities: District Health Center in Brzeziny, District Hospital in Września, County Hospital in Jarocin and District Hospital in Rawicz.

The synthetic criteria introduced in the method were adapted to the specificity of health care entity by their creator Piotr Pagórski, PhD. The method includes the analysis of workplace difficulties in the health care entity where all kinds of staff are employed such as medical, administrative and maintenance staff. By the means of chosen statistical methods the conformity assessment comparison was carried out between the results obtained in the Health Center in Brzeziny and the results concerning the assessment of the workplace difficulties in the District Hospital in Września, District Hospital in Jarocin and District Hospital in Rawicz, provided by Piotr Pagórski, PhD.

**Results:** Based on the survey, it was found that the health care entity has a hierarchical structure of positions, but it does not include all the criteria that shape the basic salary. A simplified classification identifies their values according to selective criteria, among which the most important are education and work experience expressed by necessary seniority at a given position. On the basis of an insufficient number of categories essential to determine

the value of labour, the health care entity attributed positions to a particular grade or assigned the basic rate of pay which disturbed the objective connection between the amount of the basic salary and the difficulty of the work performed.

An empirical analysis of the research results of job evaluation, allowed to develop objective ranking of jobs based on occurring workplace difficulties and determine the value of the position by the number of points. Rating of work difficulties formed the basis for the development of the work rank order, which includes the value of the position, salary ranges assigned to each categories, define a category for the particular position and qualification requirements. Less doubts are raised the table of base salary built according to rank order containing the results of job evaluation which helps to avoid conflicts arising from the pay gaps at each positions.

The results of job evaluation have a wide range of their use in various areas of management in health care entity. They allow to improve the organizational structure, work organization in relation to the number and type of positions. Rating of workplace difficulties as an important instrument in human resource management enables to diagnose the needs in terms of planning, recruiting, developing and motivating, allowing the determination of the cost of employment at an optimal level.

Base salary determined on the basis of the work assessment creates an environment that meets the expectations of employees and directly affects the organizational culture.

**Conclusions:** universal method of job evaluation UMEWAP-2000 makes the amount of base salary conditional on workplace difficulties and allows to determine the costs of employment at an optimal level.

## PIŚMIENNICTWO

- [1]. Alper M., *New Trends in Healthcare Outsourcing*, „Employee Benefit Plan Review”, February 2004, vol. 58, s 8, s. 14–16.
- [2]. Akhtar N., Khan R.A., *Exploring the Paradox of Organisational Learning and Learning Organisation*, „Interdisciplinary Journal Of Contemporary Reseach in Business”, Vol. 2, No. 9, January 2011, s. 257.
- [3]. Armstrong M., Cummins A., Hastings S., Wood W., *Wartościowanie stanowisk pracy. Przestrzeganie zasad równej płacy w praktyce*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 28.
- [4]. Armstrong M., *Zarządzanie wynagrodzeniami*, Wolters Kluwer business, Kraków 2009, s. 60.
- [5]. Bochdziewicz P., *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. nauk. S. Borkowska, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 65.
- [6]. Bochniarz P., Gugala K., *Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego*, Poltext, Warszawa 2005, s. 142.
- [7]. Borkowska S., *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 28.
- [8]. Bratek S., Fedorowski J.J., *Marketing usług zdrowotnych*, w: *Ekonomika medycyny*, red. J.J. Fedorowski, R. Nizankowski, Warszawa 2002, s. 135.
- [9]. Bratnicki M., Frączkiewicz-Wronka A., *Efektywność organizacyjna i zarządzanie publiczne. Wylaniające się koncepcje, kluczowe wyzwania i kierunki dalszych badań w obszarze pomiaru efektywności*, „Organizacja i Kierowanie”, 2006, nr 3, s. 17–31.
- [10]. Brian T., *Zarządzanie czasem*, Muza S.A., Warszawa 2007, s. 29–48.
- [11]. Budzisz R., *Nowa ustawa o działalności leczniczej-wybrane zagadnienia*, „Medycyna Praktyczna” 2011, 7–8, s. 118.
- [12]. Burgess I., R., *Wage and Salary Administration in Dynamic Economy*, Harcourt Brace &World, New York 1968, s. 48.
- [13]. Burhard K., Sager O., *Lean produktion – auch in Dienstleistungsbetrieben*, „Management Zeitschrift”, 1993, nr 2, s. 70.
- [14]. Czajka Z., Jacukowicz Z., Juchnowicz M., *Wartościowanie pracy a zarządzanie płacami*, Difin, Warszawa 1998, s. 89.
- [15]. Czerska J., *Koncepcja Lean wyzwaniem dla polskich przedsiębiorstw*. Konferencja naukowa, Zielona Góra 2002, s. 1.

- [16]. Davidson J., *Zarządzanie czasem pracy*, Liber Sp. z o.o., Warszawa 2002, s. 25–28.
- [17]. Derecz M., Rek T., *System Informacji Prawnej, Komentarz do ustawy o działalności leczniczej*, Lex ABC, Warszawa 2012, s. 3-35.
- [18]. Drobnik J., Kolbek P., *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego*, Vol. 1, *Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, Budżetowanie – controlling – outsourcing*, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 20.
- [19]. Emrich Ch., *Business Process Reengineering: forciertes Uniernehmerawandel durch „Revolution” statt „Evolution”*, „Management Zeitschrift” 1996, nr 6, s. 55.
- [20]. Feliniak U., Kołodziejczyk-Olczak I., *Wynagrodzenia – praktyczne sposoby rozwiązywania problemów*, red. S. Borkowska, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 13.
- [21]. Fitz-Enz J., *Rentowność inwestycji w kapitał ludzki*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001, s. 101–156.
- [22]. Frączkiewicz-Wrona A., Dyaczyńska K., Szymaniec K., *Wpływ i znaczenie interesariuszy jednostki ochrony zdrowia na proces podejmowania decyzji menedżerskich. Nowości przemysłu i usług. Współczesne wyzwania i uwarunkowania rozwoju przemysłu i usług*, pr. zbior. po red. J. Pytki, TNOiK, Katowice 2010, s. 309–321.
- [23]. Głowacka M.D., *Mobilność organizacji wobec zmian*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 95.
- [24]. Głowacka M.D., Zdanowska J., *Aktualne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Ustawa o działalności leczniczej-wybrane zagadnienia*, w: *Zdrowie publiczne. Aktualne uwarunkowania i zmiany*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanowska, Poznań 2011, s. 14.
- [25]. Głowacka M.D., Pagórski P., *Zarządzanie Zakładem Opieki Zdrowotnej, Konteksty i determinanty zmian*, red. M.D. Głowacka, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, s. 189.
- [26]. Głowacka M.D., Pagórski P., *Wartościowanie pracy w zakładzie opieki zdrowotnej, jako element wspomagający prace zarządzania kadrami*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2(40) Poznań 2011, s. 82.
- [27]. Głowacka M.D., Pagórski P., *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia*, red. nauk. M.D. Głowacka, E. Majos, Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 85.
- [28]. Golec M.K., Soluch S., Augustyniak G., *Kompleksowe zarządzanie jakością w służbie zdrowia*, „Zdrowie publiczne”, 2001, nr 1, s. 44.

- [29]. Gomez P., Probst G., *Die Praxis des ganzheitlichen Problemlosens. Vernetzt denken, Unternehmerisch handeln, Personlich uberzeugen*, Bern–Stuttgart–Wien 1995, s. 194.
- [30]. Gonau W., *Wynagradzanie pracowników, Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2001, s. 97–98
- [31]. Gorzeń-Mitka I., *Skuteczność – próba interpretacji*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu”, Wrocław 2005, nr 1060, s. 207-217.
- [32]. Goździkowski J., *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*, w: *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, red. D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski, Warszawa 2012, s. 35.
- [33]. Grabon M., *Lean Hospitals – doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwa pacjentów i satysfakcja personelu*, ProdPublishing, Wrocław 2011, s. 2.
- [34]. Jacukowicz Z., *Praca i jej opłacanie, System taryfowy, Przykładowy taryfikator kwalifikacyjny*, Ośrodek Doradztwa I Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 2002, s. 28.
- [35]. Juchowicz M., *Wartościowanie pracy w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1987, s. 42–44.
- [36]. Juchowicz M., *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 98.
- [37]. Juchowicz M., Sienkiewicz Ł., *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 20.
- [38]. Kaleta A., *Uczestnicy procesu zarządzania w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 136–144.
- [39]. Kalpan R.S., Norton D.P., *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, wyd. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 42–45.
- [40]. Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 176.
- [41]. Kautsch M., Ponikło W., Styło W., *Rozważania o outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, t. IV, nr 1, s. 7.
- [42]. Kemicer-Chmielewska E., Kotwas A., Rotter I., *Analiza źródeł pozyskiwania informacji na temat placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej przez mieszkańców Szczecina*, w: *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, red. W. Bojar, I. Rudowska, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Bydgoszcz 2011, s. 228.
- [43]. Kieser A., *Business Process Reengineering – neue Kleider fur den Kaiser?*, „Zeitschrift Führung + Organisation” 1996, nr 3, s. 184.



- [44]. Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedocenione interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 128–131.
- [45]. Kozuch B., Tylek A., *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia. Współczesne koncepcje w zarządzaniu*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, t. XIII, z. 5, Łódź 2012, s. 100.
- [46]. Linda E. Swayne, W. Jak Duncan, Peter M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 29.
- [47]. Nalepka A., *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Warszawa–Kraków 1999, s. 139.
- [48]. New Improved ISO 9000 Guidelines for Health Sector, Press releases, Ref: 977, 9 November 2005, [www.iso.org](http://www.iso.org).
- [49]. *Nowa encyklopedia powszechna*, t. 6, PWN, Warszawa 1998, s. 1003.
- [50]. *Mała encyklopedia medyczna*, red. T. Roźniatowski, PWN, Warszawa 1990, s. 404.
- [51]. Manganelii R.I., Klein M.M., *Reengineering. Metoda usprawnienia organizacji*, PWE, Warszawa 1998, s. 45.
- [52]. *Marketing w ochronie zdrowia*, red. A. Czerw, Warszawa 2010, s. 13.
- [53]. Mielich A., *System płac w kapitalizmie*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 233.
- [54]. Mikuła B., Ziębicki B., *Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie*, t. IV, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków 2001, s. 270.
- [55]. Mreła H., *Metody badania pracy*, PWE, Warszawa 1979, s. 48–54.
- [56]. Oleksyn T., *Praca i płaca a zarządzaniu*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 1992, s. 101.
- [57]. Opoliski K., Dykowska G., Moździonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 136.
- [58]. Pawlak Z., *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003, s. 92.
- [59]. Penning S., *HPM: a model to relate costs, benefits and strategic impact of human resource programs*, „Performance Improvement”, July 2006, nr 45(6), s. 17 - 22.
- [60]. Philips J.J., Stone R.D., Philips P.P., *Ocena efektywności w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Human Faktor, Kraków 2003, s. 46.
- [61]. Pierścionek Z., *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2003, s. 237.

- [62]. Pitchard D., Murlis H., *Jobs roles and people*, Nicholas Brealey Publishing, London 1992, s. 230.
- [63]. Plachy R., Plachy S., *Rewarding Employees Who Truly Make a Difference*, „Compensation & Benefits Review”, maj–czerwiec 1999, s. 36–38.
- [64]. Poczrowski A., *Trendy w systemach wynagrodzeń w świetle zmian na rynku pracy. Raport z badań statutowych*, maszynopis, Kraków 2009, s. 40.
- [65]. *Podstawy zarządzania*, red. P. Wachowiak, M. Stuzińska, SGH, Warszawa 2008, s. 246.
- [66]. Roper L., Pettit J., *Development and the Learning Organisation: an introduction*, „Development in Practice”, Volume 12, Numbers 3&4, August 2002, s. 259.
- [67]. Rostkowski T., Wojtczak-Turek A., *Wartościowanie pracy w służbie cywilnej*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 37.
- [68]. Rummler A.G., Brache A.P., *Podnoszenie efektywności organizacji*, PWE, Warszawa 2000, s. 42.
- [69]. Sekuła Z., *Wynagrodzenie zmienne i rzeczowe*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 45.
- [70]. Thomas J.W., Penchansky R., *Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services*, „Medical Care” 1984, Vol. 22, No. 6, s. 553–568.
- [71]. Trocki M., *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, Warszawa 2002, s. 48.
- [72]. Tymowska K., *Zmierzch publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej*, I Jesienne Seminarium Dyrektorów Szpitali „Zarządzanie długiem szpitalnym i przekształcenia w spółki użyteczności publicznej”, Warszawa, 3–4 października 2003 r., s. 2.
- [73]. Tyrańska M., *Efektywność zarządzania zasobami ludzkimi w aspekcie terminologicznym i metodologicznym*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie”, Tarnów 2009, 1(12), s. 263.
- [74]. Salmicki P., *Ekonomiczna efektywność*, w: *Mała encyklopedia ekonomiczna*, PWE, Warszawa 1974, s. 185. za Paszczołowski, *op.cit.*, s. 60.
- [75]. Sekuła Z., *Wynagrodzenie zmienne i rzeczowe*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 45.
- [76]. Shaw C.D., *Developing hospital*, Accreditation Europe, Division of Country Support WHO Regional Office for Europe, December 2004, s. 5.
- [77]. Sienkiewicz Ł., *Wartościowanie kompetencji pracowników*, w: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak ocenić pracę? Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006, s. 146.

- [78]. Sobkowski M., *System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej zgodną z normą ISO 9001:2000*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2004, s. 91–92.
- [79]. Stalica P., *Wartościowanie statyczne czy dynamiczne?*, *Personel* nr 6/2005, s. 22-25.
- [80]. Stanisław A., *Przystępny kurs statystyki*, StatSoft, t. 1, Kraków 2006, s. 326-330.
- [81]. *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, red. E. Nojszewska, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 607.
- [82]. *Szpitalne systemy informatyczne*, red. W. Trąbka, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999, s. 150-170.
- [83]. Świdorska G.K., *Informacja zarządcza w procesie formułowania i realizacji strategii firmy – wyzwania dla polskich przedsiębiorstw*, Difin, Warszawa 2003, s. 275.
- [84]. Urban T., *Zasada 80/20 (zasada Pareto)*, <http://czas.ebiznes.org.pl/zasadapareto8020> data dostępu 03 kwietnia 2013 r.
- [85]. *Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia do projektu ustawy o działalności leczniczej*, druk nr 3489, s. 1.
- [86]. Wachowicz R., *Marketing relacji, jako orientacja pomagająca kreować wizerunek placówki służby zdrowia*, w: *Ochrona zdrowia wizerunek, marketing, rynek*, red. G. Karasiewicz, Warszawa 2006, s. 98–99.
- [87]. Zaręba W., *Ocena efektywności usług publicznych w jednostkach samorządu terytorialnego*, w: *Zarządzanie finansami lokalnymi*, red. A. Kozuch, A. Mirończuk, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2006, s. 128–137.
- [88]. *Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska 2012*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s. 48.
- [89]. Zdanowska J., Sielska J., *Podmiot leczniczy jako organizacja*, w: *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 27.
- [90]. Zemke-Górecka A., *Czy możliwa jest naprawa systemu opieki zdrowotnej poprzez zmianę statusu prawnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych?*, w: *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, red. E. Nojszewska, Lex Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 611.
- [91]. Zieleniewski J., *Organizacja zespołów ludzkich, Wstęp do teorii organizacji i kierowania*, wyd. 7, PWN, Warszawa 1982, s. 194–195.
- [92]. Zienkiewicz T., *Prawo Parkinsona*: <http://ebiznes.pl/index.php/content/view/34/163> data dostępu 23 marca 2013 r.

- [93]. Ziębicki B., *Wykorzystanie benchmarkingu w doskonaleniu działalności instytucji użyteczności publicznej (na przykładzie PPUP „Poczta Polska”)*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Bochni” 2005, nr 3.
- [94]. Zimniewicz K., *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2003, s. 79.
- [95]. Zmiany w organizacji Opieki Zdrowotnej w III kadencji Sejmu, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Październik 2001, nr 809, s. 12–13.

## **ŹRÓDŁA INTERNETOWE**

- [1]. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz>, dostęp z 18 grudnia 2012 r.
- [2]. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dostęp z 26 czerwca 2013 r.
- [3]. <http://www.mz.gov.pl>, dostęp z 15 listopada 2012 r.
- [4]. [http://www.zie.pg.gda.pl/-jczlean\\_lekiem.pdf](http://www.zie.pg.gda.pl/-jczlean_lekiem.pdf), dostęp z 11 września 2012 r.
- [5]. <http://czas.ebiznes.org.pl/zasadapareto8020>, dostęp z 03 kwietnia 2013 r.
- [6]. <http://ebiznes.pl/index.php/content/view/34/163>, dostęp z 23 marca 2013 r.
- [7]. [www.wikipedia.org.pl](http://www.wikipedia.org.pl), dostęp z 12 lipca 2013 r.
- [8]. <http://kadry.nf.pl/Artykul/6677/Return-on-Investment-ROI>, dostęp z 18 kwietnia 2013 r.

## **AKTY PRAWNE**

- [1]. Konstytucja Rzeczypospolitej polskiej, Dz.U. z 1997, nr 78 poz. 483.
- [2]. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu społecznym, Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.
- [3]. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003, nr 45, poz. 391.
- [4]. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej z środków publicznych Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.
- [5]. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654. z późn. zm.
- [6]. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654. z późn. zm.

## WYKAZ TABEL

- Tabela 1. Ewolucja systemu opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1999–2012
- Tabela 2. Konsekwencje przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową
- Tabela 3. Cele współczesnych koncepcji zarządzania
- Tabela 4. Cechy charakterystyczne outsourcingu kontraktowego i kapitałowego
- Tabela 5. Różnice w podejściu do zmian w przedsiębiorstwie
- Tabela 6. Sposób myślenia charakterystyczny dla lean management na tle tradycyjnego
- Tabela 7. Cechy organizacji uczącej się i organizacji tradycyjnej.
- Tabela 8. Charakterystyka metod i zasad pomocnych w zarządzaniu czasem pracy
- Tabela 9. Perspektywy realizacji strategii organizacji oraz mierniki jej oceny
- Tabela 10. Czynniki określające specyfikę organizacji
- Tabela 11. Kryteria syntetyczne wybranych metod
- Tabela 12. Zalety i wady poszczególnych metod stosowanych w analizie pracy
- Tabela 13. Wady i zalety sporządzania opisów stanowisk pracy przez poszczególne osoby
- Tabela 14. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach komórek działalności podstawowej bez uwzględnienia pielęgniarek
- Tabela 15. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach pielęgniarek
- Tabela 16. Wyniki wyceny trudności pracy na stanowiskach administracji i obsługi
- Tabela 17. Hierarchia stanowisk pracy w podmiocie leczniczym
- Tabela 18. Test U Manna-Whitneya wartości istotności statystycznej „p” kluczy analitycznych i syntetycznych
- Tabela 19. Wartości współczynników korelacji rang Spearmana dla zależności między poszczególnymi kluczami syntetycznymi
- Tabela 20. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – złożoność pracy
- Tabela 21. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – odpowiedzialność
- Tabela 22. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – współpraca
- Tabela 23. Test Kruskala-Wallisa dla klucza syntetycznego – uciążliwość pracy
- Tabela 24. Test Kruskala-Wallisa dla sumy kluczy syntetycznych
- Tabela 25. Taryfikator kwalifikacyjny pracowników działalności podstawowej
- Tabela 27. Taryfikator kwalifikacyjny stanowisk administracji i obsługi
- Tabela 28. Porównanie wartości grup stanowisk
- Tabela 29. Tabela wynagrodzenia zasadniczego
- Tabela 30. Wartość przenikania i przyrostu wynagrodzenia zasadniczego między kategoriami

- Tabela 31. Porównanie tabeli stawek wynagrodzenia zasadniczego obowiązującej w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. z tabelą wynagrodzenia zasadniczego zbudowaną na podstawie wartościowania stanowisk pracy
- Tabela 32. Porównanie wyników wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o., oraz Szpitalu Powiatowym we Wrześni
- Tabela 33. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – złożoność pracy
- Tabela 34. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – odpowiedzialność
- Tabela 35. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – współpraca
- Tabela 36. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla klucza syntetycznego – uciążliwość pracy
- Tabela 37. Test Kruskala-Wallisa (porównanie podmiotów leczniczych) dla sumy kluczy syntetycznych
- Tabela 38. Ocena wartościowania stanowisk pracy dla grup stanowisk: kierowników oddziałów, starszych asystentów, asystentów oraz młodszych asystentów
- Tabela 39. Ocena wartościowania stanowisk pracy dla grup stanowisk: pielęgniarek oddziałowych, starszych pielęgniarek oraz pielęgniarek
- Tabela 40. Ranking stanowisk pracy lekarzy dla czterech podmiotów leczniczych
- Tabela 41. Ranking stanowisk pracy pielęgniarek
- Tabela 42. Ranking stanowisk pracy pracowników działalności pomocniczej

## **WYKAZ RYSUNKÓW**

- Rysunek 1. Założenia reformy zawarte w dokumencie „Strategia Zdrowia”
- Rysunek 2. Elementy reformy NFZ
- Rysunek 3. Perspektywa dalszego funkcjonowania SP ZOZ w zależności od osiągniętego wyniku finansowego
- Rysunek 4. Struktura warstwowa produktu
- Rysunek 5. Efektywność organizacji

- Rysunek 6. Model S. Penninga pomiaru efektywności w zarządzaniu zasobami ludzkimi
- Rysunek 7. Model pomiaru efektywności programów realizowanych w sferze zarządzania zasobami ludzkimi
- Rysunek 8. Determinanty systemu wynagrodzeń
- Rysunek 9. Strategia wynagrodzeń
- Rysunek 10. Fazy procesu wartościowania stanowisk pracy
- Rysunek 11. Źródła i metody zbierania informacji podczas procesu wartościowania pracy
- Rysunek 12. Determinanty zasadniczych stawek płac
- Rysunek 13. Obszary zastosowania wartościowania stanowisk pracy w ZZL
- Rysunek 14. Struktura kluczy syntetycznych metody UMEWAP–2000
- Rysunek 15. Struktura klucza syntetycznego – złożoność pracy
- Rysunek 16. Struktura klucza syntetycznego – odpowiedzialność
- Rysunek 17. Struktura klucza syntetycznego – współpraca
- Rysunek 18. Struktura klucza syntetycznego – uciążliwość pracy

## **WYKAZ WYKRESÓW**

- Wykres 1. Zobowiązania ogółem SP ZOZ (w mln zł) na koniec IV kwartału w latach 2003–2012 i I kwartału 2013
- Wykres 2. Dynamika przekształceń własnościowych w latach 1999–2010
- Wykres 3. Krzywa wzrostu wynagrodzenia
- Wykres 4. Wykres tradycyjnej tabeli płac
- Wykres 5. Wykres tabeli płac o różnych szerokościach widełek
- Wykres 6. Wariantowe linie płac
- Wykres 7. Średnia wartość grup stanowisk pracy
- Wykres 8. Średnia wartość grup stanowisk pracy personelu pomocniczego działalności podstawowej
- Wykres 9. Średnie wartości wyceny grup stanowisk pracy pielęgniarek
- Wykres 10. Wycena trudności pracy stanowisk kierowniczych personelu medycznego
- Wykres 11. Korelacja kwoty wartości stanowiska z punktacją
- Wykres 12. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym
- Wykres 13. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym dla stanowisk pielęgniarek

Wykres 14. Różnice między wartością stanowiska a wynagrodzeniem zasadniczym dla wybranych stanowisk administracji i obsługi

Wykres 15. Wartość stanowiska pracy oszacowana na podstawie wartości minimalnych i maksymalnych

Wykres 16. Przenikanie się i przyrost wynagrodzenia w poszczególnych kategoriach

## ZAŁĄCZNIKI

### Załącznik 1. Karta opisu stanowiska pracy

Komórka organizacyjna: \_\_\_\_\_

Nazwa stanowiska pracy: \_\_\_\_\_

Stanowisko pracy – charakterystyka podstawowych czynności :

\_\_\_\_\_  
1. Niezbędne wykształcenie zawodowe:

\_\_\_\_\_  
2. Przeszkolenia w formie kursów oraz dodatkowe uprawnienia:

\_\_\_\_\_  
3. Znajomość języków obcych:

\_\_\_\_\_  
4. Doświadczenie zawodowe wymagane do prawidłowego wykonywania zadań/czynności:

\_\_\_\_\_  
5. Czy wykonywanie zadań/czynności jest określone instrukcją lub reżimem technologicznym bądź przez przełożonego? Czy wykonywanie pracy zależy od pomysłowości, własnej inicjatywy, oceny sytuacji? W miarę możliwości należy dość szczegółowo podać informację.

\_\_\_\_\_  
6. Czy wykonywane czynności związane z obsługą urządzeń wymagają zwiększonego stopnia zręczności i precyzji ruchów? Proszę podać ich specyfikę.

\_\_\_\_\_  
7. Czy wykonywanie pracy wiąże się z ponoszeniem odpowiedzialności za przebieg i skutki pracy? Czy podejmowane decyzje wiążą się z uzgadnianiem ich z innymi komórkami organizacyjnymi lub stanowiskami szpitala? Proszę podać na czym polega odpowiedzialność.



8. Czy stanowisko pracy wymaga podejmowania decyzji? Jeśli tak, proszę podać ich charakter oraz konsekwencje dla komórki organizacyjnej lub szpitala.

---

9. Czy wykonywanie zadań/czynności jest związane z ponoszeniem odpowiedzialności za powierzony sprzęt, urządzenia bądź za gotówkę? Proszę o określenie stopnia odpowiedzialności oraz skutków prawno-finansowych.

---

10. Czy na stanowisku realizowane są funkcje związane z zarządzaniem personelem? Jeśli tak, proszę podać liczbę osób bezpośrednio lub pośrednio podległych oraz złożoność podejmowanych zadań.

---

11. Czy występuje odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób? Proszę podać stopień odpowiedzialności oraz ewentualne skutki prawne.

---

12. Czy na stanowisku pracy występuje element złożoności pracy w zakresie współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi, przekazywania informacji, korespondencji oraz zewnętrznymi podmiotami? Proszę podać ich charakter oraz częstotliwość.

---

13. Czy wykonywanie zadań/czynności na stanowisku pracy wymaga motywowania innych pracowników? Proszę podać formę oddziaływania oraz stopień trudności.

---

14. Czy wykonywanie pracy wiąże z wysiłkiem fizycznym? Jeśli tak, proszę podać jego nasilenie oraz czas trwania.

---

15. Czy występuje konieczność koncentracji uwagi, duże tempo pracy, stres, nawarstwienie się wielu problemów i czym są one spowodowane.

---

16. W jakim zakresie występuje wysiłek umysłowy związany z przetwarzaniem, analizowaniem oraz interpretowaniem zjawisk.

---

17. Czy występuje stała powtarzalność procesów i warunków pracy w ciągu zmiany roboczej? Proszę podać na czym polega monotonia.

---

18. Czy na stanowisku pracy występują czynniki uciążliwe, np. temperatura (wysoka lub niska), hałas, drgania, oświetlenie nie spełniające norm, pole elektromagnetyczne itp. Proszę podać ich stopień uciążliwości oraz czas przebywania.

---

19. Jeśli na stanowisku pracy lub w otoczeniu występują zagrożenia proszę podać jakie.

---

## **Załącznik 2. Wytyczne do sporządzenia karty opisu stanowiska pracy**

Karta opisu stanowiska pracy nie będzie zawierać oceny Pani/Pana, lecz zawiera opis czynności, który pozwoli na przeanalizowanie występujących na stanowisku pracy trudności i ich obiektywnej ocenie. Czynności wykonywane na stanowisku pracy należy opisać w pierwszej kolejności. Opisu należy dokonać w sposób bardzo syntetyczny, posiłkując się informacjami zawartymi w zakresie obowiązków i odpowiedzialności, regulaminie organizacyjnym oraz na własnym doświadczeniu.

### **1. Niezbędne wykształcenie zawodowe:**

Proszę podać wykształcenie, jakie jest wymagane, aby w sposób prawidłowy wykonywać powierzone zadania na stanowisku pracy. Stanowisko pracy w podmiocie leczniczym może wymagać od pracownika posiadania stopnia naukowego – jeśli tak, proszę o jego podanie. Przy określaniu wykształcenia nie należy kierować się wykształceniem posiadanym przez obecnie zatrudnionego pracownika.

### **2. Przeszkolenia w formie kursów oraz dodatkowe uprawnienia:**

Stanowisko pracy może wymagać aktualizacji wiedzy, np. w formie kursów specjalistycznych bądź studiów podyplomowych.

### **3. Znajomość języków obcych:**

Wykonywanie zadań na stanowisku pracy może wymagać znajomości języka obcego.

### **4. Doświadczenie zawodowe wymagane do prawidłowego wykonania zadań/czynności:**

Należy wpisać staż pracy (liczbę miesięcy/lat) niezbędny do pozyskania umiejętności, które gwarantują nabycie praktycznej wiedzy niezbędnej do powierzenia samodzielnego wykonywania zadań przez pracownika. Dla prawidłowej oceny stanowiska pracy należy podać stopień trudności wykonywanych zadań/czynności, np. na wykonanie prac o przeciętnym stopniu trudności wymagany jest krótki okres przyuczenia. Należy określić, jaki czas potrzebny na wykonywanie czynności o złożonym charakterze lub o bardzo złożonym charakterze.

**5. Czy wykonywanie zadań/czynności jest określone instrukcją lub reżimem technologicznym bądź przez przełożonego? Czy wykonywanie pracy zależy od pomysłowości, własnej inicjatywy, oceny sytuacji? W miarę możliwości należy dość szczegółowo podać informację.**

Wykonywanie zadań/czynności na stanowisku pracy może charakteryzować się dużym stopniem innowacyjności, twórczego myślenia, własnej inicjatywy. Może występować sytuacja, w której pracownik ma obowiązek do ścisłego przestrzegania instrukcji czy poleceń wydawanych przez przełożonych. Proszę, aby punkt ten w sposób bardzo szczegółowy opisać.

**6. Czy wykonywane czynności związane z obsługą urządzeń wymagają zwiększonego stopnia zręczności i precyzji ruchów? Proszę podać ich specyfikę.**

Należy określić poziom zręczności – normalny, zwiększony lub duży. Jednocześnie należy także wskazać stopień precyzji ruchów – normalny albo wysoki. Dokonując opisu, należy również wskazać – czy zręczność odnosi się tylko do ruchów czy ma związek z obsługą skomplikowanych urządzeń.

**7. Czy wykonywanie pracy wiąże się z ponoszeniem odpowiedzialności za przebieg i skutki pracy? Czy podejmowane decyzje wiążą się z uzgadnianiem ich z innymi komórkami organizacyjnymi lub stanowiskami szpitala? Czy odpowiedzialność ma kluczowe znaczenie dla szpitala? Proszę podać, na czym polega odpowiedzialność.**

Należy określić stopień złożoności wykonywanej pracy (złożona, przeciętnie złożona, bardzo złożona) oraz jaki jest jej stopień trudności. Określeniu podlega także stopień samodzielności i trudności. Czy praca związana jest z ponoszeniem odpowiedzialności za pracę zespołu, oddziału lub pionu?

**8. Czy stanowisko pracy wymaga podejmowania decyzji? Jeśli tak, proszę podać ich charakter oraz konsekwencje dla komórki organizacyjnej lub szpitala.**

Należy podać czy stanowisko pracy wymaga podejmowania decyzji. Czy są to decyzje dotyczące pracy własnej bądź danego zespołu, działu lub oddziału. Mają charakter strategiczny dla szpitala czy są podejmowane na poziomie operacyjnym. Czy decyzje podejmowane są w warunkach ryzyka?

**9. Czy wykonywanie zadań/czynności jest związane z ponoszeniem odpowiedzialności za powierzony sprzęt, urządzenia bądź za gotówkę? Proszę o określenie stopnia odpowiedzialności oraz skutków prawno-finansowych.**

W punkcie tym należy podać wskazać czy wykonywanie czynności na stanowisku pracy wiąże się z ponoszeniem odpowiedzialności za powierzone mienie szpitala?

Odpowiedzialność materialna wiąże się także z uszkodzeniem powierzonego sprzętu, niedoborem gotówki, leków innym mieniem. Proszę określić czy odpowiedzialność jest: nieznaczna, średnia (przedmioty małej wartości), zwiększona (przedmioty dużej wartości), duża (ciągła możliwość uszkodzenia urządzeń, odpowiedzialność za finanse szpitala na średnim szczeblu), bardzo duża (ciągła możliwość uszkodzenia urządzeń o bardzo dużej wartości, co grozi przestojem oddziału bądź całego szpitala).

**10. Czy na stanowisku realizowane są funkcje związane z zarządzaniem personelem? Jeśli tak, proszę podać liczbę osób bezpośrednio lub pośrednio podległych oraz złożoność podejmowanych zadań.**

W punkcie tym należy podać wielkość kierowanej komórki a zwłaszcza liczbę podległych pracowników oraz charakter realizowanych zadań (prace proste, złożone, średnio i bardzo złożone).

**11. Czy występuje odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób w tym pacjentów? Proszę podać stopień odpowiedzialności oraz ewentualne skutki prawne.**

Należy określić, jeśli występuje na stanowisku pracy stopień odpowiedzialności za bezpieczeństwo innych osób – średnia, zwiększona, duża lub bardzo duża. Czy występuje zagrożenie wystąpienia wypadku? Czy praca wykonywana polega na opiece nad dziećmi lub młodzieżą?

**12. Czy na stanowisku pracy występuje element złożoności pracy w zakresie współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi, współpracownikami, przekazywania informacji, korespondencji oraz zewnętrznymi podmiotami? Proszę podać ich charakter oraz częstotliwość.**

Należy podać czy stanowisko pracy wymaga pracy indywidualnej czy zespołowej? Czy zachodzi konieczność uzgadniania działań z pracownikami innych komórek organizacyjnych? Proszę o opisanie zakresu współdziałania. W odniesieniu do kontaktów zewnętrznych należy uwzględnić kontakty z pacjentami i instytucjami. W przypadku pacjentów proszę o określenie, czy kontakty mają charakter rutynowy czy złożony. Charakter oraz przykłady kontaktów z instytucjami proszę opisać.

**13. Czy wykonywanie zadań/czynności na stanowisku pracy wymaga motywowania pracowników? Proszę podać formę oddziaływania oraz stopień trudności.**

Jeśli stanowisko pracy wymaga stosowania oddziaływania na pracowników proszę podać liczbę podległych pracowników.

**14. Czy wykonywanie pracy wiąże się z wysiłkiem fizycznym? Jeśli tak, proszę podać jego nasilenie oraz czas trwania.**

Należy podać czy wykonywanie czynności na stanowisku pracy wiąże się z wysiłkiem fizycznym. Zakres pracy może obejmować operowanie przedmiotami bądź ich przenoszenie. Jeśli tak, proszę podać ciężar przedmiotów. Wykonywanie pracy może wymuszać różne pozycje ciała.

Jeśli występują takie utrudnienia, proszę je opisać. Podać ich metody.

**15. Czy występuje konieczność koncentracji uwagi, duże tempo pracy, stres, nawarstwienie się wielu problemów i czym są one spowodowane?**

Należy określić poziom obciążenia receptorów zmysłowych (normalne, zwiększone, znaczne, duże i bardzo duże) oraz jakiej odporności psychicznej wymaga praca.

**16. W jakim zakresie występuje wysiłek umysłowy związany z przetwarzaniem, analizowaniem oraz interpretowaniem zjawisk?**

W tym punkcie należy podać stopień obciążenia receptorów zmysłowych (normalne, zwiększone, duże, bardzo duże) oraz stopień obciążenia pamięci.

**17. Czy występuje stała powtarzalność procesów i warunków pracy w ciągu zmiany roboczej? Proszę podać, na czym polega monotonia.**

Należy wskazać, czy na stanowisku pracy występuje okresowa lub stała monotonia pracy spowodowana niezmiennością procesów i warunków pracy.

**18. Czy na stanowisku pracy występują czynniki uciążliwe, np. temperatura (wysoka lub niska), hałas, drgania, oświetlenie niespełniające norm, pole elektromagnetyczne itp. Proszę podać ich stopień uciążliwości oraz czas przebywania?**

Proszę podać, jakie czynniki uciążliwe występują na stanowisku pracy oraz określić ich natężenie oraz czas przebywania w ich warunkach w ciągu dnia pracy.

**19. Jeśli na stanowisku pracy lub w otoczeniu występują zagrożenia, proszę podać jakie.**

Proszę podać, jakie zagrożenia występują na stanowisku pracy oraz czas przebywania pracownika w ich warunkach w ciągu dnia pracy.

**Załącznik 3. Klucze syntetyczne i analityczne uniwersalnej metody wartościowania  
stanowisk pracy UMEWAP–2000**

**A. Klucz syntetyczny – złożoność pracy**

A1. Klucz analityczny – WYKSZTAŁCENIE ZAWODOWE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów
1	Ukończona szkoła podstawowa.	10
2	Ukończona zasadnicza szkoła zawodowa i kurs przysposobienia zawodowego lub zasadnicza szkoła zawodowa.	15
3	Ukończona zasadnicza szkoła zawodowa o wymaganym profilu plus obligatoryjne przeszkolenie lub specjalistyczne uprawnienia.	20
4	Ukończona szkoła średnia o wymaganym profilu.	35
5	Ukończona szkoła średnia o wymaganym profilu, ukończona szkoła ogólnokształcąca plus obligatoryjne przeszkolenie lub kierunkowe studium pomaturalne lub specjalne uprawnienia w tym pielęgniarka po liceum medycznym i studium medycznym.	40
6	Ukończona szkoła średnia o wymaganym profilu, ukończona szkoła ogólnokształcąca plus obligatoryjne przeszkolenie lub kierunkowe studium pomaturalne lub specjalne uprawnienia w tym pielęgniarka po liceum medycznym i studium medycznym plus kurs kwalifikacyjny, np. pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym.	42
7	Pielęgniarka po specjalizacji w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa.	45
8	Ukończona szkoła wyższa (licencjat) o profilu wymaganym dla danego stanowiska.	50
9	Ukończona szkoła wyższa o profilu właściwym dla danego stanowiska (magister w odpowiedniej specjalności, lekarz po studiach medycznych).	55
10	Ukończona szkoła wyższa (magister) o właściwym profilu plus kierunkowe doksztalcanie, np. specjalizacje medyczne (posiadanie tytułu specjalisty medycznego-maksymalny dla danej specjalizacji medycznej) albo studia podyplomowe, specjalne uprawnienia.	60

## A 2. Klucz analityczny – DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów
1	Nie jest wymagane doświadczenie zawodowe. Wystarcza krótkie przyuczenie na stanowisku pracy do 1 m-ca. Prace proste powtarzalne, np. sprzątaczką, pracownik pralni.	1
2	Wystarczy przyuczenie na stanowisku pracy w granicach 1–6 m-cy. Prace dość proste powtarzalne lub niewielka zmienność prac podobnych, np. sanitariusz, salowa, magazynier.	5
3	Na opanowanie umiejętności wykonywania czynności wymagana jest ok. roczna praktyka w specjalności. Prace powtarzalne o przeciętnym stopniu trudności lub proste prace zamienne, np. sekretarka medyczna, statystka, referent, st. magazynier, kasjer.	10
4	Na opanowanie umiejętności wykonywania czynności wymagana jest ok. 2–3 praktyka w specjalności. Dość złożone prace powtarzalne lub prace zamienne, o przeciętnym stopniu trudności, np. pielęgniarka, tech. medyczny, laborant, st. referent, specjalista.	15
5	Na opanowanie umiejętności wykonywania czynności wymagana jest ok. 4–5 praktyka w specjalności. Szeroki i zmienny zakres dość złożonych czynności. Wskazana aktualizacja wiedzy, np. st. pielęgniarka, st. technik, asystent, kierownik sekcji, st. specjalista, księgowy, inspektor, st. kasjer.	20
6	Na opanowanie umiejętności prawidłowego wykonywania czynności wymagana jest ok. 6–7 praktyka w specjalności. Szeroki i zmienny zakres złożonych czynności. Wymagana znajomość przebiegu pracy na współpracujących stanowiskach oraz aktualizacja wiedzy, np. kierownicy pracowni (równoznacznych), pielęgniarka oddziałowa, st. asystent, st. księgowy, kierownik działu, gł. specjalista.	25
7	Pożądana ponad 7 letnia praktyka zawodowa. Złożony charakter procesów lub procedur. Wymagana znajomość organizacji, podziału przebiegu i charakteru pracy na szeregu stanowiskach w szpitalu. Konieczna aktualizacja wiedzy. Wskazane posiadanie wiedzy interdyscyplinarnej, np. kierownik apteki, naczelny lekarz, naczelna pielęgniarka, ordynator, zastępca ordynatora, główny księgowy.	30
8	Pożądana ponad 7 letnia praktyka zawodowa. Bardzo złożony charakter procesów lub procedur. Doświadczenie w kierowaniu dużymi zespołami, koordynowaniu złożonych i odpowiedzialnych przedsięwzięć. Umiejętność działania w warunkach ryzyka i niepewności. Konieczna aktualizacja wiedzy oraz wiedza interdyscyplinarna, np. dyrektor szpitala, zastępca dyrektora szpitala ds. ekonomicznych.	35

### A 3. Klucz analityczny – INNOWACYJNOŚĆ, TWÓRCZOŚĆ

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Sposób wykonywania pracy (czynności operacji) jest jednoznacznie określony przez instrukcję regulamin pracy, procedurę medyczną, polecenia przełożonego, np. pracznia, sprzątacznia, malarz, portier, pomoc laboratoryjna.	0	–
2	Praca wymaga samodzielnego wyboru wariantu realizacyjnego lub sposobu wykonania. Myślenie analityczne, np. referent, technik, laborant, pielęgniarka.	5	3–7
3	Wykonanie pracy związane jest z udoskonalaniem i adoptowaniem istniejących rozwiązań do nowych potrzeb i możliwości podmiotu leczniczego. Wprowadzone zmiany odnoszą się do jednorodnych zagadnień, interpretacja zjawisk i procesów. Myślenie syntetyczne, np. asystent, kierownik pracowni.	10	8–12
4	Praca wymaga udoskonalania i (lub) adaptowania złożonych i różnorodnych zagadnień, działania w warunkach gospodarki rynkowej. Zmienność sytuacji i otoczenia wymaga ciągłej pomysłowości i innowacyjności. Myślenie syntetyczne, np. st. asystent, zastępnca ordynatora, zastępnca kierownika działu.	15	13–17
5	Praca o najwyższej skali trudności, wymagająca krytycznej analizy stanu istniejącego lub badań rozpoznawczych oraz projektowania i testowania nowych rozwiązań, konieczna znajomość i wykorzystywanie najnowszych osiągnięć w danej dziedzinie działalności podmiotu leczniczego. Myślenie twórcze, np. dyrektor, zastępnca dyrektora, główny księgowy, ordynator, naczelnia pielęgniarka, kierownicy dużych działów.	25	22–25

### A 4. Klucz analityczny – ZREĆZNOŚĆ

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace nie wymagające zręczności fizycznej.	0	–
2	Prace wymagające normalnej zręczności fizycznej.	5	3–7
3	Prace wymagające zwiększonej zręczności fizycznej lub precyzji ruchów, np. pielęgniarka, technik fizjoterapeuta, technicy medyczni, asystenci.	10	8–12
4	Prace wymagające dużej zręczności fizycznej i precyzji ruchów, np. pielęgniarki instrument. anesteziolodzy	15	13–17
5	Prace wymagające bardzo dużej zręczności fizycznej i wysokiej precyzji ruchów, np. stanowiska „zabiegowe” – chirurgia, okulistyka, radiologia.	25	22–25



## B. Klucz syntetyczny – odpowiedzialność

### B1. Klucz analityczny – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PRZEBIEG I SKUTKI PRACY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Praca własna prosta, określona w instrukcjach, kontrolowana, np. robotnicy.	1	–
2	Praca własna, przeciętnie złożona, częściowo kontrolowana, np. samodzielny robotnik.	5	3–7
3	Złożona praca własna o znacznym stopniu samodzielności. Odpowiedzialność za pracę brygady, pracowni, sekcji, zespołu, np. koordynator, brygadzysta, pielęgniarka, laborant, technik.	10	8–12
4	Złożona praca własna o dużym stopniu samodzielności. Odpowiedzialność za pracę działów, wydziałów (kierownik działu, mistrz, starszy mistrz), np. księgowy, st. referent, st. pielęgniarka, st. laboranci, st. technicy.	15	13–17
5	Bardzo złożona praca własna, w pełni samodzielna. Odpowiedzialność za pracę działów i oddziałów pomocniczych, np. st. księgowy, sam. referent, pielęgniarka oddziałowa, asystenci, st. asystenci, mgr analityki i farmacji.	20	18–22
6	Praca własna o wybitnej skali trudności i odpowiedzialności. Odpowiedzialność za pracę działów i oddziałów o kluczowym znaczeniu dla działalności szpitala, np. ordynator oddziałów wiodących, kierownik zakładu radiologii, kierownik apteki.	25	23–27
7	Odpowiedzialność za pracę (rozwój i osiągnięte efekty) pionów lub służb w szpitalu, np. dyrektor, zastępcy dyrektora, główny księgowy, naczelną pielęgniarką.	30	28–30

### B2. Klucz analityczny – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA DECYZJE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Decyzje dotyczące pracy własnej, kontrolowane przez przełożonych. Decyzje w sytuacjach charakteryzujących się pewnością danych, np. robotnik, samodzielny robotnik.	1	–

2	Decyzje dotyczące wyboru sposobu wykonania pracy w granicach opisanych przepisami, instrukcjami lub ustalonymi regulami. Decyzje związane z kierowaniem brygadą lub zespołem kilku pracowników, np. brygadzista, koordynator	5	3–7
3	Decyzje o charakterze regulacyjnym, dyspozycyjnym, dotyczące wąskiego odcinka działania szpitala. Decyzje podejmowane w sytuacjach częściowego ryzyka. Decyzje związane z nadzorowaniem procesów pracy na wydziale (kierownik zmiany, mistrz), np. księgowy, st. referent, pielęgniarka, technik laborant.	10	8–12
4	Decyzje dotyczące rozstrzygania wieloaspektowych problemów wpływających na realizację zadań komórek organizacyjnych. Decyzje podejmowane w sytuacji ryzyka. Decyzje związane z kierowaniem działów i wydziałów pomocniczych, np. pielęgniarka oddziałowa, asystent, st. asystent, mgr farmacji i analityki, kierownik apteki.	15	13–17
5	Decyzje dotyczące wyboru rozwiązań o istotnym znaczeniu dla bieżącej działalności szpitala. Decyzje podejmowane w warunkach dużego ryzyka. Decyzje związane z kierowaniem pracą działów i wydziałów o kluczowym znaczeniu dla działalności szpitala, np. ordynator.	20	18–22
6	Decyzje o charakterze problemowym, wyznaczające działania i zasadnicze cele w określonej dziedzinie działalności szpitala. Decyzje związane z kierowaniem i nadzorowaniem pracy wyodrębnionych organizacyjnie lub finansowo jednostek szpitala, np. ordynator oddziałów wiodących.	25	23–27
7	Decyzje o charakterze strategicznym determinujące długookresową działalność usługową, finansową, inwestycyjną i organizacyjną szpitala. Decyzje związane z kierowaniem i nadzorowaniem pracy pionów lub służb w szpitalu, np. dyrektor, zastępcy dyrektora, gł. księgowy.	30	28–30

### B3. Klucz analityczny – FINANSE ORAZ ŚRODKI I PRZEDMIOTY PRACY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Nieznaczna odpowiedzialność. Przy normalnym natężeniu uwagi i przestrzeganiu przepisów powierzone urządzenia i materiały bardzo rzadko ulegają uszkodzeniu.	1	–

2	Średnia odpowiedzialność. Konstrukcja urządzeń lub technologia pracy stwarza średnie prawdopodobieństwo uszkodzenia urządzeń lub materiałów o małej wartości, lub niewielkie prawdopodobieństwo uszkodzenia przedmiotów pracy o średniej wartości. Pośrednia odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad środkami i przedmiotami pracy małej wartości, np. referent, księgowy, technik, laborant.	5	3–7
3	Zwiększona odpowiedzialność. Duża wartość powierzonych urządzeń, ale przy zwiększonej koncentracji uwagi prawdopodobieństwo uszkodzenia lub zniszczenia małe. Średnie prawdopodobieństwo szkód przy przedmiotach pracy o średniej wartości lub małe prawdopodobieństwo szkód przy przedmiotach pracy o dużej wartości. Bezpośrednia odpowiedzialność za gotówkę na bieżące wydatki. Pośrednia odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad środkami i przedmiotami pracy średniej wartości, np. pielęgniarka oddziałowa, asystent, mgr analityki i farmacji, technicy, laboranci.	10	8–12
4	Duża odpowiedzialność. Ciągła możliwość uszkodzenia urządzeń o bardzo dużej wartości, co grozi przestojem gniazd stanowisk pracy. Duże prawdopodobieństwo szkód przy przedmiotach pracy o dużej wartości. Pośrednia odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad środkami i przedmiotami pracy o dużej wartości. Odpowiedzialność za finanse na średnim szczeblu zarządzania, np. pielęgniarka oddziałowa bloku operacyjnego i IOM, ordynator, kierownik laboratorium, kierownicy wybranych poradni.	15	13–17
5	Ciągła możliwość uszkodzenia urządzeń o bardzo dużej wartości, co grozi przestojem oddziału lub całego szpitala. Bardzo duża możliwość szkód przy przedmiotach pracy o bardzo wysokiej wartości. Pośrednia odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad środkami i przedmiotami pracy o bardzo dużej wartości. Odpowiedzialność za prowadzenie polityki finansowej szpitala, np. dyrektor, zastępca dyrektora, gł. księgowy.	25	20–25

#### B4. Klucz analityczny – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA BEZPIECZEŃSTWO INNYCH OSÓB

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Brak odpowiedzialności. Przy przestrzeganiu przepisów bhp. Postępowaniu zgodnie z doświadczeniem zawodowym i przy normalnej uwadze nie występuje zagrożenie dla innych osób.	1	–

2	Średnia odpowiedzialność. Pomimo przestrzegania przepisów bhp i doświadczenia zawodowego istnieje pewne ryzyko spowodowania wypadku zagrażającemu innym osobom, np. robotnik, technik farmacji, salowa.	5	3–7
3	Zwiększona odpowiedzialność. Prace na stanowiskach gdzie pomimo przestrzegania przepisów bhp i uwagi pracownika istnieje zwiększone ryzyko wypadkowe, zagrażające zdrowiu lub życiu innych osób. Odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad grupą osób na stanowiskach o małym lub średnim zagrożeniu wypadkowym, np. technicy, laboranci, mgr farmacji, biały personel medyczny oddziałów podstawowych.	10	8–12
4	Duża odpowiedzialność. Prace w warunkach, które mimo zachowania wszelkich zasad bezpieczeństwa, mogą powodować zagrożenie dla zdrowia i życia innych osób. Praca z dziećmi i młodzieżą lub innymi osobami wymagającymi opieki. Odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad grupą osób na stanowiskach o zwiększonym zagrożeniu wypadkami, np. biały personel medyczny oddziałów zabiegowych.	15	13–17
5	Bardzo duża odpowiedzialność. Bardzo duże ryzyko dla zdrowia i życia innych osób, wynikające z ukrytych lub trudnych do przewidzenia zagrożeń. Odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad osobami pracującymi w warunkach bardzo dużego i ciągłego zagrożenia ciężkimi wypadkami lub śmiercią, np. personel IOM, kardiologii.	25	20–25

#### B5. Klucz analityczny – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA KIEROWANIE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Praca podporządkowana	0	–
2	Kierowanie małym zespołem pracowników (do 6 osób) wykonujących prace proste. Kierowanie zlecone na czas wykonywania danej pracy, np. w trakcie wykonywania zadań poza stałym miejscem pracy.	10	5–12
3	Bezpośrednie kierowanie zespołem pracowników (7–20 osób) wykonujących prace proste lub mniejszym zespołem, wykonującym prace średnio złożone (5–10 osób).	15	12–17
4	Bezpośrednie kierowanie zespołem pracowników (20–30 osób) wykonującym prace proste, mniejszym zespołem wykonującym prace średnio złożone (10–15 osób) lub kilkusobowym zespołem wykonującym prace bardzo złożone.	20	18–23

5	Bezpośrednie kierowanie dużym zespołem pracowników (pow. 30 osób) wykonującym prace proste, mniejszym zespołem mniejszym (pow. 15 osób) wykonującym prace złożone lub kilkunastu osobowym zespołem wykonującym, prace bardzo złożone. Pośrednie kierowanie (nadzór) kilkoma małymi zespołami pracowników wykonującymi prace proste lub średnio złożone.	30	26–34
6	Bezpośrednie kierowanie pracownikami wykonującymi prace bardzo złożone. Kierowanie na wysokim szczeblu organizacyjnym (oddziały, działy, wydzielone zakłady) szpitala, nadzór nad kierownikami niższych szczebli.	40	36–42
7	Kierowanie na bardzo wysokim szczeblu organizacyjnym, odpowiedzialność za pracę pionów lub służb w szpitalu. Nadzór nad pracownikami w randze kierowników działów, oddziałów, wydziałów.	50	45–50

### C. Klucz syntetyczny – współpraca

#### C1. Klucz analityczny – WSPÓŁDZIAŁANIE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace niewymagające współdziałania – wykonywane samodzielnie	0	–
2	Prace zespołowe wymagające skoordynowania ruchów roboczych, dostosowania tempa własnej pracy do tempa pracy współpracowników. Indywidualne prace polegające na obsłudze innych osób – interesantów, klientów, np. rejestratorki, referenci, pielęgniarka.	5	3–7
3	Prace indywidualne wymagające częstego uzgadniania działań z pracownikami innych komórek lub zbierania informacji. Prace zespołowe wymagające współdziałania przy wykonywaniu zmiennych zadań lub w zmiennym składzie zespołu. Koordynacja pracy zespołów wykonujących średnio złożone i powtarzalne czynności, np. st. asystent, asystent, pielęgniarka oddziałowa, technik medyczny, mgr farmacji, księgowa, st. referent.	10	8–12
4	Prace indywidualne wymagające umiejętności przekonywania i dyskusji oraz oddziaływania na postawy innych. Prace związane z obsługą obcokrajowców. Koordynacja pracy zespołów wykonujących różnorodne i bardzo złożone zadania. Prace wymagające doboru pracowników do zespołu, organizowania pracy i motywowania innych osób, np. ordynator, kierownik dużego oddziału, naczelnia pielęgniarka, kierownik apteki	15	13–17

5	Prace związane z prowadzeniem odpowiednich negocjacji (np. z NFZ, dotyczących umów zbiorowych, rozstrzyganie konfliktów społecznych). Koordynacja prac prowadzonych przez szereg specjalistycznych komórek organizacyjnych związanych z opracowaniem wspólnych planów, ocen itp., np. zastępca dyrektora, gł. księgowy.	20	18–20
6	Rozstrzyganie konfliktów społecznych. Koordynacja prac prowadzonych przez szereg specjalistycznych komórek organizacyjnych, związanych z opracowaniem wspólnych projektów, planów, programów, ocen itp., np. dyrektor.	25	22–25

## C2. Klucz analityczny – MOTYWOWANIE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Formalny brak potrzeb motywowania.	0	–
2	Motywowanie na warunkach wzajemnej życzliwości i akceptacji. Nastawienie na współpracę i pracę zespołową. Motywowanie występuje nie tylko ze strony kierownika ale jest na danym stanowisku niezbędną cechą wzajemnych stosunków.	5	3–6
3	Motywowanie przebiega na niższym lub średnim szczeblu zarządzania i polega na umiejętnym przekazywaniu poleceń i koordynacji celów pracownika z celami szpitala. Wymaga stosowania bodźców materialnych oraz innych metod oddziaływania w warunkach bezkonfliktowych.	10	7–12
4	Złożony proces wykonywania pracy, przykre doświadczenia i nawał zadań utrudniają skuteczne motywowanie. Wymaga poznania celów i oczekiwań pracowników oraz doboru środków motywujących o długofalowym oddziaływaniu. Motywowanie odbywa się na średnim lub wyższym szczeblu zarządzania.	15	13–17
5	Motywowanie przebiega w warunkach potencjalnie konfliktowych, w trudnym środowisku zawodowym. Prowadzone jest na wysokim szczeblu zarządzania i polega na konieczności zaangażowania pracowników w wykonywanie zadań dużej wagi.	20	18–20

### C3. Klucz analityczny – KONTAKTY ZEWNĘTRZNE

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace niewymagające kontaktów zewnętrznych lub wymagające sporadycznych kontaktów.	0	–
2	Odpowiedzialność z tytułu dość częstych, rutynowych kontaktów zewnętrznych w zakresie jednorodnych zagadnień, np. rejestratorka.	5	3–7
3	Odpowiedzialność z tytułu dość częstych kontaktów dotyczących jednorodnych, ale złożonych zagadnień, mających istotny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie określonej dziedziny działalności szpitala, w tym kontakty z pacjentem i jego rodziną, np. biały personel medyczny	10	8–12
4	Odpowiedzialność z tytułu stałych kontaktów i współpracy z krajowymi i zagranicznymi podmiotami gospodarczymi lub instytucjami decydującymi o kluczowych zagadnieniach funkcjonowania szpitala, np. NFZ w warunkach gospodarki rynkowej. Odpowiedzialność z tytułu reprezentowania interesów szpitala w określonej dziedzinie działalności w kontaktach krajowych i zagranicznych, np. kierownik apteki, kierownik działu zamówień publicznych, kierownik działu logistyki, wybrani pracownicy działu marketingu.	15	13–17
5	Odpowiedzialność z tytułu reprezentowania interesów szpitala z krajowymi i zagranicznymi podmiotami, np. dyrektor szpitala, zastępcy dyrektora, gł. księgowy.	20	18–20

### D. Klucz syntetyczny – uciążliwość pracy

#### D1. Klucz analityczny – WYSIŁEK FIZYCZNY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace bardzo lekkie, wymagające małego lub normalnego wysiłku fizycznego – wykonywane przeważnie w pozycji siedzącej lub stojącej bez obciążenia mięśni (operowanie przedmiotami o ciężarze do 1 kg).	0	–
2	Prace lekkie wymagające zwiększonego wysiłku fizycznego na skutek stałego operowania przedmiotami o ciężarze do 5 kg lub okresowego operowania przedmiotami o ciężarze od 5–10 kg. Praca w okresowo niewygodnej pozycji bez obciążenia mięśni, np. referent, technik i pomocnik apteki, mgr farmacji.	5	3–7

3	Prace średnio ciężkie, wymagające stałego operowania przedmiotami o ciężarze 5–10 kg lub okresowego o ciężarze 10–15 kg. Prace w okresowo niewygodnej pozycji z niewielkim obciążeniem mięśni, np. laboranci, technicy RTG.	10	8–12
4	Prace średnio ciężkie, wymagające stałego operowania przedmiotami o ciężarze 10–15 kg lub okresowego operowania przedmiotami o ciężarze 15–20 kg. Prace wykonywane w niewygodnej pozycji ze znacznym stopniem obciążenia mięśni, np. biały personel oddziałów, salowe, sprzątaczk.	15	13–17
5	Prace średnio ciężkie wymagające stałego operowania przedmiotami o ciężarze od 15–20 kg lub okresowego operowania przedmiotami o ciężarze 20–35 kg. Przenoszenie ciężarów o wadze od 10 do 15 kg na różnych poziomach. Prace wykonywane stale w niewygodnej pozycji ze znacznym stopniem obciążenia kończyn górnych, np. biały personel IOM, bloków operacyjnych, opieki paliatywnej, chirurdzy, anestezjologdy.	20	18–20
6	Prace ciężkie wymagające stałego operowania przedmiotami o ciężarze 20–35 kg lub okresowego operowania przedmiotami o ciężarze 35–50 kg. Przenoszenie ciężarów o wadze od 15 do 20 kg na różnych poziomach. Używanie ciężkich narzędzi o wadze do 5 kg w nisko pochylonej lub klęczącej pozycji, np. pracownik magazynowy, pracownik gospodarczy, pracz.	25	23–27
7	Prace ciężkie wymagające stałego operowania przedmiotami o ciężarze 35–50 kg lub częstego operowania przedmiotami powyżej 50 kg. Przenoszenie ciężarów o wadze od 20 do 35 kg na różnych poziomach. Używanie ciężkich narzędzi o wadze powyżej 5 kg w nisko pochylonej lub klęczącej pozycji.	30	28–30

## D2. Klucz analityczny – WYSIŁEK PSYCHONERWOWY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace wymagające normalnego obciążenia receptorów zmysłowych, bez wyczerpanej uwagi.	1	–
2	Prace wymagające zwiększonego obciążenia receptorów zmysłowych i zwiększonej koncentracji uwagi przez część dnia pracy.	5	3–7
3	Prace wymagające znacznego obciążenia receptorów zmysłowych i dużej koncentracji uwagi przez większość dnia pracy. Prace wywołujące stres, np. biały personel medyczny pozostałych oddziałów szpitala.	10	8–12



4	Prace wymagające dużego obciążenia receptorów zmysłowych i dużej koncentracji uwagi przez cały dzień pracy. Prace wymagające odporności psychicznej i opanowania, szybkiej reakcji na spodziewany bodziec, np. biały personel medyczny kardiologii, elektrofizjologii, chirurgii, transplantacji.	15	13–17
5	Prace wymagające bardzo dużego, ciągłego obciążenia receptorów zmysłowych i nadzwyczajnej koncentracji uwagi. Prace wymagające dużej odporności psychicznej i opanowania, szybkiego reflexu w nagłych sytuacjach, np. biały personel medyczny IOM i bloków operacyjnych.	20	18–22

### D3. Klucz analityczny – WYSIŁEK UMYSŁOWY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Prace proste, kontrolowane, wymagające normalnego nasilenia procesów myślowych związanych z przetwarzaniem prostych informacji, bez obciążenia pamięci, np. salowa, sprzątaczką, robotnik gospodarczy.	1	–
2	Prace przeciętnie złożone, częściowo kontrolowane, wymagające zwiększonego nasilenia procesów myślowych związanych z przetwarzaniem złożonych informacji z niewielkim obciążeniem pamięci, np. technicy, pielęgniarki.	5	3–7
3	Prace złożone o dużym stopniu samodzielności, wymagające okresowo dużego nasilenia procesów myślowych związanych z przetwarzaniem złożonych lub różnorodnych informacji, przy jednoczesnym znacznym obciążeniu pamięci, np. lekarz oddziału, magister farmacji i analityki.	10	8–12
4	Prace złożone w pełni samodzielne, wymagające stale dużego nasilenia procesów myślowych związanych z przetwarzaniem skomplikowanych i różnorodnych informacji, przy jednoczesnym dużym obciążeniu pamięci, np. samodzielny księgowy, lekarz operator, ordynator, lekarz poradni, naczelną pielęgniarką, kierownik laboratorium.	15	13–17
5	Prace o bardzo dużym stopniu złożoności i odpowiedzialności, wymagające bardzo dużego nasilenia procesów myślowych związanych z przetwarzaniem bardzo skomplikowanych i różnorodnych informacji, przy jednoczesnym dużym obciążeniu pamięci. Prace analityczne związane z projektowaniem i testowaniem nowych rozwiązań medycznych, technicznych, organizacyjnych itp., np. dyrektor szpitala, zastępca dyrektora, naczelną lekarz.	20	18–22

#### D4. Klucz analityczny – MONOTONIA MONOTYPIA

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Praca urozmaicona brak monotonii.	0	–
2	Prace przy wykonywaniu, których występuje okresowa monotonia spowodowana niezmiennością procesów i warunków pracy, np. robotnicy pralni, pracownicy laboratorium, sterylizacji, statystycy, referenci.	5	3–7
3	Prace przy wykonywaniu, których występuje stała monotonia, spowodowana stałą niezmiennością procesów i warunków pracy. Prace, przy których wykonywaniu, występuje, np. ponad 500 powtórzeń jednakowych ruchów w ciągu zmiany roboczej (dnia pracy).	10	8–10

#### D5. Klucz analityczny – WARUNKI PRACY

Stopień złożoności	Wymagania pracy	Liczba punktów	Granica odchyień
1	Praca wykonywana w warunkach normalnych.	0	–
2	Zagrożenie jednym czynnikiem niebezpiecznym w czasie nieprzekraczającym 25% czasu pracy lub oddziaływanie jednego czynnika uciążliwości.	5	3–7
3	Duże zagrożenie jednym czynnikiem w czasie nieprzekraczającym 25% czasu pracy. Niewielkie zagrożenie dwoma czynnikami niebezpiecznymi w czasie przekraczającym 75% czasu pracy lub oddziaływanie dwóch czynników uciążliwości.	10	8–12
4	Duże zagrożenie jednym czynnikiem w czasie przekraczającym 75% czasu pracy. Bardzo duże zagrożenie jednym czynnikiem w czasie nieprzekraczającym 25% czasu pracy. Zwiększone zagrożenie dwoma czynnikami w czasie nieprzekraczającym 25% czasu pracy, lub oddziaływanie dwóch czynników uciążliwości przez całą zmianę roboczą lub trzech czynników przez 75% czasu pracy.	15	13–17
5	Bardzo duże zagrożenie dwoma czynnikami w czasie przekraczającym 75% czasu pracy lub równoczesne oddziaływanie trzech lub czterech czynników o różnym stopniu uciążliwości.	20	18–22
6	Zwiększone zagrożenie trzema czynnikami w czasie przekraczającym 75% zmiany roboczej lub oddziaływanie kilku czynników o wysokim stopniu uciążliwości.	25	23–25

**Załącznik 4. Wyniki wartościowania stanowisk pracy w Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o.,  
Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.  
oraz Szpitalu Powiatowym we Wrześni Sp. z o.o.**

Symbol	Stanowisko	Szpital w Brzezinach					Szpital w Rawiczu					Szpital w Jarocinie					Szpital we Wrześni					
		A	B	C	D	Razem	A	B	C	D	Razem	A	B	C	D	Razem	A	B	C	D	Razem	
AD	Prezes zarządu	125	155	65	61	406	125	152	65	59	401											
AD	Dyrektor ds. medycznych	125	149	65	57	396	118	138	53	53	362						125	148	58	58	389	
OCH	Kierownik oddziału	137	123	44	79	383	132	121	48	76	377	132	128	48	82	390	132	121	49	73	375	
OUO	Kierownik oddziału	137	121	44	79	381											132	121	49	73	375	
SOR	Kierownik oddziału	137	119	44	79	379	132	124	50	78	384	132	126	50	77	385	130	119	49	73	371	
OIN	Kierownik oddziału	137	119	44	79	379	132	128	50	80	390	132	128	48	82	390						
OGP	Kierownik oddziału	137	119	44	79	379	132	120	48	74	374	132	121	48	80	381	130	115	49	66	360	
AD	Wiceprezes	122	131	63	57	373	118	113	48	48	327	103	113	48	51	315	130	115	49	66	360	
OPD	Kierownik oddziału	134	116	41	70	361	129	114	45	66	354	132	118	46	66	362	127	113	49	62	351	
OCW	Kierownik oddziału	128	120	39	69	356	129	117	48	66	360	129	123	48	63	363	122	114	49	62	347	
AD	Naczelną pielęgniarką	124	115	49	57	333	118	141	56	55	370	99	117	55	53	324	109	114	52	57	332	
OCH	Starszy asystent	124	95	32	70	321	120	80	34	72	306	123	87	35	76	321	120	82	34	63	299	
OUO	Starszy asystent	124	91	32	70	317																
SOR	Starszy asystent	124	95	32	64	315	121	85	35	70	311	123	87	35	69	314	120	82	34	60	296	
OIN	Starszy asystent	124	95	32	64	315	121	86	35	76	318	123	87	35	77	322						
OPD	Starszy asystent	117	86	32	61	296	119	78	34	62	293						120	80	35	57	292	
OGP	Starszy asystent	117	84	32	61	294	120	82	35	70	307	117	80	30	71	298	117	78	34	58	287	
PDO	Kierownik pracowni	110	90	42	46	288						118	100	47	57	322	107	92	44	53	296	
OCH	Asystent	112	88	27	60	287					264	109	73	30	70	282	102	69	29	59	259	
OCW	Starszy asystent	114	86	30	56	286	119	78	34	62	393	117	78	29	55	279	112	77	34	50	273	
OCH	Pielęgniarka oddziałowa	102	88	32	64	286	93	84	36	57	270	93	84	36	61	274	88	87	37	56	268	
OIN	Asystent	112	88	27	58	285	113	84	32	74	303											
OUO	Asystent	107	86	27	65	285																
A	Kierownik apteki	106	80	46	49	281						122	102	48	56	328	107	89	45	45	286	
OIN	Pielęgniarka oddziałowa	102	88	27	63	280	95	81	35	63	274	93	82	35	63	273						
OUO	Pielęgniarka oddziałowa	102	86	27	64	279											93	80	36	56	265	
SOR	Asystent	104	83	27	59	273	107	76	29	66	278	112	80	30	65	287	102	69	29	60	260	
OPD	Asystent	107	80	28	58	273	107	70	29	58	264						98	66	31	55	250	

<b>SOR</b>	Pielęgniarka oddziałowa	<b>102</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>61</b>	<b>271</b>	<b>93</b>	<b>81</b>	<b>35</b>	<b>57</b>	<b>266</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>38</b>	<b>61</b>	<b>283</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>269</b>		
<b>OPD</b>	Pielęgniarka oddziałowa	<b>102</b>	<b>85</b>	<b>28</b>	<b>56</b>	<b>271</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>56</b>	<b>264</b>	<b>93</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>60</b>	<b>267</b>	<b>91</b>	<b>85</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>269</b>		
<b>OGP</b>	Asystent	<b>107</b>	<b>77</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>265</b>	<b>107</b>	<b>68</b>	<b>27</b>	<b>66</b>	<b>268</b>						<b>98</b>	<b>66</b>	<b>31</b>	<b>55</b>	<b>250</b>		
<b>OGP</b>	Położna oddziałowa	<b>104</b>	<b>78</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>263</b>	<b>93</b>	<b>82</b>	<b>36</b>	<b>56</b>	<b>267</b>	<b>93</b>	<b>81</b>	<b>36</b>	<b>63</b>	<b>273</b>	<b>93</b>	<b>87</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>273</b>		
<b>OCW</b>	Asystent	<b>105</b>	<b>77</b>	<b>26</b>	<b>51</b>	<b>259</b>					<b>264</b>	<b>107</b>	<b>70</b>	<b>25</b>	<b>51</b>	<b>253</b>							
<b>PDO</b>	Starszy asystent	<b>103</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>257</b>						<b>110</b>	<b>62</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>248</b>							
<b>OCW</b>	Pielęgniarka oddziałowa	<b>102</b>	<b>77</b>	<b>27</b>	<b>51</b>	<b>257</b>	<b>93</b>	<b>84</b>	<b>36</b>	<b>57</b>	<b>270</b>	<b>92</b>	<b>83</b>	<b>36</b>	<b>59</b>	<b>270</b>	<b>90</b>	<b>87</b>	<b>37</b>	<b>55</b>	<b>269</b>		
<b>OPD</b>	Pielęgniarka koordynująca	<b>96</b>	<b>76</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>252</b>											<b>85</b>	<b>68</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>235</b>		
<b>OCH</b>	Pielęgniarka koordynująca	<b>86</b>	<b>80</b>	<b>27</b>	<b>59</b>	<b>252</b>						<b>90</b>	<b>60</b>	<b>26</b>	<b>58</b>	<b>232</b>							
<b>OUO</b>	Pielęgniarka koordynująca	<b>86</b>	<b>80</b>	<b>27</b>	<b>59</b>	<b>252</b>																	
<b>SOR</b>	Dyspozytor	<b>82</b>	<b>94</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>247</b>	<b>75</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	<b>191</b>	<b>74</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>44</b>	<b>199</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>171</b>		
<b>SOR</b>	Ratownik med. (mgr)	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>68</b>	<b>244</b>	<b>81</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>222</b>	<b>112</b>	<b>80</b>	<b>30</b>	<b>65</b>	<b>287</b>	<b>83</b>	<b>52</b>	<b>27</b>	<b>56</b>	<b>218</b>		
<b>AD</b>	Informatyk	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>240</b>											<b>92</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>183</b>		
<b>SOR</b>	Ratownik med. – kierowca	<b>82</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>68</b>	<b>239</b>	<b>66</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>207</b>	<b>70</b>	<b>49</b>	<b>24</b>	<b>70</b>	<b>213</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>27</b>	<b>56</b>	<b>213</b>		
<b>AD</b>	Pielęgniarka epidemiologiczna	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>238</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>38</b>	<b>45</b>	<b>226</b>	<b>82</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>209</b>	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>242</b>		
<b>OPD</b>	Młodszy asystent	<b>97</b>	<b>72</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>237</b>	<b>90</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>228</b>	<b>89</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>216</b>	<b>90</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>220</b>		
<b>OCH</b>	Pielęgniarka instrumentariuszka	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>57</b>	<b>236</b>	<b>94</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>61</b>	<b>222</b>	<b>89</b>	<b>51</b>	<b>24</b>	<b>52</b>	<b>216</b>	<b>90</b>	<b>49</b>	<b>24</b>	<b>59</b>	<b>222</b>		
<b>OCH</b>	Pielęgniarka anestezjologii	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>57</b>	<b>236</b>	<b>88</b>	<b>48</b>	<b>23</b>	<b>67</b>	<b>228</b>	<b>85</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>215</b>	<b>84</b>	<b>52</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>216</b>		
<b>OCH</b>	Młodszy asystent	<b>93</b>	<b>71</b>	<b>21</b>	<b>51</b>	<b>236</b>						<b>90</b>	<b>63</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>240</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>225</b>		
<b>OUO</b>	Młodszy asystent	<b>93</b>	<b>71</b>	<b>21</b>	<b>51</b>	<b>236</b>																	
<b>AD</b>	Samodzielny specjalista	<b>92</b>	<b>66</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>236</b>	<b>89</b>	<b>48</b>	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>205</b>						<b>82</b>	<b>78</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>244</b>		
<b>AD</b>	Inspektor BHP	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>234</b>	<b>75</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>217</b>	<b>90</b>	<b>64</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>234</b>	<b>87</b>	<b>61</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>228</b>		
<b>OGP</b>	Młodszy asystent	<b>97</b>	<b>70</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>234</b>	<b>90</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>228</b>	<b>90</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>232</b>	<b>90</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>220</b>		
<b>SOR</b>	Ratownik medyczny (lic.)	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>68</b>	<b>234</b>	<b>66</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>207</b>	<b>79</b>	<b>47</b>	<b>24</b>	<b>69</b>	<b>219</b>	<b>78</b>	<b>52</b>	<b>27</b>	<b>56</b>	<b>213</b>		
<b>OIN</b>	Młodszy asystent	<b>93</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>233</b>	<b>90</b>	<b>65</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>235</b>												
<b>SOR</b>	Młodszy asystent	<b>93</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>233</b>	<b>90</b>	<b>65</b>	<b>25</b>	<b>60</b>	<b>240</b>	<b>93</b>	<b>78</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>258</b>	<b>97</b>	<b>69</b>	<b>32</b>	<b>58</b>	<b>256</b>		
<b>OUO</b>	Fizjoterapeuta	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>232</b>						<b>94</b>	<b>62</b>	<b>25</b>	<b>58</b>	<b>239</b>	<b>88</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>225</b>		
<b>OCW</b>	Młodszy asystent	<b>95</b>	<b>70</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>231</b>	<b>91</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>229</b>	<b>89</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>216</b>	<b>87</b>	<b>51</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>211</b>		
<b>OGP</b>	Starsza położna	<b>86</b>	<b>73</b>	<b>23</b>	<b>46</b>	<b>228</b>	<b>89</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>56</b>	<b>220</b>	<b>85</b>	<b>46</b>	<b>25</b>	<b>59</b>	<b>215</b>	<b>82</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>211</b>		
<b>OCH</b>	Pielęgniarka odcinkowa	<b>84</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>58</b>	<b>227</b>						<b>73</b>	<b>44</b>	<b>18</b>	<b>62</b>	<b>197</b>	<b>79</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>49</b>	<b>196</b>		
<b>AD</b>	Dietetyk	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>227</b>	<b>80</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>174</b>												
<b>OIN</b>	Starsza pielęgniarka	<b>82</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>227</b>	<b>88</b>	<b>56</b>	<b>26</b>	<b>66</b>	<b>236</b>	<b>87</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>225</b>							
<b>AD</b>	Inspektor ds. zdarzeń kryzysowych	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>227</b>																	
<b>SOR</b>	Starsza pielęgniarka	<b>82</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>227</b>	<b>86</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>227</b>	<b>85</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>63</b>	<b>218</b>	<b>80</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>209</b>		
<b>A</b>	Farmaceuta (mgr)	<b>90</b>	<b>65</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>227</b>						<b>98</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>43</b>	<b>229</b>							

<b>OPD</b>	Pielęgniarka odcinkowa	<b>87</b>	<b>68</b>	<b>22</b>	<b>48</b>	<b>225</b>						<b>72</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>49</b>	<b>179</b>						
<b>OOU</b>	Pielęgniarka odcinkowa	<b>84</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>225</b>											<b>73</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>183</b>	
<b>OGP</b>	Położna (mgr)	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>225</b>						<b>82</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>209</b>	<b>78</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>189</b>	
<b>OCH</b>	Starsza pielęgniarka	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>22</b>	<b>58</b>	<b>224</b>	<b>87</b>	<b>59</b>	<b>26</b>	<b>58</b>	<b>230</b>	<b>85</b>	<b>49</b>	<b>23</b>	<b>62</b>	<b>219</b>	<b>80</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>53</b>	<b>206</b>	
<b>PDO</b>	Asystent	<b>94</b>	<b>66</b>	<b>27</b>	<b>36</b>	<b>223</b>						<b>105</b>	<b>73</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>256</b>	<b>92</b>	<b>63</b>	<b>29</b>	<b>48</b>	<b>232</b>	
<b>OPD</b>	Starsza pielęgniarka	<b>86</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	<b>48</b>	<b>223</b>	<b>86</b>	<b>54</b>	<b>25</b>	<b>56</b>	<b>221</b>	<b>85</b>	<b>46</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>205</b>	<b>80</b>	<b>49</b>	<b>24</b>	<b>52</b>	<b>205</b>	
<b>OOU</b>	Starsza pielęgniarka	<b>82</b>	<b>62</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>222</b>											<b>79</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>200</b>	
<b>OCW</b>	Pielęgniarka odcinkowa	<b>82</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>212</b>																
<b>OGP</b>	Położna	<b>78</b>	<b>67</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>212</b>	<b>88</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>56</b>	<b>210</b>	<b>72</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>57</b>	<b>194</b>	<b>72</b>	<b>43</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>189</b>	
<b>OCW</b>	Starsza pielęgniarka	<b>82</b>	<b>61</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>210</b>	<b>88</b>	<b>57</b>	<b>26</b>	<b>57</b>	<b>228</b>	<b>84</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>58</b>	<b>210</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>208</b>	
<b>PDO</b>	Młodszy asystent	<b>85</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	<b>209</b>						<b>87</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>46</b>	<b>208</b>	<b>87</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>46</b>	<b>208</b>	
<b>OOU</b>	Technik masażu	<b>68</b>	<b>51</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>202</b>	<b>79</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>201</b>	<b>80</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>201</b>	<b>66</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>173</b>	
<b>OOU</b>	Technik fizjoterapii	<b>64</b>	<b>54</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>200</b>	<b>79</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>205</b>	<b>80</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>202</b>	<b>64</b>	<b>44</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>173</b>	
<b>OCH</b>	Pielęgniarka	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>57</b>	<b>195</b>	<b>87</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>54</b>	<b>203</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>45</b>	<b>159</b>	<b>69</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>188</b>	
<b>OOU</b>	Pielęgniarka	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>57</b>	<b>195</b>											<b>68</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>178</b>	
<b>AD</b>	Starszy księgowy	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>193</b>	<b>73</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>183</b>	<b>74</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>170</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>174</b>	
<b>OIN</b>	Pielęgniarka	<b>70</b>	<b>52</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>192</b>	<b>72</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>202</b>	<b>74</b>	<b>46</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>202</b>						
<b>SOR</b>	Pielęgniarka	<b>70</b>	<b>52</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>192</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>67</b>	<b>212</b>	<b>72</b>	<b>45</b>	<b>21</b>	<b>63</b>	<b>201</b>	<b>87</b>	<b>46</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	<b>208</b>	
<b>PDO</b>	Technik analityki medycznej	<b>74</b>	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>36</b>	<b>188</b>						<b>81</b>	<b>41</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>191</b>	<b>78</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>188</b>	
<b>OPD</b>	Pielęgniarka	<b>73</b>	<b>50</b>	<b>17</b>	<b>44</b>	<b>184</b>	<b>70</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>181</b>	<b>72</b>	<b>43</b>	<b>19</b>	<b>48</b>	<b>182</b>	<b>68</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>178</b>	
<b>AD</b>	Technik budowlany	<b>74</b>	<b>42</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>183</b>	<b>72</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>163</b>						<b>70</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>123</b>	
<b>OCW</b>	Pielęgniarka	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>44</b>	<b>182</b>	<b>72</b>	<b>45</b>	<b>16</b>	<b>54</b>	<b>187</b>	<b>71</b>	<b>41</b>	<b>18</b>	<b>55</b>	<b>185</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>193</b>	
<b>AD</b>	Inspektor	<b>72</b>	<b>42</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>181</b>	<b>72</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>163</b>						<b>73</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>36</b>	<b>171</b>	
<b>AD</b>	Specjalista	<b>72</b>	<b>42</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>181</b>	<b>82</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>171</b>	<b>69</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>168</b>	<b>80</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>198</b>	
<b>PDO</b>	Technik elektroradiologii	<b>74</b>	<b>51</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>181</b>						<b>50</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>45</b>	<b>154</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>164</b>	
<b>O</b>	Starszy magazynier	<b>67</b>	<b>56</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>181</b>	<b>72</b>	<b>39</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>171</b>						<b>75</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>160</b>	
<b>A</b>	Technik farmaceuta	<b>69</b>	<b>48</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>176</b>						<b>72</b>	<b>38</b>	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>167</b>	<b>69</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>163</b>	
<b>AD</b>	Statystyk medyczny	<b>75</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>160</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>160</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>134</b>	<b>72</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>149</b>	
<b>O</b>	Magazynier	<b>62</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>156</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>38</b>	<b>144</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>155</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>89</b>	
<b>AD</b>	Starszy referent	<b>65</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>150</b>	<b>88</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>159</b>	<b>69</b>	<b>34</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>163</b>	<b>72</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>169</b>	
<b>AD</b>	Sekretarka	<b>65</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>149</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>149</b>	<b>68</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>134</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>133</b>	
<b>O</b>	Mechanik	<b>58</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>147</b>						<b>65</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>38</b>	<b>167</b>	<b>70</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>123</b>	
<b>SOR</b>	Rejestratorka	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>117</b>	<b>52</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>33</b>	<b>117</b>	<b>52</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>117</b>	<b>58</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>148</b>	
<b>OCH</b>	Rejestratorka	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>117</b>	<b>68</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>142</b>						<b>58</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>148</b>	
<b>OOU</b>	Rejestratorka	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>117</b>											<b>58</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>148</b>	

<b>OCW</b>	Rejestratorka	51	27	15	24	117	68	24	15	36	142	52	20	14	31	117	58	28	27	35	148
<b>OGP</b>	Rejestratorka	51	27	15	24	117	68	24	15	36	142	52	20	14	31	117	58	28	27	35	148
<b>OPD</b>	Rejestratorka	51	27	15	24	117	52	19	12	33	117	52	20	14	31	117	58	28	27	35	148
<b>OIN</b>	Rejestratorka	51	27	15	24	117	52	19	12	33	117										
<b>PDO</b>	Rejestratorka	51	27	15	24	117															
<b>AD</b>	Referent	48	25	15	28	116	52	19	12	33	117	54	34	22	37	147	53	25	25	30	133
<b>O</b>	Sterylicator	46	30	16	22	114	52	25	5	43	125	52	25	5	41	123					
<b>O</b>	Kierowca	22	27	12	51	112						36	28	11	41	116	26	31	11	38	106
<b>O</b>	Pracownik gospodarczy	22	21	16	51	110	32	13	7	43	95	26	13	6	40	85	23	18	10	40	91
<b>OCH</b>	Salowa	28	19	14	48	109						26	13	6	40	85					
<b>OUO</b>	Salowa	28	19	14	48	109															
<b>OCW</b>	Salowa	28	19	14	48	109						26	13	6	36	81					
<b>OGP</b>	Salowa	28	19	14	48	109						26	13	6	40	85					
<b>OPD</b>	Salowa	28	19	14	48	109						26	13	6	40	85					
<b>OIN</b>	Salowa	28	19	14	48	109															
<b>SOR</b>	Salowa	28	19	14	48	109						26	13	6	36	81					
<b>O</b>	Portier	23	19	16	51	109	26	13	5	34	78	17	16	11	32	76					
<b>O</b>	Szatniarz	23	19	16	51	109	26	13	5	34	78										
<b>OCH</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>OUO</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106															
<b>OCW</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>OGP</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>OPD</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>OIN</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>SOR</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					
<b>O</b>	Sprzątaczką	22	21	12	51	106						17	12	3	39	71					