



## **Bernadeta Piszczygłowa**

Uwarunkowania i konsekwencje wykorzystania  
form zatrudnienia oraz organizacji pracy  
w kontekście deficytu kadr medycznych

Conditions and consequences of using  
employment forms and the organization of work  
in the context of the medical personnel deficit

**Praca doktorska**

Promotor: dr hab. Beata Skowron-Mielnik, prof. UEP

Pracę przyjęto dnia: .....

Podpis Promotora

Poznań 2022

## Spis treści

<b>Wykaz zastosowanych skrótów .....</b>	<b>4</b>
<b>Wstęp .....</b>	<b>5</b>
<b>Rozdział I. Istota i ewolucja form zatrudnienia i organizacji pracy .....</b>	<b>15</b>
1. Formy zatrudnienia - definicja i kategoryzacja .....	15
2. Organizacja pracy - istota i rodzaje rozwiązań .....	29
3. Uelastycznienie form zatrudnienia i organizacji pracy jako efekt wpływu uwarunkowań społeczno-ekonomicznych .....	38
<b>Rozdział II. Uwarunkowania stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy .....</b>	<b>53</b>
1. Uwarunkowania formalno-prawne .....	53
2. Uwarunkowania społeczno-kulturowe .....	69
3. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne .....	78
<b>Rozdział III. Podmioty lecznicze i ich zasoby ludzkie .....</b>	<b>87</b>
1. Podstawy prawne funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce .....	87
2. Podmioty lecznicze w Polsce - rodzaje i charakterystyka ich sytuacji .....	96
3. Rodzaje grup zawodowych w podmiotach leczniczych .....	104
3.1. Grupa zawodowa lekarzy .....	105
3.2. Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych .....	110
3.3. Pozostałe grupy zawodowe medyczne .....	115
3.4. Pracownicy administracji i obsługi .....	119
<b>Rozdział IV. Analiza dostępności i deficytu kadr medycznych .....</b>	<b>122</b>
1. Podaż kadr medycznych na polskim rynku pracy .....	122
2. Popyt ilościowy i jakościowy na kadry medyczne oraz problemy w ich pozyskaniu i utrzymaniu .....	140
3. Przyczyny deficytu kadr medycznych i zagrożenia z nim związane .....	147
<b>Rozdział V. Formy zatrudnienia i organizacji pracy oraz możliwości ich wykorzystania w sytuacji deficytu kadr medycznych .....</b>	<b>166</b>
1. Metodyka badań empirycznych .....	166
2. Formy zatrudnienia i organizacji pracy stosowane w podmiotach leczniczych. ....	175
3. Analiza czynników wpływających na wybór form zatrudnienia i organizacji pracy przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne w świetle badań ankietowych .....	183
4. Formy zatrudnienia i organizacji pracy w optyce wywiadu pogłębionego .....	220
4.1. Ogólna charakterystyka respondentów .....	221
4.2. Warunki zatrudnienia respondentów .....	226
4.3. Funkcjonowanie struktury organizacyjnej szpitali i organizacja pracy .....	233
4.4. Specyfika i uwarunkowania zatrudniania w podmiotach leczniczych .....	240
4.5. Deficyty kadrowe.....	242

5. Wnioski i rekomendacje - formy zatrudnienia i organizacji pracy a deficyt kadr medycznych .....	253
<b>Zakończenie.....</b>	<b>262</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>271</b>
<b>Netografia .....</b>	<b>281</b>
<b>Wykaz aktów prawnych .....</b>	<b>284</b>
<b>Wykaz tabel .....</b>	<b>287</b>
<b>Wykaz wykresów .....</b>	<b>290</b>
<b>Wykaz rysunków .....</b>	<b>294</b>
<b>Wykaz załączników .....</b>	<b>295</b>

## Wykaz zastosowanych skrótów

CeZ	–	Centrum e-Zdrowia
CMKP	–	Centrum Monitorowania Kształcenia Podyplomowego
CSIOZ	–	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
EOG	–	Europejski Obszar Gospodarczy
GUS	–	Główny Urząd Statystyczny
KE	–	Komisja Europejska
MEN	–	Ministerstwo Edukacji i Nauki
MOP	–	Międzynarodowa Organizacja Pracy
MZ	–	Ministerstwo Zdrowia
NIL	–	Naczelna Izba Lekarska
NIPiP	–	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
NRL	–	Naczelna Rada Lekarska
NRPiP	–	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	–	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OIL	–	Okręgowa Izba Lekarska
OIPiP	–	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
OZZL	–	Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
PIE	–	Polski Instytut Ekonomiczny
POZ	–	Podstawowa Opieka Zdrowotna
sp zoz	–	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
s zoz	–	samodzielny zakład opieki zdrowotnej
UE	–	Unia Europejska
US	–	Urząd Skarbowy
ZK OZZL	–	Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
ZUS	–	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## Wstęp

W ciągu ostatnich 100 lat w funkcjonowaniu szpitali zaszły istotne zmiany. Na początku XX wieku na pomoc w trudnej sytuacji lub chorobie mogli tu liczyć ludzie ubodzy, następnie szpitale stały się najważniejszą instytucją leczącą chorych, zatrudniającą liczny personel, głównie lekarski, a także kształcąca studentów oraz prowadzącą badania naukowe. Obecnie szpital pełni funkcje: diagnostyczną, leczniczą, pielęgnacyjno-opiekuńczą, prewencyjną, rehabilitacyjną, edukacyjną, naukowo-badawczą i integrującą (Piątkowski, 2010, s. 153-154).

Zdaniem E. Baum (2017, s. 30) poprawa jakości życia jednostek i całych społeczności należy do najważniejszych zadań, jakie stoją przed światem. Jest to zadanie bardzo trudne do realizacji, gdyż na zdrowie zarówno jednostek, jak i zbiorowości, a co za tym idzie, na możliwość skutecznego zapobiegania i leczenia nękających ludzi chorób wpływa cały szereg różnorodnych czynników. W obecnym świecie pełnym różnych informacji, w którym niemal każdy ma nieograniczony dostęp do zasobów internetu i każdy może zdecydować, co jest dla niego dobre, problem zdrowia i życia jest szczególnie istotny. W zachodnim kręgu kulturowym nasila się zjawisko medykalizacji oznaczającej zawłaszczenie przez szeroko pojętą medycynę kolejnych obszarów życia ludzkiego (stanów, zachowań, atrybutów) (Baum, 2017, s. 35). Jak podaje M. Nowakowski (2013, s. 23), medykalizacja w najogólniejszym sensie jest procesem stawania się czegoś „niemedycznego”, czymś „medycznym”, chociaż nie wszyscy traktują medykalizację jedynie jako proces rozprzestrzeniania się pojęć i interwencji medycznych na nowe obszary życia. Uzasadnieniem jest fakt, że to, co dla lekarzy stanowi przykład demedykalizacji, dla innych może być oznaką poszerzenia zakresu oddziaływania medycyny, na przykład rosnąca rola promocji zdrowia i prewencji zdrowotnej, których celem jest podniesienie poziomu zdrowia i przez to ograniczenie konieczności podejmowania leczenia (Nowakowski, 2013, s. 25-26).

Ze zdrowiem nierozzerwalnie związane są: ochrona zdrowia, a więc wszystkie działania mające na celu ochronę i umacnianie zdrowia całego społeczeństwa oraz system ochrony zdrowia (Wojtczak, 2015, s. 2). System ochrony zdrowia, będący uporządkowanym zbiorem zasobów tworzących zorganizowaną całość, odpowiednio finansowaną i zarządzaną, mającą na celu zapewnienie opieki medycznej oraz poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, składa się z (Wojtczak, 2015, s. 2):

- opieki zdrowotnej (*health care*) polegającej na rozpoznawaniu i leczeniu, a także zapobieganiu i edukacji zdrowotnej pacjenta i rodziny w środowisku zamieszkania, pracy i nauki,
- zdrowia publicznego (*public health*), czyli zapobieganie przedwczesnym zgonom oraz zachorowaniom i działania prozdrowotne ukierunkowane na populację z aktywnym udziałem ludzi i sektorów społeczno-gospodarczych, samorządów terytorialnych oraz władz państwowych finansowane ze środków publicznych.

System opieki zdrowotnej złożony jest z różnych elementów, a jego zasadniczym celem jest ochrona zdrowia. Koncepcja tzw. trójkąta dzieli uczestników systemu na trzy grupy: świadczeniobiorców – pacjentów, świadczeniodawców – lekarzy i podmioty lecznicze, oraz płatnika – ubezpieczyciela finansującego świadczenia (Kolwicz, 2010, s. 131-132). System opieki zdrowotnej jest więc zależny od nakładów finansowych na niego przeznaczonych. Istotnym jest jednak, że opieka zdrowotna realizowana jest także na kredyt. Podmioty lecznicze zadłużają się, aby zaopatrzyć się w nowoczesny sprzęt. Zmiany zachodzące w przedsiębiorstwach (zdaniem autorki również w podmiotach leczniczych), wynikające z szybkiego postępu technologicznego, informatycznego oraz procesów społecznych sprawiają, że o sukcesach rynkowych decydują wartości niematerialne, które niejednokrotnie odgrywają decydującą rolę przy doborze oraz alokacji aktywów materialnych (Janasz, 2002, s. 79). Tym samym spełnienie społecznych oczekiwań dotyczących dostępności usług medycznych stanowi niekończące się wyzwanie, któremu coraz trudniej sprostać narodowemu systemowi ochrony zdrowia (Wróbel, 2013, s. 6). Podmioty lecznicze oferują usługi coraz lepszych specjalistów w wielu różnych dziedzinach medycyny, więcej technologii diagnostycznych, zabiegowych oraz lekowych. Postęp technologiczny przejawiający się m.in. wprowadzaniem na rynek coraz nowocześniejszego sprzętu medycznego, wymusza na szpitalach inwestowanie w wyposażenie. Jednak samo posiadanie sprzętu medycznego niewiele znaczy, gdy brakuje specjalistycznej kadry medycznej posiadającej wiedzę i kwalifikacje do jego obsługi. Konieczność zabezpieczenia oraz dostarczenia całej populacji możliwie pełnego, niezbędnego zakresu świadczeń medycznych na optymalnym poziomie oraz zorganizowanie opieki zdrowotnej w taki sposób, aby można było zapewnić najlepsze wykorzystanie istniejących zasobów finansowych, osobowych oraz materialnych oznacza także daleko idące konsekwencje z punktu widzenia potrzeb kadrowych. Specjalistyczna kadra medyczna stanowi

największą wartość w podmiotach leczniczych. Zgodnie z tym założeniem funkcjonowanie podmiotów leczniczych opiera się na imperatywie, że z punktu widzenia usług, najważniejszą osobą jest pracownik mający bezpośredni kontakt z klientem pacjentem. Oznacza to, że cały pozostały personel powinien wspomagać pracownika świadczącego bezpośrednią usługę medyczną w celu umożliwienia mu dostarczenia jak największej satysfakcji pacjentom (Lewandowska, 2010, s. 139).

Specjalistyczna kadra medyczna jest bardzo ceniona i poszukiwana. Wiedza i kwalifikacje, którymi dysponuje, odpowiednio wykorzystane, mogą mieć przełożenie na dochód i prestiż podmiotu leczniczego. Wiedza powinna być gromadzona w przedsiębiorstwie, a zwłaszcza wiedza ukryta – trudna do dostrzeżenia i wyrażenia, wysoce indywidualna, mało sformalizowana oraz zakorzeniona w osobowości pracowników i kulturze grupy (Wachowiak, 2005, s. 32). Założenia zarządzania wiedzą są dla menedżerów podstawą do opracowania polityki działania promującej atmosferę przyjazną wiedzy, zaś pierwszym krokiem w tym kierunku jest zaszczepienie wszystkim pracownikom przekonania, że od zasobów wiedzy przedsiębiorstwa zależy jego sukces (Probst, Raub i Romhardt, 2004, s. 57).

Przedsiębiorstwa usługowe są w sposób szczególny predestynowane do tworzenia przewagi konkurencyjnej opartej na reputacji, która wiąże się z wiarygodnością, co implikuje ważną rolę personelu świadczącego usługę (Bukowska-Piastryńska, 2011, s. 161). Z uwagi na ten fakt i z uwagi na pogłębiający się deficyt specjalistycznych kadr medycznych, podmioty lecznicze w wielu przypadkach nie cofną się niemal przed niczym, aby tę kadrę pozyskać. Problem stanowi wycena wiedzy i doświadczenia specjalistów oraz określenie możliwości ich pozyskania. Kierownik podmiotu leczniczego wyceniając pracę lekarzy, a więc grupy zawodowej, która w głównej mierze realizuje kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), musi wziąć pod uwagę nie tylko ich wiedzę specjalistyczną, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, ale również musi kierować się przesłankami ekonomicznymi i prawnymi ich zatrudnienia.

To od posiadanych zasobów kadrowych zależy możliwość wykonania oraz wykonanie zawartych kontraktów. Zatrudniony w podmiotach leczniczych personel, zwłaszcza specjalistyczny personel medyczny, jest zasobem niezwykle cennym. Dzięki wysokim kwalifikacjom oraz obowiązkowi permanentnego podnoszenia kwalifikacji przez pracowników, podmioty lecznicze mają możliwość realizacji, w procesach diagnostyki i

leczenia, nowych wysokospecjalistycznych procedur i zabiegów. Konsekwencje niedoboru w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych mogą mieć różny charakter, ale wszystkie są niezwykle istotne. Wyróżnić można przede wszystkim:

- brak możliwości zabezpieczenia zdrowia i życia pacjentów,
- zaprzestanie realizacji kontraktu z NFZ lub ograniczenie wykonania tego kontraktu, a w konsekwencji rozwiązanie umowy przez NFZ z podmiotem leczniczym,
- zdarzenia niepożądane, jak błędy lekarskie,
- narażenie na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i/lub życia personelu medycznego.

Specjalistyczny personel medyczny funkcjonuje w ramach powszechnie obowiązujących przepisów szczegółowych dotyczących poszczególnych zawodów. Podkreślić tutaj należy, że pojęcie zawodu medycznego nie zostało zdefiniowane w jednym akcie prawnym. W Polsce pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny definiuje ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011), wskazując, iż jest to osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych. Odrębne przepisy szczegółowe określają niezbędne kwalifikacje określonych grup zawodowych. Zakres oraz dziedzina medycyny udzielanych świadczeń są więc uzależnione od posiadanych kwalifikacji. Unormowania w zakresie wymagań kwalifikacyjnych dotyczące wszystkich grup zawodowych, tj. personelu medycznego, administracji, personelu technicznego i obsługi, oraz stanowisk funkcjonujących w podmiotach leczniczych znajdują się także w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011).

Od wielu lat na rynku usług medycznych obserwuje się permanentny spadek liczby specjalistycznych kadr medycznych, zwłaszcza w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych. W związku z tym faktem zauważa się potrzebę stosowania różnego rodzaju rozwiązań, które pozwolą na zapewnienie bezpieczeństwa oraz utrzymanie ciągłości w sprawowaniu opieki nad pacjentami. Dostosowanie rodzaju form zatrudnienia, norm czasu pracy oraz organizacji pracy uwarunkowane jest jednak nie tylko potrzebami wynikającymi z istniejącego deficytu specjalistycznych kadr medycznych, ale także przepisami prawa. Stosowane przez NFZ wymogi dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym przychodni i poradni specjalistycznych, wymuszają na kierownikach tych podmiotów wprowadzanie zmian w warunkach zatrudnienia oraz organizacji pracy specjalistycznych kadr



medycznych. W sytuacji, gdy każda z przychodni i poradni ma określone dni i godziny pracy – zatrudnienie musi zostać dostosowane do tych właśnie warunków. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku funkcjonowania oddziałów szpitalnych (liczba łóżek, liczba pacjentów, sprzęt medyczny), bloku operacyjnego (liczba sal, liczba zabiegów i operacji, sprzęt medyczny), czy zakładów diagnostycznych (sprzęt medyczny, odczynniki).

W obecnej rzeczywistości pogłębiającego się deficytu w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych brakuje rozwiązań systemowych pozwalających na traktowanie podmiotów leczniczych, w tym szpitali, w sposób szczególny i odrębny od innego rodzaju przedsiębiorstw. Podmioty lecznicze mają obowiązek pracy ciągłej (diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, profilaktyka), nie mogą odmówić przyjęcia pacjentów. Z drugiej strony podmioty lecznicze są niewłaściwie finansowane, ponieważ są określone limity świadczeń zdrowotnych, więc nie otrzymują środków finansowych za wszystkie udzielone świadczenia. Jednocześnie brakuje wiedzy w zakresie stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy, których wykorzystanie mogłoby wpłynąć na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Brakuje także rozwiązań systemowych pozwalających kierownikom podmiotów leczniczych na szybsze i prostsze dostosowanie organizacji pracy specjalistycznych kadr medycznych do zmieniających się warunków kontraktu. Istotne znaczenie dla wyboru rodzaju zatrudnienia i organizowania pracy mają także preferencje pracowników, kształtujące się pod wpływem zmian na rynku pracy. Coraz większe upowszechnienie nowych form pracy, w tym skracanie czasu pracy i elastyczne formy pracy, wpływają na decyzje o wyborze miejsca pracy, a nawet zawodu, tym samym pogłębiając lub ograniczając deficyt kadr w różnych grupach zawodowych.

Tak szerokie spektrum czynników wpływających na zatrudnienie specjalistycznych kadr medycznych powoduje, że decyzje w tym zakresie muszą być podejmowane na bieżąco i dostosowywane do zmieniającego się otoczenia. Dokonując analizy literatury przedmiotu nie zauważono wystarczających wskazań, jakie jest znaczenie form zatrudnienia i organizacji pracy dla deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, uznano to za lukę badawczą, której wypełnienie będzie miało wartość poznawczą i aplikacyjną.

W pracy doktorskiej główny problem badawczy sformułowano zatem następująco: *jakie są przyczyny deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych oraz uwarunkowania i konsekwencje wykorzystania różnych form zatrudnienia i organizacji pracy do rozwiązania tego problemu?*

Przy rozwiązywaniu powyższego problemu należy rozważyć następujące zagadnienia, stanowiące szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie formy zatrudnienia i organizowania pracy są obecnie wykorzystywane przez organizacje i dostępne z formalnego punktu dla podmiotów leczniczych?
2. Czy zastosowanie odpowiednich form zatrudnienia, preferowanych przez osoby z deficytowych grup specjalistycznej kadry medycznej wpływa na zwiększenie ich zatrudnienia w podmiotach leczniczych?
3. Czy zastosowanie elastycznej organizacji czasu pracy i zmiana zakresu kompetencji wymaganych od pracowników na określonych stanowiskach zwiększa dostępność kadr medycznych w niektórych grupach zawodowych?
4. Czy rozwijające się elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy odpowiadają potrzebom pracowników i stwarzają więcej szans czy zagrożeń dla zapewnienia potrzebnej kadry medycznej?
5. Jakie są czynniki warunkujące stosowane obecnie i możliwe w przyszłości formy zatrudnienia i organizacji pracy w podmiotach leczniczych w odniesieniu do specjalistycznej kadry medycznej?

Głównym celem rozprawy jest wskazanie możliwości zmniejszenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych poprzez wykorzystanie różnorodnych form zatrudnienia i organizacji pracy. W odniesieniu do powyższego celu głównego sformułowano cele szczegółowe o charakterze teoretycznym, badawczym i aplikacyjnym:

1. Zidentyfikowanie i scharakteryzowanie form zatrudnienia i organizacji pracy, ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań stosowanych w podmiotach leczniczych w odniesieniu do specjalistycznych kadr medycznych.
2. Zdefiniowanie istoty deficytu specjalistycznych kadr medycznych i określenie przyczyny jego powstania i pogłębiania się, a także związanych z tym zagrożeń.
3. Zidentyfikowanie możliwości i konsekwencji zatrudniania specjalistycznych kadr medycznych na podstawie wybranych form zatrudnienia i organizacji pracy.
4. Opracowanie wniosków i rekomendacji dotyczących form zatrudnienia i organizacji pracy w odniesieniu do deficytu specjalistycznych kadr medycznych.

Zakres przedmiotowy dysertacji obejmuje:

- formy zatrudnienia, czyli rodzaje umów, które wiążą strony oraz kształtują prawa, obowiązki i odpowiedzialność strony zatrudniającej oraz strony zatrudnianej,
- formy organizacji pracy w wymiarze czasowym,
- możliwości przeciwdziałania deficytowi specjalistycznych kadr medycznych.

Zakres przedmiotowy został ograniczony do form organizacji pracy w wymiarze czasowym z uwagi na specyficzny charakter działalności prowadzonej przez szpitale. Formy organizacji pracy w wymiarze przestrzennym w okresie przyjętym do analiz nie były stosowane w szpitalach powszechnie i dotyczyły głównie konsultacji lekarskich oraz opisów badań. W niniejszej dysertacji autorka nie zajmuje się również pracą zdalną, ponieważ personel medyczny przede wszystkim realizuje świadczenia zdrowotne osobiście w podmiotach leczniczych (w tym przypadku w szpitalach). Procedury mogą być i są wykonywane zdalnie, jednak większość z nich wciąż wymaga bezpośrednich działań przy pacjentach. Nawet w czasie pandemii lekarze, pielęgniarki i położne w oddziałach, zakładach i poradniach pracowali na dotychczasowych zasadach, gdyż procesy diagnostyczne, zabiegi operacyjne oraz leczenie szpitalne odbywały się w sposób tradycyjny, choć przy zwiększonym zabezpieczeniu (m.in. w środki ochrony indywidualnej).

Zakres rzeczowy rozprawy odnosi się do szpitali jako wyodrębnionego rodzaju podmiotów leczniczych, a badaniami objęto osoby zatrudnione w szpitalach, a konkretnie grupy specjalistycznych kadr medycznych: lekarzy, pielęgniarki i położne. Poruszono także tematy związane z działalnością podmiotów leczniczych, przede wszystkim szpitali oraz regułami kontraktowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w celu zobrazowania sytuacji w przestrzeni rynku medycznego.

Zakres przestrzenny pracy obejmuje obszar Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem uwarunkowań i tendencji występujących w Europie, a szczególnie w krajach Unii Europejskiej.

Zakres czasowy rozprawy obejmuje dane statystyczne za lata 2013-2019. Problem można by znacząco poszerzyć wykraczając poza przyjęty zakres czasowy. Z uwagi jednak na sytuację epidemiologiczną, która spowodowała, że stan opieki zdrowotnej oraz zatrudnienie specjalistycznych kadr medycznych przybrały jeszcze bardziej specyficzny charakter niż w czasie przed pandemią, zastosowano cezurę czasową do roku 2019. Specyfika organizacji pracy związana z rygorami epidemiologicznymi w oddziałach, poradniach i zakładach w szpitalach, a zwłaszcza w oddziałach covidowych i jednoimiennych szpitalach zakaźnych była

zupełnie odmienna, zwiększono też znacznie nakłady finansowe na działalność tych oddziałów i szpitali. Uznano więc, że dane za 2020 rok, wyjątkowy z uwagi na stan epidemiologiczny oraz z uwagi na ich specyfikę nie są porównywalne z danymi z lat sprzed pandemii. W sytuacji, gdy dynamika zmian była znacząca, do niektórych analiz przyjęto także rok 2012, aby unaocznić trend. Z kolei niektóre dane statystyczne zaczęły być gromadzone przez instytucje zajmujące się analizą z w późniejszych latach, np. od 2016 roku za 2015 rok, i te dane zostały przedstawione począwszy od roku, za który były zbierane. Badania własne przeprowadzono w okresach: od marca do sierpnia 2018 roku oraz od sierpnia do grudnia 2020 roku.

Dążąc do realizacji postawionych celów dysertację podzielono na pięć rozdziałów. W pierwszym rozdziale przedstawione zostały: istota i ewolucja form zatrudnienia oraz organizacji pracy w odniesieniu do pracowników i osób świadczących usługi. Scharakteryzowano zatrudnienie pracownicze na podstawie różnego rodzaju umów o pracę oraz zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych i dokonano ich porównania. Omówiono także elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy.

W rozdziale drugim zaprezentowano uwarunkowania stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy. W oddzielnych podrozdziałach przedstawiono uwarunkowania dzieląc je na: formalnoprawne, społeczno-kulturowe oraz ekonomiczno-organizacyjne.

Rozdział trzeci poświęcony został podmiotom leczniczym, wskazano podstawy prawne funkcjonowania podmiotów leczniczych, warunki ich finansowania oraz odpowiedzialność jaką ponoszą z tytułu prowadzonej działalności. W tym rozdziale wymienione zostały i omówione wszystkie rodzaje grup zawodowych funkcjonujących w podmiotach leczniczych, tj. lekarzy, pielęgniarek i położnych, personelu posiadającego wyższe wykształcenie medyczne, personel średniego i niższego szczebla, administracja i obsługa.

W rozdziale czwartym przeprowadzono analizę dostępności i deficytu specjalistycznych kadr medycznych w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, zaprezentowano dostępność oraz zapotrzebowanie na specjalistyczne kadry medyczne. Opisano także problemy, z jakimi borykają się podmioty lecznicze w pozyskiwaniu i przeciwdziałaniu deficytowi specjalistycznych kadr medycznych, wskazano przyczyny deficytu specjalistycznych kadr medycznych i zagrożenia z nim związane.

W rozdziale piątym omówiono przyczyny braków w zatrudnieniu, a także zagrożenia związane z pogłębiającym się deficytem specjalistycznych kadr medycznych w grupach

zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, formy zatrudnienia i organizacji pracy, które są stosowane w podmiotach leczniczych oraz możliwości ich wykorzystania w sytuacji deficytu specjalistycznych kadr medycznych.

Teoretyczno-empiryczny charakter pracy przesądził o zastosowanych metodach badawczych. W części teoretycznej przeprowadzono krytyczną analizę polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu, powołano się również na akty powszechnie obowiązującego prawa.

W części empiryczno-analitycznej podstawę badań stanowiły dane wtórne: statystyczne i dostępne informacje dotyczące podmiotów leczniczych, szpitali, liczby, wieku, kwalifikacji oraz form zatrudnienia specjalistycznego personelu medycznego w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, a także liczby leczonych pacjentów, liczby i wykorzystania łóżek szpitalnych, osobodni. Dane te zostały uzyskane z biuletynów statystycznych i raportów Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Okręgowej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Dane w tych źródłach są opracowane na podstawie stanów rzeczywistych sprawozdawanych przez podmioty lecznicze. Każdy z podmiotów leczniczych ma obowiązek sprawozdawania informacji o jednostce, jednak ostatecznie do publicznej wiadomości informacje o podmiotach leczniczych podawane są zbiorczo. Natomiast same podmioty lecznicze nie chcą udostępniać danych dotyczących ich działalności, a zwłaszcza w zakresie zatrudnienia i finansów. W związku z powyższym zdecydowano dokonać analizy deficytu specjalistycznych kadr medycznych na podstawie danych wtórnych.

Oprócz danych statystycznych zastanych, przeprowadzono badania sondażowe z wykorzystaniem dwóch rodzajów ankiet oraz badania w formie wywiadów indywidualnych pogłębionych IDI (*individual in-depth interview*). Dzięki przeprowadzeniu pierwszej z ankiet otrzymano dane dotyczące stosowanej formy zatrudnienia oraz kryteriów jej wyboru. Druga ankieta zawierała dodatkowo pytania dotyczące zmiany formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną. W wyniku przeprowadzonego badania otrzymano zwrotnie ankiety wypełnione przez 391 osób: pracowników oraz osób świadczących usługi, w grupach zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych. Stosując dwa rodzaje ankiet autorka miała na celu dotarcie do dwóch grup respondentów, tj. osób zatrudnionych w szpitalach, które nie zmieniły formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia oraz do osób, które zdecydowały się zmienić formę zatrudnienia z różnych powodów. Ankiety

wypełnili również ordynatorzy i kierownicy oddziałów, pielęgniarki/ położne oddziałowe i pielęgniarki/położne koordynujące.

Wywiad pogłębiony przeprowadzono z 30 osobami zatrudnionymi w szpitalach, w tym z 15 lekarzami i 15 pielęgniarkami. Uzyskane podczas przeprowadzanych rozmów telefonicznych odpowiedzi oraz informacje spisywano odręcznie oraz w wersji elektronicznej. Powodem przyjęcia takiego rozwiązania były: sytuacja epidemiologiczna spowodowana COVID-19 i wprowadzone w kraju obostrzenia z nią związane oraz brak zgody osób ankietowanych na ujawnienie ich danych osobowych. W wywiadzie pogłębionym wykorzystano kwestionariusz, w którym postawiono pytania dotyczące wieku, płci, stanowiska, posiadanych kwalifikacji, formy zatrudnienia i stażu pracy respondentów, oraz ich poglądów na temat organizacji pracy w szpitalach, w których są zatrudnieni. Dzięki uzyskanym odpowiedziom na pytania zadane w ramach wywiadu pogłębionego uzyskano informacje na temat poglądów i problemów respondentów związanych z zatrudnieniem i organizacją pracy w podmiocie leczniczym.

W tym miejscu chciałabym podziękować wszystkim, bez których niniejsza praca nie mogłaby powstać. Przede wszystkim składam serdeczne podziękowania mojej Promotorce, Pani dr hab. Beacie Skowron-Mielnik, profesor Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu za nieocenioną pomoc, merytoryczne wsparcie i cierpliwość. Wyrazy wdzięczności kieruję także w stronę Pani dr hab. Jolanty Łodzińskiej, profesor UKSW, WSE, Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Pani dr hab. Ewy Baum, profesor UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dzięki którym zrealizowałam badania wykorzystane w niniejszej pracy. Dziękuję również pracownikom naukowym Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wlkp., a w szczególności Panu prof. Pawłowi Prüferowi, za pomoc i życzliwość, a także mojej córce Wiktorii oraz wszystkim, którzy wierzyli we mnie i wspierali mnie w realizacji celu.

## Rozdział I. Istota i ewolucja form zatrudnienia i organizacji pracy

Na przestrzeni dziejów praca cechowała się zależnością: niewolnictwo, kolonat, feudalna społeczność z pańszczyzną, którą w końcu zamieniono na czynsz, praca do granic możliwości w epoce rewolucji przemysłowej (Myjak, 2011, s. 111-113). Osiągnięty w połowie XX wieku model zatrudnienia oparty na stabilnej umowie o pracę i paradygmacie pracy podporządkowanej ulega obecnie zmianie, co znajduje odbicie w praktyce gospodarczej oraz doktrynie prawnej, ma również doniosłe znaczenie społeczne (Giermanowska, 2013, s. 20). Elastyczność zatrudnienia, czasu pracy i przestrzeni pracy od wprowadzenia rozwiązań nietypowych i wyjątkowych, stała się codzienną praktyką organizacji gospodarczych i ich pracowników, pozwalając każdej ze stron osiągać różnorodne korzyści.

### 1. Formy zatrudnienia – definicja i kategoryzacja

Pojęcie „zatrudnienia” nie zostało zdefiniowane przez ustawodawcę, więc nie jest łatwo określić jego normatywny obszar (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szabłowska-Juckiewicz, 2015, s. 23). Zatrudnienie w literaturze przedmiotu rozumiane jest w sposób szeroki. Stronami w zatrudnieniu są: pracodawca i pracownik lub zatrudniający i osoba udzielająca świadczeń. Zatrudnienie oznacza powierzenie komuś pracy lub zlecenie wykonania zadań na określonych warunkach. Zatrudnienie oznacza także liczbę osób wykonujących w określonym czasie pracę na rzecz danego pracodawcy oraz udzielających świadczeń na rzecz zlecającego. Zatrudnienie to również liczba osób aktywnych zawodowo; to też płatna forma, która pozwala wytworzyć określone produkty lub usługi, mające za zadanie zaspokoić potrzeby potencjalnych odbiorców (Lichtarski, 2001, s. 160). Autorzy w różny sposób definiują pojęcie zatrudnienia. W tabeli 1 podano niektóre z nich.

**Tabela 1. Wybrane definicje zatrudnienia**

Autor	Definicja
Piotrowski W.	Zatrudnienie w znaczeniu węższym oznacza wykonywanie pracy w ramach stosunku pracy, natomiast w szerszym: wszelką pracę zarobkową wykonywaną na rzecz innej osoby, więc również na podstawie umowy agencyjnej oraz umowy o pracę nakładczą.
Musiała A.	„Zatrudnienie, w znaczeniu szerokim, obejmuje wszelkie formy osobistego wykonywania pracy („trudzenie się”) w celu uzyskania dochodu, albo można termin ten zawęzić do zatrudnienia pracowniczego, lub użyć do wybranych przypadków zatrudnienia poza stosunkiem pracy”.

Autor	Definicja
Sanetra W.	Termin zatrudnienie ma wiele znaczeń i używany jest w różnych kontekstach, bywa więc rozciągany nawet na problematykę bezrobocia, jak to miało miejsce w uchylonej już ustawie z dnia 29 grudnia 1989 o zatrudnieniu. W znaczeniu wąskim utożsamiany ze stosunkiem pracy. W szerszym ujęciu obejmuje też stosunki prawne, które pod względem faktycznym i częściowo prawnym, są do niego zbliżone, tj. umowy o pracę nakładczą (chałupnictwo), umowy o pracę agencyjną, umowy zlecenia, o dzieło, inne umowy o świadczenie usług, jak również stosunki członkostwa w rolniczych spółdzielniach produkcyjnych, w ramach których świadczona jest praca przez ich członków, stosunki powstające na tle pośrednictwa pracy i bezrobocia oraz niepracownicze stosunki zatrudnienia (cywilnoprawne, administracyjnoprawne, typu penalnego oraz typu ustrojowego).
Międzynarodowa Organizacja Pracy	W skład zatrudnienia wchodzi „zatrudnienie pracowników, a także uczniów, stażystów, członków sił zbrojnych oraz pracujących na własny rachunek, włączając w ten zakres również zatrudnienie pracodawców, wytwarzających na własne potrzeby, członków spółdzielni a także współpracujących członków rodziny”.
Kubot Z.	Zatrudnienie ma pewien trwały zakres znaczeniowy. Obejmuje się tym pojęciem przypadki świadczenia pracy w ramach stosunku pracy, ale także świadczenie usług przez osoby fizyczne na podstawie umów cywilnoprawnych, a w przypadkach określonych w ustawie, również świadczenie pracy na podstawie jednostronnych decyzji (praca jednostronnie wyznaczania), jeżeli sytuacja wykonawcy jest zbliżona do położenia pracownika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Musiała, 2011, s. 62 i 72-75)

W procesie i przebiegu zatrudnienia istotnym elementem analizy jest jego struktura zarówno w przedsiębiorstwach, jak i w całej gospodarce. Podstawowe kryteria wyodrębniania struktury zatrudnienia, to m.in.: wykształcenie, grupa zawodowa, forma zatrudnienia. Zgodnie z metodologią badań obejmujących podmioty gospodarki narodowej, za pracujących uważani są m.in. zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (umowa o pracę, powołanie, mianowanie lub wybór) lub stosunku służbowego, łącznie z sezonowymi i zatrudnionymi dorywczo oraz zatrudnionymi za granicą na rzecz jednostek krajowych (GUS, 2021). W badaniach obejmujących podmioty gospodarki narodowej do pracujących nie zalicza się natomiast osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, osób przebywających na urloпах wychowawczych w celu sprawowania opieki nad dzieckiem (także tych, które pobierają jednocześnie zasiłki macierzyńskie z tytułu urodzenia dziecka), udzielonych w wymiarze powyżej 3 miesięcy (nieprzerwanie), osób, którym udzielono urlopów bezpłatnych w wymiarze powyżej 3 miesięcy oraz osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne za wyjątkiem kobiet w ciąży (GUS, 2021). Zasady wyżej określone zwracają uwagę na fakt, że badania nie obejmują wszystkich osób zatrudnionych, czy wykonujących pracę zawodową, co z kolei nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji na rynku pracy.



Z zatrudnieniem nierozzerwalnie związane jest pojęcie zatrudnialności, którą zdefiniowali M. Yorke i P. T. Knight, jako zestaw wiedzy, umiejętności i cech osobowych, przyczyniających się do zwiększenia bezpieczeństwa zatrudnienia oraz sukcesu na rynku pracy. Może ona być rozpatrywana na poziomie (Jeruszka, 2017, s. 167, 171):

- makroekonomicznym, jako struktura rynku pracy odzwierciedlająca m.in. zapotrzebowanie na pracę w poszczególnych zawodach, sytuację na rynku pracy, politykę społeczną państwa, makroekonomiczną stabilność, itd.,
- mikroekonomicznym, odnosząc się do organizacji, jako specyficzny rodzaj transakcyjnej relacji pracodawca-pracownik lub jednostki, jako jej zdolność do znalezienia oraz utrzymania pracy, umiejętności skutecznego zaprezentowania posiadanych cech potencjalnym pracodawcom lub praktycznego z nich korzystania.

Współcześnie zatrudnialność kojarzy się z zasadą *job-person*, tj. dopasowaniem wymagań konkretnego stanowiska, czy rodzaju pracy do kompetencji pracownika (Jeruszka, 2017, s. 170). Zatrudnialność wraz z nowoczesną organizacją pracy, opartą na elastyczności, stała się kluczowym elementem Europejskiej Strategii Zatrudnienia.

Na przestrzeni wieków zatrudnienie przybierało różne formy, różna też była rola człowieka jako uczestnika społecznego procesu pracy, gdyż wraz z rozwojem techniki i technologii, zmieniało się położenie robotnika w procesie pracy (Myjak, 2011, s. 125).

P. Drucker uważał, że na przyszłych rynkach pracy coraz bardziej będzie widoczny podział osób aktywnych zawodowo na dwie grupy, tj.: wyposażonych w wiedzę specjalistów oraz pracowników świadczących usługi, przy czym wiodącymi grupami w społeczeństwie wiedzy będą wykształceni praktycy (Cielemęcki, 2011, s. 202). Jedną z fundamentalnych koncepcji zatrudnienia jest także koncepcja amerykańskiego futurologa Ch. Handy'ego. Koncepcja elastycznej struktury Ch. Handy'ego, nazywana też koncepcją „organizacji-koniczyny” powstała w latach 80. XX wieku i stanowiła próbę odpowiedzi na pytanie, jak rozwiązać dylemat pomiędzy silnym dążeniem do korzystania przez przedsiębiorców na rynku pracy z elastycznych, tańszych rozwiązań w zakresie zatrudnienia, a koniecznością zapewnienia pewnego poziomu stabilizacji i bezpieczeństwa zatrudnienia strategicznym zasobom pracy (Patulski, 2008, s. 2). W przypadku tej koncepcji zatrudnienie w przedsiębiorstwie złożone jest z trzech segmentów odpowiadających listkom koniczyny (Bień, 2013, s. 16-17):

- rdzeń załogi stanowią zatrudnieni o wysokich kompetencjach: menedżerowie, specjaliści
- drugi segment to zatrudnieni w formach elastycznych na krótkoterminowych kontraktach,
- trzeci segment stanowią zatrudnieni w okresach rosnącego zapotrzebowania na produkcję i zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Istotnym jest przy tym, że udział oraz proporcje każdej z wymienionych grup pracowniczych w wolumenie całości zatrudnienia są zmienne, a ich wielkości kształtują się w zależności od okoliczności oraz uwarunkowań funkcjonowania (Cielemęcki, 2011, s. 202). Zmiany wielkości poszczególnych grup pracowniczych oraz ich udział w całości zatrudnienia przedstawiane są jako ewolucja modelu Ch. Handy`ego (tab. 2).

**Tabela 2. Ewolucja modelu Handy`ego**

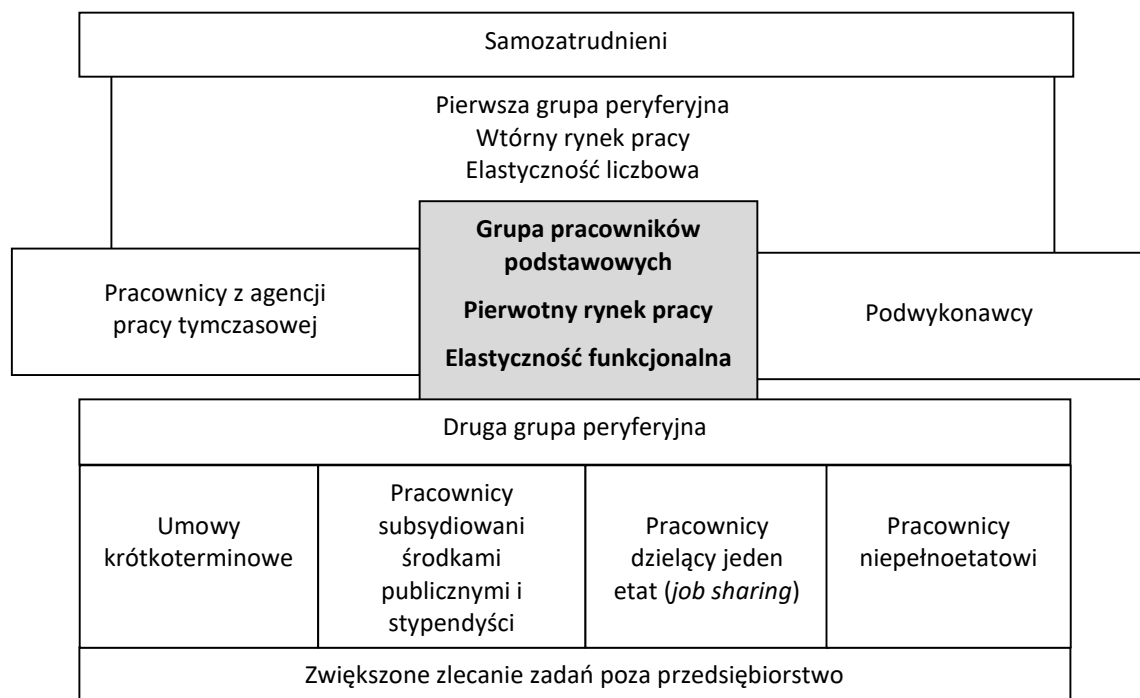
<b>Przedsiębiorstwo klasyczne</b>	<b>Przedsiębiorstwo współczesne</b>	<b>Przedsiębiorstwo przyszłości</b>
Rdzeń załogi	Pracownicy kontraktowi	Elastyczna siła robocza
Elastyczna siła robocza	Elastyczna siła robocza	Rdzeń załogi
Pracownicy kontraktowi	Rdzeń załogi	Pracownicy kontraktowi

Źródło: (Stroińska, 2012, s. 23)

Mając na względzie powyższe ujęcie grup pracowników, w sytuacji wystąpienia problemów zwalniani są najpierw pracownicy zatrudnieni w drugim i trzecim segmencie, dzięki czemu chronieni są pracownicy najważniejsi dla organizacji (Bień, 2013 s. 17).

Analogiczną do koniczyny Ch. Handy`ego jest koncepcja zwana modelem elastycznej firmy, której autorem jest J. Atkinson (rys. 1). W modelu tym zatrudnienie składa się z trzech warstw (Patulski, 2008, s. 1):

- pierwsza grupa (rdzeń - *core*) to pracownicy podstawowi będący strategicznym zasobem firmy tworzący tzw. wewnętrzny, pierwotny rynek pracy; charakteryzuje ich wysoka elastyczność funkcjonalna, umożliwiającą szybkie i sprawne przechodzenie pracowników od jednych do drugich zadań i funkcji wewnątrz firmy,
- druga i trzecia grupa – peryferia, to wykonawcy na zasadach niestandardowych.



**Rysunek 1. Model przedsiębiorstwa elastycznego wg J. Atkinsona**

Źródło: (Bąk-Grabowska, 2016, s. 67)

Model zatrudnienia „elastycznej firmy” zaproponowany przez J. Atkinsona jest interesującą próbą kształtowania relacji między pracodawcą a pracobiorcą (Bień, 2013 s. 16):

- pracownicy grupy podstawowej zapewniają firmie elastyczność funkcjonalną, osiąganą dzięki celowym programom szkoleń, ścieżkom rozwoju zawodowego i przemieszczaniu między zadaniami; dysponują umiejętnościami specyficznymi, unikatowymi, które wykorzystują, świadcząc pracę na rzecz firmy, a ponieważ organizacja musi inwestować w dalszy rozwój tej grupy pracowników, jest także zainteresowana (w celu ochrony swoich „inwestycji”) kształtowaniem warunków długoterminowego zatrudnienia,
- pracownicy peryferyjni zapewniają przede wszystkim możliwość dopasowania ilościowego, posiadają umiejętności, które relatywnie łatwo uzyskać za pośrednictwem zewnętrznego rynku pracy, a ich wkład w procesy organizacji nie jest kluczowy, zatrudniani są więc w bardziej elastycznych formach, np. na umowy terminowe, sezonowe, w niepełnym wymiarze czasu pracy, dzieląc stanowiska pracy i pracę, przy wykorzystaniu pracy tymczasowej i niektórych form telepracy,

- do trzeciej grupy pracowników należą osoby luźno związane z daną firmą, podwykonawcy, osoby pracujące na własny rachunek, charakteryzuje te osoby duża elastyczność finansowa, poziom jej wynagrodzeń odzwierciedla poziom podaży i popytu na zewnętrznym rynku pracy.

W przywołanych koncepcjach zasadnicze znaczenie ma rozróżnienie pracowników kluczowych od peryferyjnych i okazjonalnych, luźno związanych z organizacją, więc tacy pracownicy, którzy nie są niezbędni dla działalności organizacji. To ci pracownicy najczęściej zostają zatrudnieni w elastycznym systemie pracy. Umożliwia to organizacji dostosowanie podaży i umiejętności pracowników do zmieniających się potrzeb (Bień, 2013, s. 17). Nowoczesne formy zatrudnienia określane są mianem atypowych, alternatywnych, nietypowych, niestandardowych form zatrudnienia lub elastycznych form zatrudnienia, albo w przypadku form odnoszących się wyłącznie do kategorii czasu pracy - nowych form gospodarowania czasem pracy (Piątkowski, 2009, s. 43). Nietypowe, zwane też elastycznymi, formy zatrudnienia to szerokie pojęcie obejmujące różnorodność sposobów wykonywania pracy na zasadach odbiegających od tradycyjnego modelu, czyli stosunku pracy (Kucharski, 2012, s. 75).

Forma zatrudnienia, czyli rodzaj umowy, która wiąże strony oraz kształtuje prawa, obowiązki i odpowiedzialność strony zatrudniającej oraz strony zatrudnianej. Obecnie w procesie zatrudnienia stosowane są formy zatrudnienia pracowniczego na podstawie różnego rodzaju umów o pracę, oraz niepracowniczego na podstawie umów cywilnoprawnych, które zostały ujęte na rysunku 2.



**Rysunek 2. Kategoryzacja form zatrudnienia według D. Bąk-Grabowskiej**

Źródło: (Bąk-Grabowska, 2016, s. 96)

Bez względu na stosowane formy zatrudnienia, podmiot zatrudniający ma obowiązek stosować się do obowiązujących powszechnie przepisów prawa zarówno w zakresie zatrudnienia pracowniczego, jak i w zakresie zatrudnienia niepracowniczego. Obecnie coraz więcej przedsiębiorstw w procesie zatrudnienia wykorzystuje różne formy zatrudnienia niepracowniczego. Również osoby zatrudniane często powodowane indywidualnymi preferencjami decydują się na zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zatrudnienie niepracownicze definiowane jest przez autorów w różny sposób (tab. 3).

**Tabela 3. Wybrane definicje zatrudnienia niepracowniczego**

Autor	Definicja
Sanetra W.	Zatrudnienie niepracownicze, to zatrudnienie znajdujące się w opozycji do zatrudnienia pracowniczego. Zatrudnienie niepracownicze dzieli się na zatrudnienie typu: cywilnoprawnego, administracyjnoprawnego, penalnoprawnego, ustrojowoprawnego.

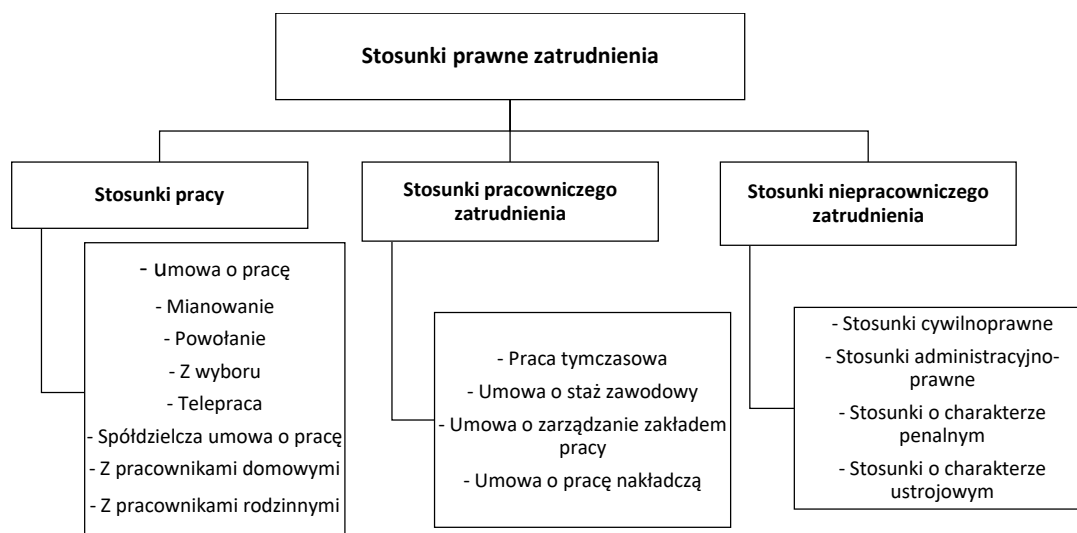
Autor	Definicja
Ćwiertniak B.	Różne rodzaje zatrudnienia niepracownicze pojmowane w przeciwieństwie do zatrudnienia pracowniczego.
Jończyk J.	Niepracowniczy stosunek zatrudnienia to zbiorcze pojęcie dla stosunków prawnych wyodrębnionych ze względu na wspólny element jakim jest zobowiązanie do świadczenia pracy za wynagrodzeniem, ale na warunkach innych niż pracownicze. Buduje pewien system stosunków prawnych o zróżnicowanym charakterze, w którym w mniejszym lub większym stopniu recypuje się instytucje, lub ich elementy, stosunku pracy.
Hajn Z.	Zatrudnienie niepracownicze może oznaczać zatrudnienie osób fizycznych niebędących przedsiębiorcami na podstawie cywilnoprawnych umów o świadczenie usług.
Musiała A.	Zatrudnienie niepracownicze, to taki fragment zatrudnienia, w którym pracujący na podstawie innej umowy niż umowa o pracę, jest związany osobiście i z jednym podmiotem, w stosunku, do którego pozostaje w relacji uzależnienia ekonomicznego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Musiała, 2011, s. 63-65)

Cechami charakterystycznymi umów niepracowniczych są (Grzonka, 2013, s. 20-22):

- dobrowolność w zawieraniu umowy,
- brak ciągłości – w większości przypadków nie ma ograniczeń czasowych zawarcia umowy,
- brak podporządkowania pracowniczego,
- brak obowiązku osobistego wykonywania pracy,
- ryzyko podmiotu zatrudniającego jest znacznie ograniczone,
- brak obowiązku prowadzenia ewidencji czasu pracy,
- brak obowiązku udzielania urlopu wypoczynkowego.

Klasyfikację stosunków prawnych zatrudnienia zaproponował W. Sanetra (rys. 3).



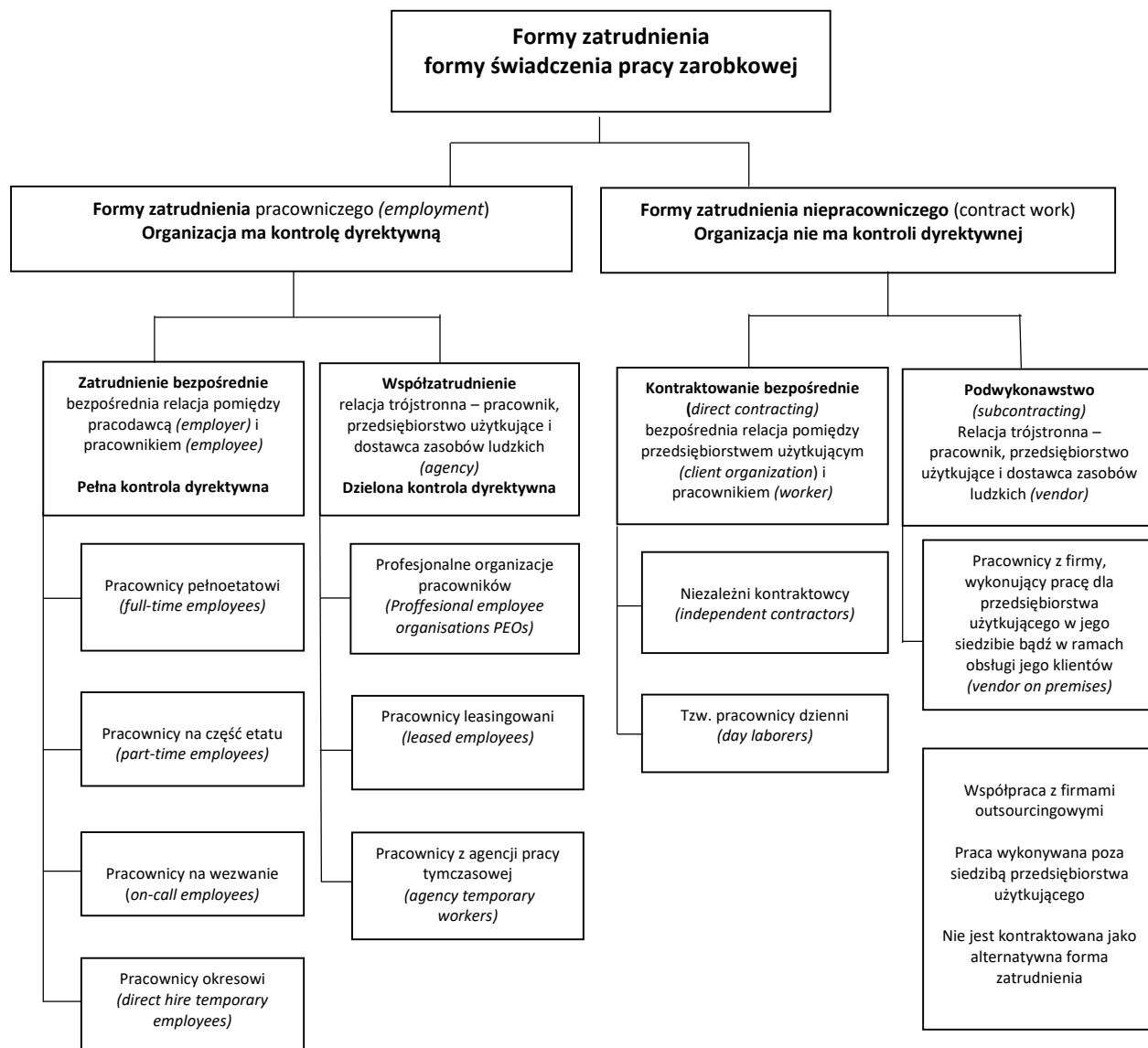
**Rysunek 3. Stosunki prawne zatrudnienia według Sanetry**

Źródło: (Sanetra, 2011, s.15-34)

Z. Sekuła (2010, s. 71) sklasyfikowała formy zatrudnienia od najmniej do najbardziej elastycznych:

- zatrudnienie na podstawie stosunku pracy (tzw. typowe),
- umowy cywilnoprawne,
- umowy o zarządzanie,
- pozostałe umowy.

Natomiast P. Cappelli i J. R. Keller sklasyfikowali formy zatrudnienia z uwagi na organizację pracy, czas pracy, miejsce pracy i formy zespolenia (rys. 4). Dokonując klasyfikacji P. Capelli i J.R. Keller wzięli pod uwagę formy zatrudnienia pracowniczego oraz zatrudnienia niepracowniczego z uwzględnieniem ich uelastycznienia.



**Rysunek 4. Klasyfikacja form zatrudnienia według P. Cappelli i J.R. Kellera**

Źródło: (Bąk-Grabowska, 2016, s. 92)

Nietypowe, zwane też elastycznymi, formy zatrudnienia to szerokie pojęcie obejmujące różnorodność sposobów wykonywania pracy na zasadach odbiegających od tradycyjnego modelu, czyli stosunku pracy (Kucharski, 2012, s. 75). W zależności od zastosowanych form zatrudnienia w przedsiębiorstwie wyróżniane są modele zatrudnienia. W literaturze przedmiotu autorzy przedstawiają wiele modeli zatrudnienia, które można sprowadzić do trzech zasadniczych (Sekuła, 2010, s. 64-65):

1. Tradycyjny – stały z dużym udziałem rdzenia załogi, stabilny, sztywny, kosztowny.
2. Zmienny – zapewniający elastyczność funkcjonalną, ilościową, czasową, finansową.



3. Mieszany – pracownicy stali i tymczasowi, ze wskazaniem na wzrost udziału i znaczenia tymczasowych (tzw. peryferyjnych) oraz tworzenie grupy pracowników zasobowych.

Model mieszany zawiera różnorodne kategorie pracowników odpowiadające różnym potrzebom zatrudnieniowym organizacji (Sekuła, 2010, s. 68-69):

1. Rdzeń załogi – pracownicy o wysokich, interdyscyplinarnych kwalifikacjach oraz umiejętnościach, zatrudniani na umowy o pracę na czas nieokreślony oraz w ramach kontraktów wieloletnich.
2. Pracownicy zasobowi – pracownicy różnych obszarów, o kwalifikacjach łatwo dostępnych na rynku pracy, zatrudniani na umowy na czas określony lub nieokreślony, na czas wykonania konkretnych zadań, w niepełnym wymiarze czasu pracy.
3. Grupa peryferyjna I – pracownicy do szczególnych zadań – tymczasowych, ale specjalistycznych i wymagających wysokich kwalifikacji, zatrudniani w ramach umów o dzieło lub zlecenia, kontraktów z firmami kooperującymi.
4. Grupa peryferyjna II – uzupełnienie zmiennego zapotrzebowania na pracę w okresach spiętrzenia zadań lub nieobecności pracowników, zatrudniani w ramach pracy czasowej, na wezwanie, dorywczej.
5. Grupa peryferyjna III – pracownicy zewnętrzni, zatrudniani do wykonania prac dotyczących podstawowej działalności (zlecenia, podwykonawcy) w ramach telepracy, akwizycji, usług serwisowych.

Charakterystyczna dla modelu zmiennego, ale też mieszanego elastyczność form zatrudnienia obrazuje aktualny trend przejawiający się zwiększaniem różnorodności, orientacją na indywidualizację rozwiązań oraz brakiem obligatoryjności w zakresie gospodarowania kapitałem ludzkim z uwzględnieniem osobistych potrzeb pracobiorców (Król, 2014, s. 47). Elastyczne formy zatrudnienia mogą obejmować zatrudnienie inne niż stosunek pracy i nie podlegają wtedy rygorom prawa pracy, zastępując podporządkowanie pracownicze zależnością ekonomiczną od pracodawcy, albo obejmują uelastycznione zatrudnienie wykonywane w ramach stosunku pracy, jak: praca w niepełnym wymiarze czasu pracy, praca na czas określony, praca w atypowych warunkach, które regulowane są przez Kodeks pracy (Król, 2014, s. 49). Modyfikacje umożliwiające realizację pracy na podstawie innych zasad okazały się konieczne również z uwagi na swoiste cechy realizacji, jak np. brak możliwości

czuwania przełożonych nad przebiegiem realizacji zadań przez podwładnych (Borkowska, 2004, s. 77).

Niektórzy autorzy podkreślają, że wraz z rozwojem atypowych form zatrudnienia mamy do czynienia z kończąca się dominacją standardowej pracy podporządkowanej (Kucharski, 2012, s. 76). Symptomaticz zmian w stosunku pracy jest chociażby ograniczanie dominującego w warunkach industrializacji zatrudnienia na rzecz samozatrudnienia, czego konsekwencją jest m.in. utrata bezpieczeństwa pracy gwarantowana przez pracodawcę (Borkowska, 2004, s. 82). Obecnie w Europie stosowanych jest wiele nowych form zatrudnienia dających jeszcze więcej możliwości zarówno pracodawcom, jak i pracownikom (tab. 4).

**Tabela 4. Charakterystyka niektórych nowych form zatrudnienia**

Forma zatrudnienia	Charakterystyka
<i>ICT-based mobile work</i>	Praca mobilna oparta na ICT, mobilny <i>e-Work</i> , mobilne prace wspierane przez ICT lub e-nomady. Wirtualny, niewidzialny pracownik pracujący cyfrowo stał się atrakcyjny dla pracodawców z uwagi na postęp w zakresie technologii informacyjno – komunikacyjnych oraz nowych form organizacji pracy, jak np. praca z dala od siedziby pracodawcy przy użyciu technologii ICT do połączenia online z firmowymi systemami komputerowymi. W czasach rosnącej wzajemnej zależności uczestników rynku i rosnącej siły rynkowej międzynarodowych korporacji oraz rosnących transakcji wewnętrznych w przedsiębiorstwach jest to niezwykle istotna forma zatrudnienia.
<i>Casual work</i>	Praca dorywcza, czyli zatrudnienie niestabilne i niestałe. Jest to rodzaj zatrudnienia nieregularnego i przerywanego, bez oczekiwania stałego zatrudnienia. Zatrudnienie zależy od potrzeb pracodawcy.
<i>Employee sharing</i>	Polega na dzieleniu się pracownikami. Kilku pracodawców zatrudnia wspólnie pracowników i wspólnie są za tych pracowników odpowiedzialni. Pracownicy udostępniani są w formie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- strategicznego dzielenia się pracownikami – grupa pracodawców tworzy sieć zatrudniającą jednego lub kilku pracowników, którzy wysyłani są na indywidualne zadania robocze z uczestniczącymi firmami pracodawców. Struktura zatrudnienia podobna do pracy tymczasowej, ale pracownicy zmieniają się regularnie pomiędzy pracodawcami i pracują wyłącznie dla uczestniczących w sieci pracodawców, przy czym sieć nie jest nastawiona na zysk,</li> <li>- doraźne udostępnianie pracowników – pracodawca, który tymczasowo nie ma możliwości zapewnienia pracy pracownikom wysyła ich do pracy w innej firmie, przy czym umowa o pracę pomiędzy pierwotnym pracodawcą a pracownikiem jest utrzymywana, a pracownik jest włączony do organizacji pracy pracodawcy przyjmującego. Struktura zatrudnienia podobna do pracy tymczasowej, ale pracodawca nie prowadzi działalności polegającej na umieszczaniu osób w miejscu pracy, a intencją jest, że jest to praca tymczasowa i pracownik wraca do pracy u początkowego pracodawcy.</li> </ul>

Forma zatrudnienia	Charakterystyka
<i>Platform work</i>	Forma zatrudnienia wykorzystująca platformę online dla umożliwienia organizacjom lub osobom fizycznym dostępu do innych organizacji lub osób fizycznych w celu realizacji zadań lub rozwiązania konkretnych problemów, albo świadczenia określonych usług w zamian za wynagrodzenie. Forma outsourcingu. <i>E-services</i> są świadczone na żądanie. Z uwagi na fakt, że głównym towarem jest tu praca, a nie samo dobro inwestycyjne, platformy sprzedaży (jak eBay) lub platformy, na których zapewniony jest dostęp do zakwaterowania (jak Airbnb), jak również usługi finansowe, transakcje niekomercyjne (jak wolontariat), media społecznościowe (jak LinkedIn) lub jakakolwiek inna forma transakcji, która nie wiąże się z żadną opłatą - nie są uważane za <i>platform work</i> .
<i>Job sharing</i>	Dosłownie: zespół w składzie. Podział pracy odnosi się do stosunków pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy, w których jeden pracodawca zatrudnia kilku pracowników, ale zwykle tylko dwóch w celu obsadzenia jednego stanowiska w pełnym wymiarze godzin. Pracodawca sam tworzy grupę zatrudnionych, nie są to grupy samozatrudnionych. W niektórych krajach osoby pracujące na własny rachunek zawierają własne umowy o pracę i dzielą się wynagrodzeniami i świadczeniami z pracy w pełnym wymiarze czasu pracy na zasadzie proporcjonalności, w innych krajach podział pracy opiera się na jednej umowie obejmującej dwóch lub więcej pracowników. Podział pracy odpowiada krótkoterminowemu skróceniu czasu pracy pracowników stosowany często jako alternatywa dla utraty pracy. Podział zadań opiera się na wzajemnym porozumieniu. Stosowane są dwie praktyki: - dwa lub więcej stanowisk w niepełnym wymiarze czasu pracy tworzone są od początku na wniosek pracowników lub pracodawcy, - dotychczasowa praca w pełnym wymiarze czasu pracy jest przekształcana we wspólne stanowisko obsadzone przez dwóch lub więcej pracowników.
<i>Voucher-based work</i>	Pracodawca nabywa bon od strony trzeciej, zazwyczaj organu rządu, który ma być wykorzystany jako zapłata za pracę wykonaną przez pracownika, a nie za gotówkę. Świadczone usługi są zadaniami specyficznymi i mają określone terminy ich wykonania. Związane są z pracą dorywczą i dotyczą głównie usług domowych oraz w rolnictwie, gdyż te sektory są podstawowymi obszarami pracy niezgłoszonej, a systemy oparte na voucherach mają na celu zapewnienie łatwego sposobu wspierania legalnego zatrudnienia w tych sektorach.
<i>Interim management</i>	Dosł. tymczasowe zarządzanie. Polega na czasowym i w określonym celu wdzierzawianiu pracowników innym firmom. Dzierżawa pracowników jest głównym celem firmy pracodawcy, jednak w przeciwieństwie do agencji pracy tymczasowej, personel jest ograniczony do wysoce wyspecjalizowanych ekspertów wysyłanych do firm w celu rozwiązania konkretnego wyzwania administracyjnego, technicznego lub do pomocy w trudnych gospodarczo czasach.
<i>Crowd employment</i>	W zatrudnieniu wykorzystuje się platformę online, aby umożliwić dostęp do innych przedsiębiorców i osób prywatnych. Jest to nowa forma outsourcingu i opiera się na indywidualnych zadaniach lub projektach, a nie na ciągłym związku. Większe zadanie jest zwykle podzielone na podzadania (mikrozadania). Dotyczy głównie zadań związanych z tworzeniem oprogramowania, tworzeniem i czyszczeniem baz danych, sprawdzaniem witryn pod kątem konkretnych treści, redagowaniem sloganów reklamowych.

Forma zatrudnienia	Charakterystyka
<i>Collaborative employment</i>	<p>Współpraca między samozatrudnionymi, freelancerami i małymi lub średnimi przedsiębiorstwami w formach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organizacji patronackich oferujących określone usługi administracyjne, jak fakturowanie czy usługi podatkowe,</li> <li>- <i>coworking</i> wiążący się z dzieleniem przestrzeni roboczej i zaplecza oraz zadaniami wsparcia. W przeciwieństwie do inkubatorów przedsiębiorczości koncepcja ta nie ogranicza się do nowopowstałych lub młodych firm. Wspólna przestrzeń robocza nie musi być fizyczna, ale może też być wirtualną przestrzenią spotkań,</li> <li>- spółdzielnie będące własnością wspólną i demokratycznie kontrolowane, charakteryzujące się intensywną współpracą członków w zakresie produkcji, marketingu i zarządzania strategicznego. W przeciwieństwie do <i>coworking</i> nie ma wspólnej lokalizacji.</li> </ul> <p>Organizacje patronackie stanowią „parasol” dla samozatrudnionych i freelancerów zapewniając im wsparcie w zakresie obowiązków administracyjnych. W niektórych przypadkach członkostwo zobowiązuje do określonych świadczeń, jak wyższe standardy ochrony socjalnej ze standardowymi warunkami samozatrudnienia.</p>
<i>Portfolio work</i>	<p>Pracownik wykonuje pracę na rzecz wielu klientów lub pracodawców jednocześnie. Jest to sposób na osiągnięcie przez pracownika niezależności od jednego pracodawcy. Obejmuje wiele form zatrudnienia: od freelancerów, samozatrudnionych lub mikroprzedsiębiorstw. Może wystąpić więc pokrywanie się z innymi formami zatrudnienia, jak: <i>crowd employment</i>, <i>coworking</i> i praca mobilna wykorzystująca technologie informacyjno-komunikacyjne. Dotyczy prac wykonywanych samodzielnie, niezależnych, marketingu, budowania i utrzymania relacji z klientami.</p>

Źródło: (Eurofound, 2020)

Powyższe rozwiązania wiążą się z modelem *flexicurity*, na który można spojrzeć nie tylko od strony łączenia określonych rozwiązań w wymiarze elastyczności oraz bezpieczeństwa, ale również od strony łączenia założeń tradycyjnie rozumianego europejskiego rynku pracy i rynku amerykańskiego (Bąk-Grabowska, 2016, s. 30-31). Rekomendowane sposoby wdrażania idei *flexicurity* wskazują na dwie odmienne potrzeby (Bąk-Grabowska, 2016, s. 30-31; Rymsza, 2005, s. 11-16):

- potrzebę dialogu społecznego, partycypacji ponadzakładowej i związanej z tym reprezentacji interesów przedsiębiorców i pracobiorców - założenia bliższe rozwiązaniom europejskim,
- swobodę kształtowania zatrudnienia, rekomendowane postawy pracobiorców, zakładające akceptację zmniejszonej pewności utrzymania miejsca pracy oraz krótkookresowego pozostawania bez pracy, wysoką mobilność, elastyczność i przedsiębiorczość – założenia bliższe rozwiązaniom amerykańskim.

## 2. Organizacja pracy - istota i rodzaje rozwiązań

Z poszczególnymi formami zatrudnienia związane jest zastosowanie określonych sposobów organizacji pracy. Stąd konieczność zdefiniowania organizacji pracy i pokazania jej związków i odrębności od form zatrudnienia. Organizacja pracy jest więc systemem zasad, metod oraz działań mających na celu zespolenie siły roboczej, środków pracy i przedmiotów pracy w procesie pracy, organizacja pracy ma również na celu ukształtowanie stosunków wewnętrznych między uczestnikami procesu pracy i obejmuje problematykę dotyczącą człowieka, czynników rzeczowych oraz organizacyjnych aspektów procesu pracy (Skowron-Mielnik, 2012, s. 25). Z pojęciem „organizacja pracy” związane są formy zatrudnienia, które stanowią jeden z czynników wykorzystywanych w procesie organizowania pracy. Dokonując klasyfikacji współczesnych form zatrudnienia, za zasadnicze kryterium podziału przyjmuje się stosunek prawny łączący pracodawcę z pracownikiem (Ziolo-Gwadera, 2016, s. 81-82).

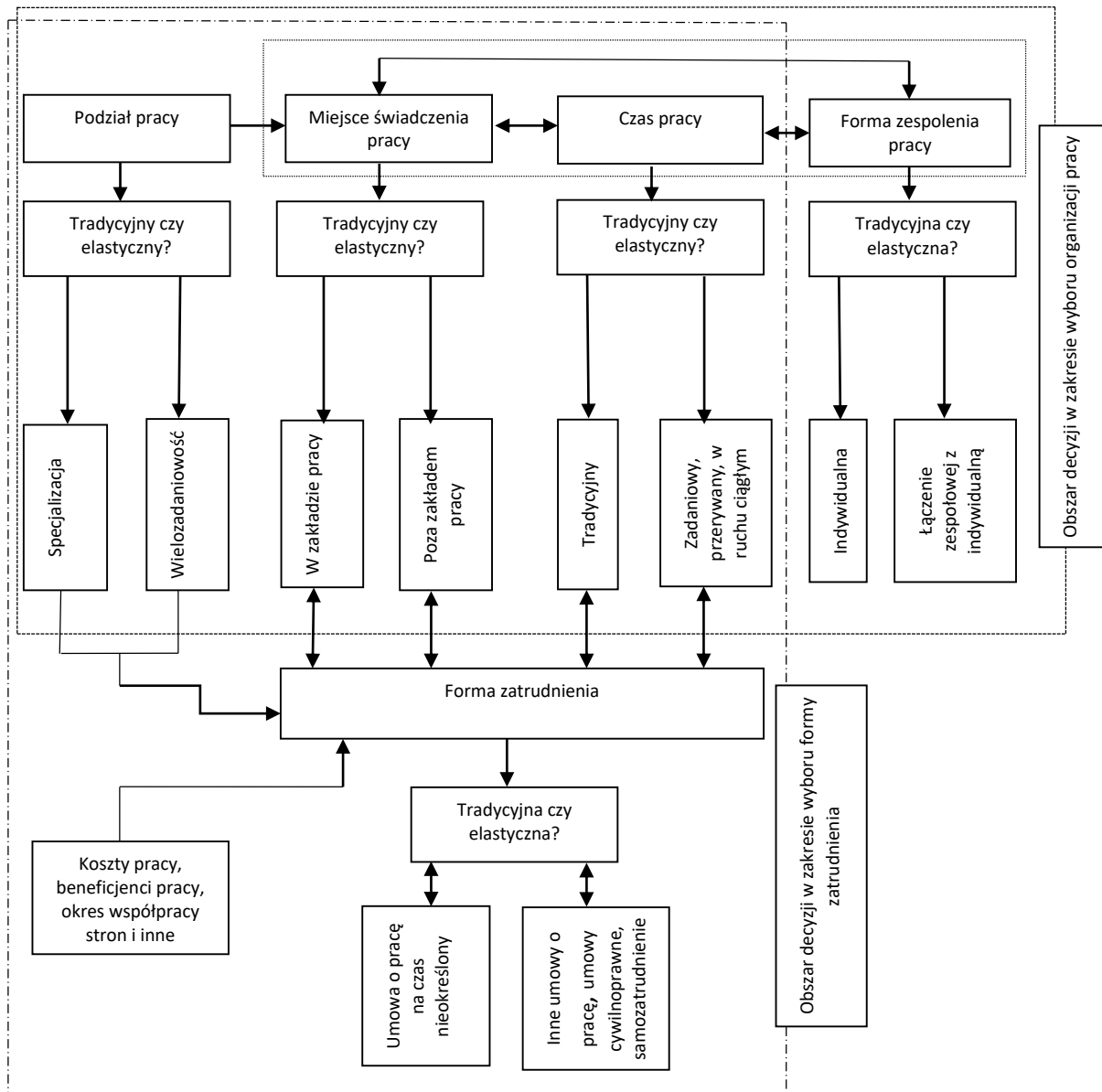
W procesie organizowania pracy istotne są jej formy zależne przede wszystkim od rodzaju działalności przedsiębiorstwa. Formy organizacji pracy dzieli się więc na pracę (Jasiński, 2009, s. 977):

- indywidualną - najprostszą, gdyż osoba wykonująca obowiązki jest organizatorem własnej pracy, wymaga więc na ogół wysokich kwalifikacji zawodowych,
- zespołową, czyli wyższą formę organizacji pracy, która pozwala uzyskiwać wyższe rezultaty niż wynikałoby to z prostego sumowania pracy każdego z jej uczestników.

Organizacja pracy ma istotny wpływ na działalność i funkcjonowanie przedsiębiorstwa. Dlatego powinna być analizowana na bieżąco i dostosowywana do potrzeb oraz możliwości przedsiębiorstwa. Wykorzystywanie zatrudnienia pracowniczego i niepracowniczego w procesie organizowania pracy daje szerokie możliwości zarówno pracodawcy, jak i osobom zatrudnianym. Ciekawe i oddające istotę sprawy zdaje się stwierdzenie A. Musiały (2011, s. 31), że kontraktowanie pracy poza umową o pracę na dużą skalę jest nową formą organizacji pracy.

Rodzaje organizacji pracy stosowane w przypadku zatrudnienia pracowniczego i niepracowniczego są wprawdzie podobne, jednak zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych w związku z Kodeksem cywilnym (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964) dzięki większej możliwości ich uelastycznienia, z uwagi m.in. na niezwiązanie z przepisami Kodeksu pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974), daje więcej możliwości dostosowania organizacji pracy

zarówno do potrzeb pracodawcy, jak i osób zatrudnionych. A. Jagoda opracowała schemat, w którym określiła obszary powiązanych decyzji w zakresie stosowania organizacji pracy oraz wyboru formy zatrudnienia w przedsiębiorstwie (rys. 5).



**Rysunek 5. Obszary powiązanych decyzji w zakresie organizacji pracy i wyboru formy zatrudnienia w przedsiębiorstwie**

Źródło: (Jagoda, 2017, s. 55)

Jak wynika z rys. 5 przy podejmowaniu decyzji w zakresie sposobu organizacji pracy oraz wyboru optymalnej formy zatrudnienia istotnych jest wiele czynników, a więc: podział pracy, czyli rodzaj i zakres działań przydzielonych pracownikowi do wykonywania, miejsce pracy, w

którym pracownik ma te obowiązki wykonywać, czas pracy, w którym praca ma być świadczona, system pracy, jak również koszty pracy, beneficjenci pracy, czy też długość nawiązywanej współpracy przez strony (por. Skowron-Mielnik, 2012, s. 69-70; Jagoda, 2017, s. 55-56). Inne kwestie związane z procesem organizacji pracy nierozzerwalnie związane z wymienionymi wyżej, to (Jagoda, 2017, s. 49):

- organizacja współdziałania,
- organizacja i obsługa stanowisk pracy,
- przebieg procesu pracy,
- metody pracy (sposobu i kolejności wykonywania przez pracownika poszczególnych czynności),
- normowanie wykonywania pracy,
- kształtowanie warunków pracy (bezpieczeństwo pracy, higiena pracy, kultura oraz estetyka miejsca pracy),
- aktywizacja pracowników.

Istotnym jest, że przedmiotem podlegającym organizowaniu jest najczęściej czas pracy, zaś w ostatnim czasie, ze względu na rosnącą popularność telepracy, również przestrzeń pracy, zaś coraz rzadziej organizowanie odnoszone jest do treści pracy, czyli zadań (Skowron-Mielnik, 2012, s. 27).

Autorka w niniejszej dysertacji skupia się na organizowaniu pracy rozpatrywanym przez pryzmat czasu pracy. Jest to czynnik najistotniejszy, zdaniem autorki, w przypadku rozważania organizacji pracy w podmiotach leczniczych, gdyż świadczenia zdrowotne wykonywane są w sposób zorganizowany w różnych systemach oraz rozkładach czasu pracy na podstawie różnych form zatrudnienia, ale w jednym konkretnym miejscu: podmiocie leczniczym. Telemedycyna rozwija się wprawdzie w bardzo szybkim tempie, ale nie jest jeszcze na tyle rozpowszechniona i w pewien sposób ograniczona technologicznie (rodzaj pracy zdalnej), aby mogła zastąpić zdecydowaną większość bezpośrednich działań personelu medycznego przy pacjentach. Wobec powyższego miejsce świadczenia pracy w przypadku personelu medycznego jest istotne jedynie w sytuacji, gdy personel zatrudniony jest u więcej niż jednego pracodawcy - z punktu widzenia współpracy między przedsiębiorstwami oraz w przypadku wykorzystywania możliwości związanych z zastosowaniem telemedycyny.

Od samego początku swego istnienia, nauki o zarządzaniu silnie były zainteresowane zjawiskiem czasu (Kostera i Śliwa, 2012, s. 267). Czas jest jednym z czynników wykorzystywanych w konkutowaniu przedsiębiorstw na rynku. Strategiczne podejście do czasu pracy pracowników oznacza dążenie firmy do powiązania systemu czasu pracy z celami strategicznymi firmy, dzięki czemu stanowi on istotne narzędzie ułatwiające szybkie oraz elastyczne dostosowanie się organizacji do jej otoczenia, natomiast wewnątrz firmy może on mieć wpływ na poprawę wyników, podniesienia efektywności jej działania, a przez to do zwiększenia konkurencyjności firmy (Stabryła, 2010, s. 388).

W literaturze przedmiotu prezentowane są różne poglądy na temat czasu. W tabeli 5 przedstawione zostały poglądy niektórych autorów w tym zakresie.

**Tabela 5. Wybrane poglądy na temat czasu**

Autor	Poglądy na temat czasu
Arystoteles	W odniesieniu do przyrody: substratem czasu jest ruch.
Franklin B.	Czas to ograniczone dobro, „pieniądz”.
Drucker P.	Czas jest wyznacznikiem skuteczności działania.
Penc J.	Czas jest mierzalnym parametrem oceny wykonania zadań, miernikiem efektywności gospodarowania i odnoszenia sukcesów na rynku.
Dymarczyk W.	Podobnie jak większość innych dóbr czas zaczyna podlegać wszechogarniającemu prawu popytu i podaży, a w związku z tym ma swoją cenę wyrażoną w pieniądzu.
Weber M.	Efektywne wykorzystanie czasu staje się <i>modus operandi</i> rodzącego się kapitalizmu, któremu sprzyjają określone postawy wobec pracy.
Łagosz M.	W stosunku do bytu społecznego: substratem czasu jest praca. Gdy intensywniej pracujemy, możemy więcej wytworzyć, ale czas płynie niezależnie od tego swoim rytmem.
Adam B.	W dobie rozwiniętego kapitalizmu czas stał się towarem, który należy okiełznać, by osiągnąć wyższy zysk. Czas jawi się jako narzędzie służące regulacji zachowania.

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Lipka, Król, Waszczak i Dudek, 2014, s. 38-39)

Czas pracy jest jednym z podstawowych pojęć ekonomicznych i społecznych występujących w organizacji gospodarczej, którego kształtowanie i wykorzystanie jest swoistym świadectwem umiejętności gospodarowania (Skowron-Mielnik, 2003, s. 9). Czas pracy można zdefiniować jako czas zużywany przez człowieka w procesach realizacji zadań lub okres, w



którym człowiek wydatkuje swoją siłę roboczą w procesie wytwarzania dóbr i usług (Skowron-Mielnik, 2003, s. 9).

Wykorzystanie czasu jest jednym z ważniejszych, a także trudniejszych zadań, więc sukces w znacznej mierze zależy od jakości działania (Karney, 2004, s. 143). Jak napisali W. Kłos i A. Grycuk (2013, s. 57): czas pracy stanowi pierwszy element prawa pracy i został unormowany zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym: m.in. w 1802 roku w Wielkiej Brytanii przyjęto *The Factor Health and Morale Act*, a w 1919 roku uchwalono konwencję nr 1 Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) w zakresie czasu pracy w przemyśle. Regulacje te polegały na zmniejszeniu dopuszczalnego wymiaru czasu pracy: prawo angielskie wprowadziło ograniczenia w zatrudnianiu młodocianych, a konwencja MOP ustanowiła standard 8-godzinnego dnia pracy i 48-godzinnego tygodnia pracy (Kłos i Grycuk, 2013, s. 57).

Czas pracy pełni liczne funkcje rozpatrywane w następujących aspektach (Skowron-Mielnik, 2003, s. 9-10):

- społecznym lub socjologicznym – jako regulator rytmu życia zatrudnionych; długość czasu pracy wyznacza czas pozostający na życie rodzinne, społeczne, osobiste,
- ekonomicznym – jako miernik umiejętności gospodarowania (wzrost ilości wytworzonych wartości), miernik płacy (kryterium podziału dochodu narodowego), miernik rzeczowych nakładów produkcyjnych (wartość dóbr wytworzonych w jednostce czasu odzwierciedla koszty produkcji, a opłata czasu jest ich elementem), miernik efektywności pracy (pracochłonność określająca ilość pracy przypadającą na jednostkę wyrobu),
- prawnym – czas pracy wyraża obowiązek trwania określonych czynności w systemie pracy, jest elementem stosunku pracy, a przez to składnikiem umowy o pracę wiążącej pracownika i pracodawcę.

Czas pracy można rozpatrywać także w kategoriach (Jagoda, 2017, s. 69):

- socjoekonomicznej, jako regulator społecznych i gospodarczych mechanizmów,
- prawnej, gdyż z jednej strony definiuje pojęcie czasu pracy, wskazuje na jego normy i wymiar, z drugiej natomiast pokazuje możliwe do wprowadzenia w praktyce gospodarczej formy organizacji czasu pracy.

Czas jest więc dobrem wartościowym, uznawanym zarówno przez ekonomistów, pracodawców, jak i pracowników. Znaczenie czasu wymusza zatem odpowiednie (efektywne)

nim zarządzanie. Zgodnie z przepisami prawa kształtowana jest praktyka gospodarowania czasem pracy, którą charakteryzuje przede wszystkim (Skowron-Mielnik, 2003, s. 24):

- tendencja do skracania i uelastyczniania czasu pracy,
- wzrost znaczenia ekonomicznych przesłanek w przywołanych wyżej sposobach kształtowania czasu pracy,
- odchodzenie od tradycyjnej drogi ustawowego regulowania czasu pracy oraz zastąpienie jej systemem regulowania czasu pracy w układach zbiorowych pracy.

Przepisy prawa międzynarodowego wyznaczają minimalne standardy wymiaru czasu pracy, a ich zasadniczym celem jest ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracowników (Kłos i Grycuk, 2013, s. 58). Poza funkcją ochronną przepisy prawa stanowią w wielu krajach również funkcję organizacyjną poprzez zagwarantowanie pracodawcy możliwości efektywnej organizacji pracy.

Węzłowymi obszarami zadaniowymi zarządzaniem czasem pracy są planowanie funduszu czasu pracy, określenie optimum czasu pracy oraz sprecyzowanie wymiaru czasu pracy dla poszczególnych grup pracowniczych, doskonalenie systemu czasu pracy, określenie formy prawnej zatrudnienia oraz opłacania czasu pracy, ograniczenie strat czasu pracy, racjonalne wykorzystanie pracy w godzinach nadliczbowych, analiza efektywności pracy, ocena zarządzania czasem pracy (Stabryła, 2010, s. 389-390). Aby zarządzać właściwie czasem należy sobie uświadomić, jaką jest on wartością dla prawidłowego funkcjonowania gospodarki, a także wiedzieć, jak rządzić czasem własnym i osób zatrudnionych (Kardas i Wójcik-Augustyniak, 2008, s. 517).

W państwach członkowskich UE w zakresie czasu pracy stosowane są (Kłos i Grycuk, 2013, s. 60):

- zasady zawarte w art. 31 Karty praw podstawowych UE dotyczące należytych i sprawiedliwych warunków pracy,
- postanowienia dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącej niektórych aspektów czasu pracy (Dyrektywa z dnia 4 listopada 2003), której podstawę prawną stanowi art. 153 ust. 1 lit. a Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej dotyczący polepszania środowiska pracy w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników.

W Polsce zagadnienia czasu pracy regulowane są przede wszystkim przepisami Kodeksu pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku). Czasem pracy jest więc czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Gospodarowanie czasem wymaga mierników controllingu czasu pracy, które są ważne z uwagi na to, iż wynagrodzenie za czas pracy, choć nie stanowi jedynego miernika płacy, jest elementem kosztów produkcji (Lipka, Król, Waszczak i Dudek, 2014, s. 39). Mierniki mogą odnosić się do (dynamiki) wydajności pracy, pracochłonności (jako jej odwrotności, czyli czasu potrzebnego na wygenerowanie jednostki produktu lub usługi), oszczędności, nakładów pracy żywej oraz uwzględniać czas kalendarzowy, nominalny, przepracowany bądź efektywny (Lipka, Król, Waszczak i Dudek, 2014, s. 39).

Istotnym jest, że bez względu na formę zatrudnienia zarządzanie czasem pracy wpływa na (Stabryła, 2010. s. 390):

- finanse przedsiębiorstwa,
- relacje z klientami (również z pacjentami),
- koszty pracy i jej wydajność,
- proces kształtowania potencjału pracy,
- innowacyjność przedsiębiorstwa i pobudzanie innowacji.

Pracownicy mają obowiązek potwierdzać obecność w pracy w sposób przyjęty u danego pracodawcy. Najczęściej w sposób tradycyjny na liście obecności. Od kilku już lat stosowane są również inne sposoby rejestrowania czasu pracy: wszelkiego rodzaju rejestratory kart elektronicznych, czytniki linii papilarnych, i inne urządzenia, za pomocą których potwierdza się przybycie oraz wyjście z pracy i coraz częściej przemieszczanie się po terenie zakładu pracy. Zastosowanie w tym zakresie mają także systemy informatyczne, w których wypełniane są wszelkiego rodzaju dokumenty. Te systemy stanowią zarówno potwierdzenie obecności w pracy, jak i wykonywanie obowiązków przez poszczególnych pracowników. Jednym z obowiązków pracownika jest sumienne i staranne wykonywanie pracy oraz przestrzeganie czasu pracy ustalonego w zakładzie, często więc kontrolując jego realizację, pracodawcy coraz częściej korzystają z nowoczesnych środków rejestracji obecności pracownika w firmie, a nawet monitorowania sposobu wykorzystywania przez niego czasu pracy (Prasołek, 2011, s. 6). Czas pracy nadzorowany jest przez pracowników wyznaczonych przez pracodawcę, zazwyczaj kierowników (bezpośrednich przełożonych). W celu nadzorowania przestrzegania

dyscypliny czasu pracy przeprowadzane są kontrole przestrzegania czasu pracy, gdyż rozliczenie czasu pracy stanowi podstawę do naliczenia wynagrodzenia. Dotyczy to zarówno pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jak również osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

W przypadku umów o pracę czas pracy unormowany jest w sposób szczególny. Tak restrykcyjne unormowania powinny dotyczyć również zatrudnienia niepracowniczego. Czas pracy jest zagadnieniem niezwykle ważnym nie tylko z uwagi na zainteresowanie Państwowej Inspekcji Pracy, samorządów zawodowych czy związków zawodowych, ale przede wszystkim z uwagi na zdrowie i życie zatrudnianego personelu.

Do celów rozliczania czasu pracy pracownika istotne są pojęcia:

- doby pracowniczej, czyli 24 kolejnych godzin liczonych od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,
- tygodnia pracowniczego, czyli 7 kolejnych dni kalendarzowych, poczynając od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego obowiązującego pracownika,
- okresu rozliczeniowego – długość okresu może wynosić od 4 tygodni do 12 miesięcy, i jest liczony odpowiednio: od pierwszego dnia tygodnia lub od pierwszego dnia miesiąca począwszy od dnia ustalenia i obowiązywania u danego pracodawcy.

Czas jako wartość wymienna staje się więc zmienną ekonomiczną, która może być optymalizowana poprzez odpowiednie gospodarowanie, przy czym gospodarka czasu zbudowana jest na fundamencie czasu zegarowego (Lipka, Król, Waszczak i Dudek, 2014, s. 39). Czas pracy stanowi jeden z elementów strukturyzacji pracy, czyli kształtowania treści i warunków pracy, obejmującego trzy aspekty pracy: rzeczowy – określanie zadań do wykonania, przestrzenny – organizowanie miejsca pracy oraz czasowy – kształtowanie czasu pracy niezbędnego do realizowania powyższych zadań w danym miejscu pracy, co jest niezwykle istotne w związku ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu związanymi z rosnącą konkurencją, nowymi technologiami, zmiennością potrzeb klientów, rosnącymi kosztami zatrudnienia, wyższym poziomem kwalifikacji zatrudnionych oraz przemianami społecznymi oznaczającymi zmianę oczekiwań wobec pracy (Skowron-Mielnik, 2003, s. 32). Nieefektywne gospodarowanie czasem pracy przekłada się na wzrost kosztów wynagrodzeń oraz skutkować może narażeniem personelu na utratę zdrowia i/lub życia, jak również odpowiedzialnością przed instytucjami kontrolującymi czas pracy pracowników. Jak uważa Z. Hajn (Kryńska, 2003,

s. 65), w zakresie organizacji czasu pracy istotne znaczenie dla elastyczności popytu na pracę mają okresy rozliczeniowe oraz systemy czasu pracy. Okres rozliczeniowy to czas, w którego ramach dokonuje się ustalenia, czy faktycznie przepracowany wymiar czasu pracy mieści się w granicach norm, czy też zostały te normy przekroczone, przy tym nie ulega wątpliwości, że im dłuższy okres rozliczeniowy, tym łatwiej (bardziej elastycznie) pracodawca może dostosowywać czas pracy pracowników do swoich potrzeb (Kryńska, 2003, s. 65) .

W okresie ostatnich dwóch dekad na europejskim rynku pracy wprowadzono wiele zasadniczych zmian mających wpływ na ogólną długość oraz rozkład czasu pracy czego efektem jest (Kłos i Grycuk, 2013, s.58):

- ogólny spadek łącznego czasu pracy,
- duże zróżnicowanie czasu pracy pomiędzy grupami pracowników w wyniku zwiększenia liczby osób pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- zmniejszenie liczby osób pracujących powyżej 48 godzin tygodniowo
- spadek liczby godzin pracy ustalanych w układach zbiorowych,
- stopniowe odchodzenie od standaryzacji indywidualnego wymiaru czasu pracy, który coraz bardziej jest zróżnicowany w ciągu roku lub w ciągu całego życia zawodowego pracownika i podlega coraz większej elastyczności.

Decyzję w zakresie organizacji pracy pracowników podejmuje pracodawca. Nie może to być jednak decyzja jednostronna. Zmiana organizacji pracy może się więc odbyć za zgodą pracownika (porozumienie), a w przypadku, gdy pracownik nie wyrazi zgody - pracodawca musi wypowiedzieć warunki pracy temu pracownikowi. Istnieje również możliwość zaproponowania przez pracownika zmiany obowiązującej jego organizacji pracy. W tej sytuacji zauważyć można nierówność stron umowy, gdyż pracodawca, podobnie jak pracownik, może wyrazić zgodę lub nie wyrazi zgody, ale w tej sytuacji pracownik pracuje nadal w warunkach, które nie spełniają jego oczekiwań lub rezygnuje z zatrudnienia u tego pracodawcy. W obecnej sytuacji na rynku pracy, zwłaszcza na rynku usług medycznych, pracodawcy w celu pozyskania pracowników często muszą brać pod uwagę wymagania w zakresie warunków zatrudnienia osób zatrudnianych.

### **3. Uelastycznienie form zatrudnienia i organizacji pracy jako efekt wpływu uwarunkowań społeczno-ekonomicznych**

Zmiana struktur organizacyjnych wpłynęła na potrzebę redefinicji systemu zarządzania, który pod koniec XX i na początku XXI wieku przyjął nową orientację – nowoczesne zarządzanie w warunkach ery postindustrialnej charakteryzujące się dużą aktywnością, zmiennością, kreatywnością, elastycznością, a proces zarządzania jest coraz bardziej oparty na zdolnościach radzenia sobie z ciągłymi zmianami, a nie ze stabilnością, dlatego też większego znaczenia nabiera zarządzanie zmianą (Stroińska, 2012, s. 42). Jak stwierdza F. M. Lo Verde (2006, s. 574), aspektem istotnie różnicującym nowoczesność i ponowoczesność jest fakt, że w nowoczesności istotne są powiązane ze sobą: projektowanie, programowanie, synchronizowanie - czyli organizowanie czasu społecznego i jednostkowego, przy czym potrzebie organizacji czasu i przestrzeni, wraz z konsekwencjami mającymi związek z powiązaniem międzyjednostkowym, odpowiada bezpieczeństwo socjalne, integracja, dobrostan zbiorowy, i tak dalej. Natomiast w ponowoczesności: projektowanie i planowanie mogą stawać się niebezpieczne, gdyż zmienność i szybkość zmian zarówno w świecie pracy, jak i w relacjach społecznych, wymagają zdolności do natychmiastowej adaptacji, fleksybilności (jest to pojęcie kluczowe związane i obecnie w ponowoczesności, metafora współczesnego egzystowania (Lo Verde, 2006, s. 574). W Anglii oraz w krajach Ameryki Północnej w miarę jak rewolucja przemysłowa tworzyła nową gospodarkę z rosnącą klasą średnią, urbanizacją, robotnikami, związkami zawodowymi i wielkimi finansami, sądownictwo obu tych krajów intensywnie rozwijało doktrynę kontraktów (Young, 2005, s. 102). Uczestnicy gry gospodarczej postrzegani byli jako autonomiczni, wzajemnie równi i zdolni do targowania się o najlepszy dla siebie wynik, więc swoboda zawierania kontraktów promowała autonomię i elastyczność na rynku lepiej niż przestrzeganie starych reguł prawa (Young, 2005, s. 102). Determinantami informacyjnego paradygmatu pracy są więc m.in.: przestrzenna dyslokacja („wszędzie”), ciągłe zmiany i krótkoterminowa elastyczność („nic na długo”), elastyczny i zróżnicowany czas pracy („o każdej porze”), transgresja granic w komunikacji i kooperacji oraz własna działalność i odpowiedzialność za zabezpieczenie socjalne (Patulski, 2008, s.3). W warunkach polskich elastyczność zatrudnienia często sprowadza się do elastycznego rozliczania czasu pracy, np. w okresach rocznych, a np. w Wielkiej Brytanii zawiera się umowy

tzw. „zero godzin”, na podstawie których zatrudnieni pracownicy czekają aż zostaną wezwani do pracy (Szaban, 2013, s. 55).

Istotnym jest, iż budowa elastycznego rynku pracy to nie tylko wprowadzenie większej elastyczności przepisów prawa, ale także umożliwienie swobodnego działania różnym podmiotom publicznym i prywatnym poprzez mniejszą ingerencję państwa w dziedzinę zbiorowych stosunków pracy oraz zwiększenie swobody podmiotów gospodarczych, co mogłoby ułatwić przepływ zasobów pracy (Męcina, 2013, s. 69). Biorąc pod uwagę poziom bezrobocia niezbędne jest wdrażanie rozwiązań zmniejszających to zjawisko. Wymienić tu można podejście *flexicurity*, które polega na stosowaniu na rynku pracy, zarówno w efekcie decyzji podejmowanych przez pracodawców, jak i pracowników, elastycznych form zatrudnienia przy jednoczesnej dbałości o bezpieczeństwo tego zatrudnienia. Lepsze zrozumienie cech charakterystycznych oraz rozwoju nowych form zatrudnienia, jest bardzo istotne jako podstawa świadomego kształtowania polityki (Eurofound, 2020, s. 53). Jednak obecnie wiedza na temat elastycznej organizacji pracy nie jest w pełni ugruntowana zarówno od strony teoretycznej (znajomość form), jak i praktycznej (przyczyny, zakres zastosowania, efekty wdrożonych rozwiązań) (Skowron-Mielnik, 2012, s. 121).

Motywy i zakres występowania elastyczności zatrudnienia z punktu widzenia pracodawcy wiążą się z możliwością rezygnacji z pracownika w sytuacji obniżonego zapotrzebowania na pracę (niezależnie od elastyczności czasu pracy, np. w ramach wydłużonego okresu rozliczenia) wraz z jednoczesnym zapewnieniem możliwości pozyskania pracownika w przypadku ponownego wzrostu, jak również ograniczaniem kosztów pracy ponoszonych przez pracodawcę w relacji do motywacji pracownika i wartości jaką otrzymuje (wynagrodzenie netto) (Skowron-Mielnik i Wojtkowiak, 2016, s. 82-83). Do instrumentów, które zapewniają elastyczność zatrudnienia, zalicza się przede wszystkim (Skowron-Mielnik i Wojtkowiak, 2016, s. 84):

- korzystanie z umów terminowych,
- kontraktowanie pracy,
- korzystanie z umów cywilnoprawnych,
- wynajem pracowników tymczasowych za pośrednictwem agencji pracy tymczasowej, wykorzystywanie umów o współpracy z osobami prowadzącymi działalność gospodarczą (samozatrudnienie), realizowanych w praktyce na zasadach pracy

zgodnie z jej charakterem określonym w Kodeksie pracy, przy zapewnieniu formalnego stosunku cywilnoprawnego, opartego na Kodeksie cywilnym.

Elastyczność pracy obejmuje wiele różnorodnych instrumentów i sposobów, dzięki którym istnieje możliwość lepszego dopasowania do siebie podaży pracy z popytem na pracę, i to z trzech punktów widzenia: rynku pracy, przedsiębiorstwa, a także pracownika (Skowron-Mielnik, 2012, s. 60). Te same rozwiązania mogą być stosowane również w czasie zaistnienia sytuacji epidemiologicznej na świecie spowodowanej pandemią wywołaną SARS-Cov-2. Skutki zakażenia wirusem w skali światowej oraz rozwiązania organizacyjne w zakresie świadczenia pracy przez pracowników oraz świadczenia usług przez osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych pokazały, że możliwości w tym zakresie są nieograniczone, a elastyczność zatrudnienia umożliwia pracę w dobie rygorystycznych ograniczeń w ogóle. Europę charakteryzuje coraz większa różnorodność form zatrudnienia i choć większość z nich stosowana jest jeszcze na niewielką skalę, stwarzają dla gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa szerokie możliwości (Eurofound, 2020, s. 53). Praca mobilna i praca na platformie, oparte na ICT, zyskują na znaczeniu, zwłaszcza ostatnio w „nowej normalności” technologie cyfrowe odegrały istotną rolę w utrzymaniu działalności gospodarczej, siły roboczej i społeczeństwa na powierzchni w szczytowym okresie kryzysu zdrowotnego COVID-19 w pierwszej połowie 2020 roku (Eurofound, 2020, s. 53).

Termin „elastyczne formy zatrudnienia” stosowany jest umownie do określenia zatrudnienia w innej formie niż tradycyjna, czyli zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych i jest zjawiskiem przeciwstawnym względem typowego zatrudnienia, czyli na podstawie umowy o pracę (Szmidt, 2016, s. 37-38). Uelastycznienie form zatrudnienia może polegać na zmianie organizacji pracy zatrudnienia pracowniczego np. poprzez uelastycznienie czasu pracy lub miejsca pracy, albo zastosowanie zatrudnienia niepracowniczego, tj. zatrudnienia na innej podstawie niż Kodeks pracy (Król, 2014, s. 50). Problematyka elastyczności rynku pracy obejmuje takie kwestie, jak: elastyczność warunków zatrudniania oraz zwalniania pracowników przy zachowaniu wystarczającej ochrony prawnej zatrudnienia, różnorodność form świadczenia pracy, ruchomy czas organizacji pracy, a także problem wzrostu stopy zatrudnienia różnych grup społeczeństwa (rozwój spójności społecznej), co powoduje, że wzrost elastyczności rynku pracy związany jest z transformacją od modelu państwa opiekuńczego (*welfare state*) do modelu państwa pracy (*workfare state*)



(Majewska i Samol, 2016, s. 21). Podkreślić więc tutaj należy znaczenie relacji między formami zatrudnienia oraz organizacji pracy, która to relacja jest często ujmowana w związku z elastycznością zatrudnienia.

Jednym ze sposobów zwiększenia elastyczności całej organizacji jest elastyczność pracy, na którą składają się oddziałujące na siebie wzajemnie (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szabłowska-Juckiewicz, 2015, s. 33-34):

- elastyczność zatrudnienia (zwana numeryczną lub ilościową),
- elastyczność płac (zwana kosztową),
- elastyczność czasu pracy,
- elastyczność podaży pracy (zwana funkcjonalną).

Ich klasyfikację przedstawiono w tabeli 6.

**Tabela 6. Elastyczność pracy – elastyczności szczegółowe**

Rodzaj elastyczności	Opis	Instrumenty	Ograniczenia
Płac	Dostosowywanie poziomu, rozpiętości i struktury wynagrodzeń w organizacji do efektów pracy pracowników oraz do innych czynników związanych z funkcjonowaniem organizacji i rynku pracy.	Wynagrodzenia zmienne, zindywidualizowane, powiązane z efektami pracy, wynagrodzenia pakietowe, kafeteria.	Płaca minimalna, system stosunków zbiorowych, indeksacja płac, działalność związków zawodowych, klin podatkowy, dostępność do świadczeń emerytalnych, rentowych, dla bezrobotnych.
Funkcjonalna	Dostosowywanie istniejącego w organizacji kapitału ludzkiego do jej potrzeb poprzez zwiększenie mobilności pracowniczej.	Wewnętrzna – wielozadaniowość, wielokwalifikacyjność, rotacja stanowisk pracy, wzbogacanie pracy, rozszerzanie i zmiana kwalifikacji.  Zewnętrzna – pracownicy wiedzy, niezależność kapitału ludzkiego, doradztwo; zmiana miejsca pracy.	Koszty szkoleń, niechęć do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, brak skłonności do zmiany miejsca zamieszkania, trudności komunikacyjne.

Rodzaj elastyczności	Opis	Instrumenty	Ograniczenia
Czasu pracy	Dostosowywanie długości i rozkładu czasu pracy pracowników do aktualnych potrzeb organizacji.	Wewnętrzna – ruchomy czas pracy w ciągu dnia (różne godziny rozpoczęcia i końca pracy), tygodnia, miesiąca, roku, praca zmianowa, nadgodziny, niepełny wymiar czasu pracy.  Zewnętrzna – umowy terminowe, praca tymczasowa, outsourcing; wcześniejsze emerytury.	Regulacje prawne oraz wewnątrzorganizacyjne dotyczące wymiaru czasu pracy, brak akceptacji skracania czasu pracy, brak skłonności pracobiorców do pracy w nadgodzinach, ustawowo określone granice wieku produkcyjnego.
Zatrudnienia	Dostosowywanie liczby i struktury zatrudnionych do aktualnych potrzeb organizacji.	Wewnętrzna – umowy w niepełnym wymiarze czasu pracy, elastyczny czas pracy, nadgodziny, kariera przerywana, opcje urlopowe, elastyczna emerytura.  Zewnętrzna – praca tymczasowa, praca dorywcza, praca sezonowa, praca na wezwanie, umowy terminowe, outsourcing, telepraca, praca nakładcza.	Ochrona stosunku pracy, koszty i czas rekrutacji i derekrutacji, brak uregulowań prawnych dotyczących elastycznych form zatrudnienia, niechęć pracobiorców do podejmowania pracy w ramach elastycznych form zatrudnienia.

Źródło: (Król, 2014, s. 26)

Zidentyfikowano cztery zasadnicze obszary elastyczności w kształtowaniu zatrudnienia, do których należą (Bień, 2013, s. 16):

- elastyczność ilościowa polegająca na dostosowywaniu poziomu nakładu pracy stosownie do wymagań związanych ze skalą produkcji (zmiana liczby zatrudnionych i czasu pracy),
- elastyczność zadaniowa będąca zdolnością firmy do osiągania i rozwijania umiejętności swoich pracowników do wykonywania danych zadań określonych wymogami stosowanych metod produkcji, technologii (szkolenia, rozwój umiejętności pracowników),
- przenoszenie zatrudnienia poza firmę (outsourcing) poprzez zawieranie kontraktów na wykonanie określonych zadań czy usług,

- elastyczność płac kształtowana poprzez system wynagrodzeń, dzięki którym organizacja pozyskuje pożądaną strukturę i stopień elastyczności pracowników.

B. Skowron-Mielnik (2012, s. 155-159) wyróżnia także trzy typy mechanizmów kształtowania elastycznej organizacji pracy:

- kosztowy – przesłanki do uelastycznienia organizacji pracy mają swoje źródło w potrzebie racjonalizacji kosztów pracy,
- społeczny – impuls do zmian pochodzi od pracowników (np. zmiana sytuacji rodzinnej) lub ze źródeł zewnętrznych o charakterze społecznym, czyli rynku pracy, sytuacji społecznej (zmiany demograficzne, poziom i struktura bezrobocia, zmiany postaw wobec pracy),
- sprawnościowy – rozwiązanie, które łączy optymalizację ekonomiczną i społeczną: jeżeli trzeba zrobić coś dla pracowników, to niech to się opłaca przedsiębiorstwu i na odwrót.

Wybór typu mechanizmu kształtowania elastyczności zależy od sytuacji, potrzeb oraz możliwości danej organizacji.

Jednocześnie elastyczność pracy może mieć charakter (Król, 2014, s. 25):

- reaktywny, gdy rozbieżności między stanem posiadanym, a pożądanym są eliminowane natychmiast,
- inercyjny, gdy rozbieżności są eliminowane, tylko z pewnym opóźnieniem,
- antycypacyjny polegający na przewidywaniu przyszłych rozbieżności i podejmowaniu odpowiednich działań z wyprzedzeniem,
- kreatywny, w ramach której podejmowane działania nie są odpowiedzią na zachodzące zmiany.

Do zalet elastycznych form zatrudnienia zaliczane są m.in.: minimalizacja kosztów pracy, dostosowanie stanu i struktury zatrudnienia do potrzeb przedsiębiorstwa, nawet w krótkim czasie, pełniejsze wykorzystanie potencjału zatrudnionych, ograniczenie rozmiaru świadczeń pracowniczych, ograniczenie kosztów szkoleń personelu, rekrutację, selekcję oraz dobór kadr, możliwość zatrudnienia u więcej niż jednego pracodawcy (Sekuła, 2010, s. 105-106). Zaletą stosowania elastycznych form zatrudnienia jest również możliwość szybkiego dostosowania liczby personelu oraz profilu kwalifikacji personelu zatrudnianego w przedsiębiorstwie do zmieniających się warunków otoczenia, konkurencji lub do potrzeb tego przedsiębiorstwa.

Zdaniem A. Chobota (1997, s. 40) różne formy uelastycznienia zatrudnienia, polegające m.in. na czasowym zmniejszeniu godzin pracy, są alternatywą dla zwolnień.

Możliwości stosowania elastycznych rozwiązań w sferze zatrudnienia w przedsiębiorstwach mogą obejmować pracę w różnych wymiarach czasu pracy, umowy terminowe, zwiększenie dopuszczalnych godzin nadliczbowych, większą swobodę formułowania treści umowy o pracę oraz ułatwienie w rozwiązywaniu umowy o pracę, co mogłoby sprzyjać większemu dostosowaniu podaży pracy do zmiennych potrzeb przedsiębiorcy, wynikających z wahań zapotrzebowania na usługi, jak również tworzenie większej liczby nowych miejsc pracy (Przybyszewski, 2007, s. 135-136). W tabeli 7 przedstawiono podział elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy.

**Tabela 7. Podział elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy**

Kryterium podziału	Rodzaje	Przykłady
Okres obowiązywania umowy	Nieograniczone w czasie	Mianowanie, umowy o pracę na czas nieokreślony
	Ograniczone w czasie	Umowy terminowe, praca tymczasowa
Wymiar czasu pracy	Pełny wymiar czasu pracy	Kontrakt menedżerski, mianowanie
	Niepełny wymiar czasu pracy	Umowa o pracę w niepełnym wymiarze godzin
Miejsce wykonywania pracy	W pomieszczeniach pracodawcy	Umowy o pracę
	W domu	Telepraca, praca nakładcza
Konfiguracja podmiotowa	Jednopodmiotowe	Samozatrudnienie
	Dwupodmiotowe	Umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, telepraca, kontrakt menedżerski, praca nakładcza
	Trójpodmiotowe	Outsourcing, praca tymczasowa, leasing pracowników
Stopień elastyczności	Mało elastyczne	Powołanie, mianowanie, wybór, umowa na okres próbny, umowa na czas wykonania określonej pracy, umowa na czas określony, umowa sezonowa, umowa w celu przygotowania zawodowego
	Średnio elastyczne	Umowa przedwstępna, umowa agencyjna, umowa o pracę nakładczą, leasing pracowniczy, praca w niepełnym wymiarze godzin
	Bardzo elastyczne	Kontrakty menedżerskie, umowa o dzieło, umowa zlecenia, telepraca, praca zewnętrzna

Źródło: (Król, 2014, s. 52-54)

Jednym z kryteriów podziału elastycznych form zatrudnienia jest przedział czasowy ich stosowania. W zmieniającym się otoczeniu i w zależności od sytuacji panującej na rynku pracy w określonym czasie stosowane są formy zatrudnienia dostosowane do tych realiów.

**Tabela 8. Rodzaje elastycznych form zatrudnienia według kryterium chronologicznego**

Podział według kryterium chronologiczne	Rodzaj umowy
Stare tradycyjne formy zatrudnienia	praca w niepełnym wymiarze czasu pracy, praca na czas określony, umowy cywilnoprawne, praca nakładcza/ chałupnictwo, samozatrudnienie
Nowe elastyczne formy zatrudnienia	praca tymczasowa, outsourcing, leasing pracowników, kontrakt menedżerski, telepraca

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Król, 2014, s. 53)

Kolejnym kryterium według, którego dokonywany jest podział elastycznych form zatrudnienia jest zakres ich elastyczności.

**Tabela 9. Podział elastycznych form zatrudnienia ze względu na ich zakres**

Podział według kryterium elastyczności	Rodzaj umowy
Mało elastyczne	powołanie, mianowanie, wybór, umowa na okres próbny, umowa na czas wykonywania określonej pracy, umowa na czas określony, umowa sezonowa, umowa w celu przygotowania zawodowego
Średnio elastyczne	umowa przedwstępna, umowa agencyjna, umowa o pracę nakładczą, leasing pracowniczy, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy
Bardzo elastyczne	kontrakt menedżerski, umowa o dzieło, umowa zlecenie, telepraca, praca zewnętrzna

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Król, 2014, s. 53)

Elastyczność obrazuje aktualny trend przejawiający się zwiększaniem różnorodności, orientacją na indywidualizację rozwiązań oraz brakiem obligatoryjności w zakresie gospodarowania kapitałem ludzkim z uwzględnieniem osobistych potrzeb pracobiorców (Król,

2014, s. 47). Elastyczność działania podmiotu gospodarczego jest warunkiem koniecznym dla jego przetrwania na współczesnym rynku, wymagającym, dynamicznie zmieniającym się rynku (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szablowska-Juckiewicz, 2015, s. 34). Jednak jeżeli koszty pracy w Polsce nadal będą wysokie, a przepisy prawa sztywne i zmuszające do biurokratyzacji zjawiska pracy, przedsiębiorcom nie będzie się opłacało tworzyć nowych miejsc pracy (Gersdorf, 2013, s. 14). Ze strony państwa więc wskazane byłoby dokonanie zmian w kodeksie pracy, które wyznaczyłyby ogólne granice dla elastyczności i swobody w zakresie regulowania czasu pracy w firmie (Nowak-Lewandowska, 2013, s. 264). Z perspektywy prawa pracy oraz prawa socjalnego konieczność uelastyczniania stosunków zatrudnienia musi iść w parze z tworzeniem nowych miejsc pracy oraz budowaniem systemu ochrony socjalnej, ochrony poziomu życia osób pracujących nie tylko w systemie prawa pracy (Gersdorf, 2013, s. 21).

Pierwotnie uelastycznienie zatrudnienia następowało poprzez swobodne, ograniczające wolność zatrudnionego dysponowanie przez podmiot zatrudniający wyłącznie w interesie przedsiębiorstwa (system taki obowiązuje jeszcze w Japonii), zaś obecnie w Europie reminiscencją jest równoważny czas pracy, w którym normy dobowe czasu pracy wydłużane są i skracane wyłącznie ze względu na znaczne wahania zapotrzebowania na pracę w zakładzie (we Francji znana jako kontrowersyjna instytucja prawna tzw. „*modulation*”) (Chobot, 1997, s. 51). Tabela 10 przedstawia zalety i wady uelastycznionych form zatrudnienia.

**Tabela 10. Zalety i wady elastycznych form zatrudnienia**

ZALETY	
PRACODAWCY	PRACOWNICY
obniżenie kosztów pracy	możliwość wykonywania pracy u więcej niż jednego pracodawcy
łatwiejsze dostosowanie stanu, struktury zatrudnienia do bieżących potrzeb firmy	wzrost szansy zatrudnienia w regionach wiejskich i o dużej stopie bezrobocia
łatwość rozwiązywania problemu zwolnień pracowników	możliwość dostosowania czasu pracy zatrudnionego do jego potrzeb (np. sytuacji życiowej i rodzinnej)
większa efektywność poprzez pełniejsze wykorzystanie potencjału pracy zatrudnionych (pracownicy skupiają się na pracy, nie zaś na życiu towarzyskim firmy)	więcej czasu wolnego dla osób, które nie traktują priorytetowo pracy zawodowej, bądź muszą przeznaczyć czas na inne cele, niższe napięcie i stres
ograniczenie rozmiaru świadczeń pracowniczych, kosztów na szkolenia, rekrutację, selekcję i dobór pracowników	możliwość wykonania nietypowych, sporadycznych prac
oszczędność środków finansowych i nakładów na tworzenie stanowisk pracy	wzrost aktywizacji osób, które ze względu na swoją sytuację (rodzinną, osobistą) nie mogą pracować w pełnym wymiarze

WADY	
PRACODAWCY	PRACOWNICY
słaba więź społeczna w środowisku pracy	brak bezpieczeństwa zatrudnienia i obawa przed utratą środków do życia
izolacja i rozproszenie pracowników, postrzeganie działalności firmy poprzez pryzmat własnej pracy	brak skutecznej ochrony prawnej związanej z wynagrodzeniem za pracę
trudności w zarządzaniu, związane z merytoryczną i czasową koordynacją prac	ograniczony dostęp do świadczeń pracowniczych lub ich brak
brak lub niski stopień utożsamiania się pracownika z firmą	brak lub znikome możliwości rozwoju (szkolenia, zdobywanie niezbędnych umiejętności)
ryzyko nie zapewnienia ciągłości pracy	zwiększenie wymagań w stosunku do wykonawcy (fachowość, samodzielność, dyscyplina wewnętrzna, odpowiedzialność)
ryzyko nieterminowej pracy i nie zawsze dobrej jakościowo	-

Źródło: (Rolikowska, 2011, s. 7-8)

Wprowadzanie elastycznych form zatrudnienia wymaga także możliwości tworzenia takich form pracy, które umożliwią będą szersze łączenie pracy z: emeryturą, edukacją oraz innymi formami życia rodzinnego (Borkowska, 2004, s. 82). Elastyczne formy zatrudnienia odpowiadają oczekiwaniom zarówno pracowników, jak i pracodawców. Wśród konsekwencji stosowania elastycznych form zatrudnienia przez pracodawcę znajdują się korzyści o charakterze finansowym będące skutkiem obniżenia kosztów pracy (Król, 2014, s. 55-56). Dla większości współczesnych organizacji wielkim sukcesem okazuje się umiejętność elastycznego gospodarowania zasobami ludzkimi przekreślająca gwarancję stałego zatrudnienia (Myjak, 2011, s. 129). Dzięki temu również pracownicy mogą decydować o swoim zatrudnieniu oraz świadczyć pracę w więcej niż jednym miejscu pracy, co jest istotne zwłaszcza w przypadku specjalistów oraz pracowników medycznych deficytowych grup zawodowych.

**Tabela 11. Konsekwencje stosowania elastycznych form zatrudnienia z punktu widzenia przedsiębiorstwa**

Negatywne	Pozytywne
Brak lub niski stopień utożsamiania się pracowników z organizacją – mniejsza lojalność i zaangażowanie w pracę	Obniżenie kosztów funkcjonowania organizacji – minimalizacja kosztów pracy Pełniejsze wykorzystanie czasu pracy
Atomizacja stosunków pracy – izolacja i rozproszenie pracowników, postrzeganie działalności firmy przez pryzmat ich własnej pracy	Duża oszczędność środków finansowych oraz nakładów ponoszonych na tworzenie i funkcjonowanie stanowisk pracy
Niedostateczna komunikacja pozioma i pionowa	Niższe koszty funkcjonowania administracji kadrowej
Duże trudności w zapewnieniu ciągłości pracy wykonawcy	Ograniczenie kosztów i nakładów na rekrutację, selekcję oraz szkolenie pracowników

Negatywne	Pozytywne
Trudności w zarządzaniu, zwłaszcza merytoryczną i czasową koordynacją prac	Lepsze dostosowanie stanu i struktury zatrudnienia do potrzeb organizacji, nawet w krótkich okresach
Nie zawsze terminowe i jakościowo dobre wykonywanie zadań	Pełniejsze wykorzystanie potencjału pracy zatrudnionych
Pojawianie się konfliktów pomiędzy pracownikami stałymi a zatrudnionymi w ramach form elastycznych	Możliwość wykonania nietypowych, sporadycznych prac
Segmentacja wewnątrzorganizacyjnego rynku pracy	Łatwość w rozwiązywaniu problemu zwolnień pracowników
Ryzyko utraty wiedzy ukrytej	Optymalizacja poziomu i struktury zatrudnienia
Zagrożenie wypływu informacji z przedsiębiorstwa	Ograniczenie rozmiaru świadczeń pracowniczych
Neutralne	
Zmiany w modelu zatrudnienia	
Zmiany w relacjach pomiędzy pracodawcą a pracobiorcą	
Spłaszczenie struktury organizacyjnej	
Zmiany w organizacji pracy	
Zmiany w zakresie gospodarowania kapitałem ludzkim	

Źródło: (Król, 2014, s. 66)

W obecnych czasach praca zyskuje na różnorodności, tym samym obok tradycyjnej pojawiają się inne jej wymiary, zakresy, formy świadczenia, co określane jest współczesnym mianem elastyczności pracy, uwarunkowanej przede wszystkim dynamiką popytu na pracę (Skowron-Mielnik, 2003, s. 21-22). Problem na ile elastyczne formy zatrudnienia można uznawać za nietypowe w warunkach nasilonej globalizacji i konkurencji dyskutowany jest wśród specjalistów prawa pracy i socjologów oraz innych przedstawicieli nauk społecznych, gdyż intensywny rozwój zatrudnienia niepracowniczego i transformacja pracy podporządkowanej prowadzą do zmiany ustroju pracy, nowych wzorców pracy, wielości struktur zatrudnienia, nowych form gospodarowania aktywności zawodowej przez co mają wpływ nie tylko na prawo pracy, ale również na więzi społeczne powstające w procesie pracy (Giermanowska, 2013, s. 33-34). Zdarza się, że organizacja pracy w niektórych jednostkach organizacyjnych powinna być bardziej elastyczna, ale z uwagi na funkcjonujące prawo, pracodawca nie ma możliwości jednostronnego wprowadzenia zmiany formy zatrudnienia pracowników. Jednak mimo, że z punktu widzenia pojedynczego pracownika rangę pracy można ocenić przez pryzmat (Skowron-Mielnik, 2008, s. 63):

- stabilności pracy (bezpieczeństwo zatrudnienia, poziom i stabilność wynagrodzenia, świadczenia pracownicze),



- możliwości rozwoju zawodowego (znaczenie dla awansu zawodowego, podwyższanie kwalifikacji),
- dogodności życiowej (uciążliwość pracy, wpływ na zdrowie, rodzinę, inne aspekty życia pozazawodowego),

personel zatrudniony na podstawie umowy o pracę wychodzi z propozycją zmiany formy zatrudnienia. Nadal jeszcze wiele osób obawia się zatrudnienia na podstawie elastycznych form zatrudnienia, ponieważ wiążą się one, w sposób oczywisty, z brakiem umowy o pracę na czas nieokreślony, co z kolei wpływa na utratę poczucia bezpieczeństwa, ograniczony dostęp do świadczeń pracowniczych oraz brak skutecznej ochrony prawnej (Olejniczak, 2012, s. 62).

Elastyczne zarządzanie zasobami ludzkimi traktowane jest jako paradygmat nowoczesnej gospodarki i stanowi kluczową kompetencję do strategicznej adaptacyjności kapitału ludzkiego oraz dostosowania stanu i właściwości zatrudnienia do potrzeb przedsiębiorstwa (Bąk-Grabowska, 2016, s. 62). Współczesne przedsiębiorstwa powinny mieć możliwość stosowania różnorodnych form zatrudnienia, aby mogły organizować pracę adekwatnie do panujących warunków rynkowych. M. Tasci oraz M. Zenker uważają, że kraje, w których obowiązują sztywne rozwiązania dotyczące rynku pracy, a więc te, które stosują politykę regulującą rynek pracy i instytucje zajmujące się tym rynkiem, jak np. w większości państw Europy Zachodniej, gorzej sobie radzą z problemem bezrobocia w dłuższym okresie czasu niż kraje, w których istnieje elastyczny rynek pracy, jak np. w USA (Szaban, 2013, s. 32). Z drugiej strony strategia elastycznego dostosowania zatrudnienia skutkuje kosztami zwolnień, przyjęć, szkoleń, utrudnia budowanie wśród załogi więzi z firmą (Bednarski i Frieske, 2012, s. 39). Zarówno elastyczność, jak i stabilność zatrudnienia stanowią jedne z możliwości przystosowywania się danego podmiotu gospodarczego do zmieniającego się otoczenia (Musiała, 2011, s. 28). Elastyczne formy zatrudnienia, z uwagi na swą różnorodność oraz specyfikę wyrażającą się przede wszystkim w odmienności realizacji procedur pozyskiwania, retencji i derekrutacji pracowników, stanowią więc mogą instrument kształtowania elastyczności we współczesnych organizacjach (Król, 2014, s. 7). Rozwiązania prowadzące do wzrostu elastyczności zatrudnienia zmierzają do odnalezienia punktu, w którym przedsiębiorstwo maksymalizuje korzyści i minimalizuje koszty zatrudnienia, zaś wysoki poziom ochrony stosunku pracy i kosztów pracy, wstrzymując decyzje przedsiębiorców o powiększaniu zatrudnienia, stają się często istotną barierą w rozwoju i dostosowaniu się

przedsiębiorstwa do wymogów konkurencyjności (Ulatowska, 2007, s. 3). Elastyczne formy zatrudnienia, w zależności od woli stron, opierać się mogą na stosunku pracy albo umowie cywilnoprawnej, koncesji lub działalności gospodarczej i stanowią stosunkowo szeroką kategorię, do której w szczególności zalicza się (Zioto-Gwadera, 2016, s. 82):

- pracę na wezwanie oraz pracę na telefon,
- pracę na projektach,
- kontrakt menedżerski,
- dzielenie miejsc pracy (*job sharing*) oraz dzielenie czasu pracy (*time sharing*),
- telepracę,
- pracę nakładczą.

Głównymi problemami stojącymi przed polityką rynku pracy są: właściwy dobór instrumentów służących stymulowaniu wzrostu aktywności zawodowej oraz zmniejszaniu poziomu bezrobocia (Męcina, 2013, s. 67). Jednym z rozwiązań umożliwiających tworzenie miejsc pracy, a w konsekwencji wzrost zatrudnienia oraz ograniczenia poziomu bezrobocia jest deregulacja rynku pracy powodująca odchodzenie od tradycyjnego modelu pracy, zatrudnienia i organizacji pracy (Męcina, 2013, s. 67).

Jednym z podstawowych problemów zarządzających przedsiębiorstwami jest podejmowanie wiążących, często nieodwracalnych decyzji w sytuacji, gdy wiedza o zależności między tymi decyzjami a oczekiwanymi efektami jest ograniczona, by nie powiedzieć – wątpliwa (Obłój, 2007, s. 175). Trudnym więc do rozwiązania, acz koniecznym, jest problem podejmowania decyzji w zakresie zatrudnienia dotyczący m.in. doboru personelu: który należałoby zaangażować na dłuższy okres czasu, a który na czas określony. W przypadku zatrudnienia pracowniczego, wybór formy sprowadza się niestety do niewielkiego katalogu umów o pracę, więc z uwagi na konieczność tworzenia silnego zespołu pracowniczego stosowana jest metoda prób i błędów, gdyż nawet najbardziej wnikliwa metoda rekrutacji nie daje pewności czy nowo zatrudniona osoba będzie spełniała pokładane w niej oczekiwania, oraz czy dopasuje się do zespołu (Rotkiewicz, 2009, s. 1). Zdarza się, że pracownikowi zależy na pracy do czasu podpisania umowy na czas nieokreślony. Staje się wtedy pewien swej pozycji w układzie pracownik - pracodawca, gdyż prawo pracy działa na korzyść pracownika. Również sądy rozstrzygając sprawy z zakresu prawa pracy są zazwyczaj w swym działaniu propracownicze. Natomiast elastyczność działania podmiotu gospodarczego przejawia się

m.in. w elastyczności pracy i jest postrzegana jako swoboda pozyskiwania i zwalniania pracowników, przydzielania im różnych zadań oraz redukcji wynagrodzeń, natomiast nie dotyczy regulacji dotyczących kosztów pracy i wynagrodzeń pracowników, redukcji świadczeń z ubezpieczenia społecznego, zmniejszenia ograniczeń dotyczących ochrony zatrudnienia, ograniczenia uprawnień związków zawodowych, wprowadzenia elastycznych form zatrudnienia, regulacji dotyczących czasu pracy (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szabłowska-Juckiewicz, 2015, s. 34).

W Polsce w 2009 roku weszła w życie ustawa o łagodzeniu skutków kryzysu ekonomicznego dla pracowników i przedsiębiorców (Ustawa z dnia 1 lipca 2009), w której ustalono zasady:

- możliwości przedłużenia okresu rozliczeniowego,
- ustalania indywidualnego rozkładu czasu pracy,
- obniżania wymiaru czasu pracy,
- ograniczenia w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę na czas określony,
- przyznawania, wypłaty i zwrotu świadczeń finansowanych przez Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- przyznawania, wypłaty oraz zwrotu środków na dofinansowanie kosztów szkoleń oraz studiów podyplomowych pracowników.

Dzięki ustawie o łagodzeniu skutków kryzysu, w celu uproszczenia procedur związanych z zakładaniem działalności gospodarczej, w 2013 roku z Kodeksu pracy wykreślony został art. 209, który nakładał obowiązek informowania Państwowej Inspekcji Pracy oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej o rozpoczęciu działalności gospodarczej w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej, o miejscu, rodzaju i zakresie prowadzonej działalności, jak również w przypadku zmiany miejsca, rodzaju lub zakresu prowadzonej działalności.

Uelastycznianie form zatrudnienia w celu pozyskania personelu ma zastosowanie również w państwach członkowskich UE. Kraje UE, głównie: Hiszpania, Dania, Szwecja i Niemcy w dużym stopniu zwiększyły zatrudnienie i zmniejszyły bezrobocie poprzez rozwinięcie form pracy w niepełnym wymiarze (Kabaj, Kwiatkowski, Kryńska i Bednarski, 2015, s. 25). Dla przykładu (Kabaj, Kwiatkowski, Kryńska i Bednarski, 2015, s. 25):

- kraje Królestwa Niderlandów są pierwszymi krajami ekonomii, gdzie pracuje się w niepełnym wymiarze - 50% Holendrów pracuje w niepełnym wymiarze czasu,
- w Niemczech to jest 40%,

- w Danii i większości krajów jest to bardzo duży odsetek,
- w Polsce istnieją ogromne bariery zatrudnienia na czas określony, jest to jedyny kraj wśród krajów OECD, gdzie liczba osób pracujących w niepełnym wymiarze spadła w ostatnich 10 latach o 350 tys.

Obok oczekiwań pracowników mamy do czynienia z potrzebami i oczekiwaniami pracodawców. Zmieniające się potrzeby gospodarki i przedsiębiorstwa tworzą nową wizję rynku pracy i zasad zarządzania przedsiębiorstwem przynosząc deregulację przemieszczającą zatrudnienie na skali czasu (nie tylko w ciągu doby czy tygodnia, ale i w dłuższych przedziałach), jak również miejsca pracy (praca w domu z wykorzystaniem techniki komputerowej) (Strzemińska, 2004, s. 9). Uelastycznienie jest tu tak znaczne, że „ilość przechodzi w jakość”, przy czym nowa jakość wiąże się z koniecznością budowy nowej koncepcji stosunku pracy zrywającej z czasowo-porządkową formułą zatrudnienia, a więc nowa zadaniowo-wynikowa forma zatrudnienia, a nie tylko uelastycznienie czasu pracy (Chobot, 1997, s. 131). Optymalnym rozwiązaniem w procesie zatrudniania byłoby więc spełnienie oczekiwań pracowników względem pracodawców i odwrotnie. Ustalenie takich warunków zatrudnienia, które zadowolą pracowników, a jednocześnie odpowiadałyby pracodawcom wydaje się jednak w większości przypadków nierealne.

## **Rozdział II. Uwarunkowania stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy**

Formy zatrudnienia i organizacji pracy określone zostały w przepisach prawa pracy. Przepisy te regulują, obok innych zagadnień związanych z zatrudnianiem, prawa i obowiązki pracowników oraz pracodawców w miejscu pracy. Na poziomie wspólnotowym prawo pracy obejmuje m.in. obszar dotyczący warunków pracy, a więc: czas pracy, pracę w niepełnym wymiarze godzin, pracę na czas określony oraz delegowanie pracowników (KE, 2021). W tytule IX „Zatrudnienie” Traktatu o Unii Europejskiej w artykule 145 zapisano, że „Państwa Członkowskie i Unia (...) działają, zgodnie z niniejszym tytułem, w celu wypracowania skoordynowanej strategii dla zatrudnienia, a w szczególności na rzecz wspierania wysokiego poziomu kwalifikacji i wyszkolenia pracowników i ich zdolności do dostosowywania się, oraz wspierania reagujących na zmiany gospodarcze rynków pracy (Traktat z dnia 7 lutego 1992).

### **1. Uwarunkowania formalno-prawne**

Formy zatrudnienia oraz organizacji pracy mają umocowanie w przepisach prawa. Takie rozwiązanie jest niezbędne w celu szczegółowego określenia materii umów, praw oraz obowiązków stron tych umów, a także odpowiedzialności związanej z niedotrzymaniem postanowień zawartych w umowach. Dzięki temu strony umów mogą kształtować ich zapisy na określonych zasadach. Jak wcześniej wspomniano, wyróżnia się zatrudnienie pracownicze oraz niepracownicze. Każde z nich charakteryzuje się szczególnymi znamionami wynikającymi bezpośrednio z przepisów.

Obecnie najważniejszymi źródłami prawa pierwotnego w krajach UE są Traktat o Unii Europejskiej oraz Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, zmienione Traktatem z Lizbony, przyjętym dnia 13 grudnia 2007 roku (Baran, 2020, s. 29). W zakresie zatrudniania kluczowe znaczenia mają przede wszystkim wytyczne Europejskiej Strategii Zatrudnienia (tab. 12).

**Tabela 12. Wytyczne Europejskiej Strategii Zatrudnienia**

Filar	Charakterystyka
I filar Zdolność do uzyskania zatrudnienia	Oznacza starania o możliwości powrotu bezrobotnych do pracy, a także promocję rynku pracy otwartego dla wszystkich. Przeciwdziałanie długoterminowemu bezrobociu poprzez wzmacnianie kształcenia ustawicznego, wspieranie programów szkoleniowych i przekwalifikowanie, opracowanie programów doradczych, pomoc w dostosowywaniu programów edukacyjnych do zmieniających się potrzeb rynku pracy. Przedsiębiorczość oznacza dążenie do ułatwiania obywatelom UE zakładania i prowadzenia firm oraz zatrudniania innych osób. Mocno akcentowana jest tu kwestia tworzenia nowych miejsc pracy, w tym także motywacja do samozatrudnienia.
II filar Zdolność adaptacyjna pracowników i pracodawców	Ma na celu promowanie modernizacji organizacji pracy, uelastycznienia czasu pracy, przyjmowania różnorodnych form zatrudnienia, unowocześniania kontraktów o pracę.
III filar Utrzymywanie zdolności dostosowawczych przedsiębiorstw	Przeprowadzane w firmach szkolenia pracowników.
IV filar Równość szans	Skupia się na poszukiwaniu dróg pogodzenia życia zawodowego z życiem rodzinnym, próbując rozwiązać problem nierówności w zatrudnianiu kobiet i mężczyzn. Chodzi tu o ułatwianie powrotu na rynek pracy po dłuższej przerwie, a także tworzenie warunków pracy dla osób niepełnosprawnych.

Źródło: (Europejska Polityka Zatrudnienia, 2003)

Wprowadzenie w życie przepisów Europejskiej Polityki Zatrudnienia spowodowało konsekwencje tej strategii na poziomie poszczególnych krajów członkowskich. Przede wszystkim strategię w poszczególnych krajach członkowskich powinny wpisywać się w wytyczne UE w tym zakresie. W tym celu kraje członkowskie musiały ratyfikować unijne akty prawa oraz dostosować do nich obowiązujące w tych krajach przepisy prawa powszechnie obowiązującego. Jak twierdzi M. Włodarczyk: z punktu widzenia problematyki źródeł prawa pracy najważniejszym dokumentem Rady Europy jest Europejska Karta Społeczna z 1961 roku, która w Polsce została ratyfikowana i ogłoszona w 1999 roku (Baran, 2020, s. 27). Jak dalej podaje M. Włodarczyk: ratyfikacja tego dokumentu, zważywszy na różnice w poziomie rozwoju gospodarczego i społecznego państw członkowskich Rady Europy, nie oznacza konieczności zobowiązania się do przestrzegania wszystkich jego postanowień - należy przyjąć określoną minimalną liczbę artykułów lub numerowanych ustępów z tzw. twardego trzonu Karty (*hard core*) (Baran, 2020, s. 27-28). Jeśli zaś chodzi o polski Kodeks pracy, zgodnie z opinią W. Sanetry (2015, s. 84), jego część była redagowana przy uwzględnieniu regulacji prawa wspólnotowego (unijnego) jeszcze w okresie, gdy nie przewidywano przystąpienia Polski do

Wspólnoty Europejskiej (UE) więc w konsekwencji unormowania te w całości lub w części pozostawały w zgodzie z prawem wspólnotowym (unijnym). Jak dalej pisze (Sanetra, 2015, s. 84) od przystąpienia Polski do UE (1 maja 2004 r.) do Kodeksu pracy wprowadzono informację o dyrektywach, które wdrażane są przez ten akt prawny. Zmiany w prawie mają najczęściej charakter propracowniczy, więc wskutek tych zmian pracodawcy ponoszą coraz wyższe koszty zatrudnienia. Taki stan rzeczy uruchomił w przedsiębiorstwach swego rodzaju mechanizmy dostosowawcze. Zwłaszcza pracodawcy zaczęli stosować coraz szerszy wachlarz rozwiązań w zakresie zatrudniania i organizacji pracy.

Według KE badania i studia w obszarze zatrudnienia to normatywnie regulowany proces wzajemnych porównań zjawisk w różnych krajach w celu wyłonienia takiego kraju, który wyróżnia się pozytywnie i ustalenia globalnych celów poprawy sytuacji zatrudnieniowej w długim i średnim okresie oraz zidentyfikowania najefektywniejszej polityki, zwiększającej skuteczność działań ukierunkowanych na rynek pracy i zatrudnienie (Horodeński i Sadowska-Snarska, 2003, s. 127). Jednym z najważniejszych celów państw europejskich, UE i Rady Europy jest prowadzenie polityki zatrudnienia mającej na celu walkę z bezrobociem, poprawę kwalifikacji siły roboczej oraz dostosowanie się do zmieniającej się sytuacji na rynku pracy (Dzienisz i Sobieska, 2003, s. 16). Dodatkowo w 2016 roku UE stworzyła europejskie centrum wiedzy specjalistycznej w dziedzinie prawa pracy, zatrudnienia i polityki rynku pracy, które zajmuje się prawnymi, regulacyjnymi, gospodarczymi i politycznymi aspektami zatrudnienia i rynku pracy, w tym reformami, w 27 państwach członkowskich UE, Wielkiej Brytanii, państwach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), krajach kandydujących i potencjalnych krajach kandydujących kwalifikujących się do uzyskania wsparcia w ramach osi Progress - programu UE na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych (KE, 2021). Poza powyższym każdego roku zgodnie z zasadami przyjętymi w Traktacie Amsterdamskim, wszystkie państwa członkowskie przygotowują Narodowe Plany Działania na rzecz Zatrudnienia, które poddawane są analizie pod względem zgodności z wytycznymi UE, a następnie przekazywane do realizacji (Dzienisz i Sobieska, 2003, s. 16). Oprócz tworzenia Planów Działania na rzecz Zatrudnienia kraje Wspólnoty coraz częściej same próbują rozwiązać problemy bezrobocia przez stosowanie elastycznych form zatrudnienia, takich jak: praca w niepełnym wymiarze czasu pracy, stosowanie terminowych umów o pracę (na czas określony), system wynajmu pracy, telepraca i inne (Dzienisz i Sobieska, 2003, s. 16). W realizacji zadań

związanych z poprawą sytuacji na rynku pracy oraz zatrudnienia szczególną rolę odgrywają zależności między gospodarczą polityką pracy państwa, uwarunkowaniami rynkowymi i zmianami dokonywanymi się w jakości zasobów ludzkich, które obecnie przy podejmowaniu decyzji w sprawach rynku pracy nie są uwzględniane w sposób dostateczny (Horodeński i Sadowska-Snarska, 2003, s.127-128). W strategii rynku pracy, stanowiącej ważną część zarządzania organizacją, powinny być podejmowane decyzje uwzględniające (Horodeński i Sadowska-Snarska, 2003, s.127-128):

- trendy demograficzne i zjawiska społeczne w skali krajowej i szerszej,
- strukturę zasobów pracy, nawet trudno wierne cechy tych zasobów, jak skłonność do rozwoju kwalifikacji, aktywność, kreatywność, gotowość do zmian i przemieszczeń,
- produktywność – indywidualną wydajność pracy,
- wynagrodzenia i koszty pracy,
- stopień spożytkowania zasobów pracy w miarach zatrudnienia i udziału różnych grup osób pracujących w liczbie ludności zdolnej do pracy,
- wyposażenie rynku w podmioty promujące racjonalne zatrudnienie, tak publiczne służby zatrudnienia, jak i inne jednostki świadczenia usług w obszarze personalnym.

Jeżeli chodzi o prawo pracy, UE swoimi działaniami uzupełnia inicjatywy polityczne podejmowane przez państwa członkowskie, określając w Europejskiej dyrektywie w sprawie czasu pracy standardy minimalne dotyczące: warunków pracy i zatrudnienia oraz informowania pracowników i konsultowania się z nimi (KE, 2021). Zmiany w prawie pracy spowodowane są m.in. zmianami społecznymi, gospodarczymi oraz technologicznymi na rynkach, które z kolei skutkowały powstaniem nowych form zatrudnienia. Wiele z nowo powstałych form zatrudnienia, które charakteryzują się niekonwencjonalnymi wzorcami oraz miejscem pracy, znacznie odbiega od tradycyjnego pojęcia pracy i zmienia tradycyjną relację „jeden do jednego” pomiędzy pracodawcą a pracownikiem (Eurofound, 2021). Decydenci w UE są zainteresowani tym, w jaki sposób nowe formy zatrudnienia mogą pomóc w budowaniu bardziej elastycznego rynku pracy, jak zalegalizować praktyki pracy nierejestrowanej oraz jak zapewnić odpowiednią ochronę socjalną i akceptowalne warunki pracy, aby m.in. nie były mniej korzystne dla pracowników niż bardziej ugruntowane rodzaje zatrudnienia, co zawarte zostało w komunikacie „W kierunku odnowy gospodarczej sprzyjającej zatrudnieniu” z 2012 roku (Eurofound, 2021).



Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy mają swoje uregulowanie w przepisach prawa. Jak podaje I. Florczak (2015, s. 29): w zakresie zarządzania czasem pracy ustawodawca unijny wskazuje minimalne standardy w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w odniesieniu do organizacji pracy m.in. w:

- Dyrektywie Rady (Dyrektywa z dnia 25 czerwca 1991) uzupełniającej środki mające wspierać poprawę bezpieczeństwa i zdrowia pracowników pozostających w stosunku pracy na czas określony lub w czasowym stosunku pracy,
- Dyrektywie Rady (Dyrektywa z dnia 15 grudnia 1997) w sprawie Porozumienia ramowego dotyczącego pracy w niepełnym wymiarze godzin w celu ochrony pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy, w których zawarto zakaz mniej korzystnego traktowania pracowników z powodu zatrudnienia ich w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- Dyrektywie Rady (Dyrektywa z dnia 28 czerwca 1999) dotyczącej Porozumienia o pracę lub stosunek pracy bezpośrednio z pracodawcą w przypadku, gdy zakończenie umowy o pracę lub stosunku pracy jest określane na podstawie obiektywnych warunków, jak osiągnięcie określonej daty, wykonanie określonego zadania lub zajście określonego zdarzenia, gdzie znajdujemy pojęcie pracownika zatrudnionego na czas określony,
- Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (Dyrektywa z dnia 4 listopada 2003) dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szablowska-Juckiewicz, 2015, s. 29 i 30).

W Polsce natomiast elastyczne formy zatrudnienia regulowane są przez Kodeks pracy, Kodeks cywilny, Ustawę o zatrudnieniu pracowników tymczasowych (Ustawa z dnia 9 lipca 2003). Różne podstawy zatrudnienia prowadzą do ewolucji więzi prawnych między pracodawcą a pracobiorcą oraz do przekształceń modelu zatrudnienia, a ich klasyfikacji dokonuje się przy uwzględnieniu specyfiki i odmienności poszczególnych form wskazując następujące kryteria: okres obowiązywania umowy, wymiar czasu pracy, miejsce wykonywania pracy, konfigurację podmiotową (Makowski, 2006, s. 23-36).

Umowa o pracę stanowi podstawową formę zatrudnienia. Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę ma charakter pracowniczy. Wśród umów o pracę wyróżnia się przede wszystkim umowy: na czas nieokreślony, na czas określony, na okres próbny oraz na

zastępstwo. Umowa o pracę w sensie ekonomicznym jest formą transakcji, wymiany rynkowej opartej na kontrakcie łączącym pracodawcę i pracobiorcę, określającym ich wzajemne relacje, a relacje te w toku historycznego rozwoju zostały sformalizowane i uregulowane przez prawo jako umowa o pracę lub porozumienie, umowa zbiorowa (Giermanowska, 2013, s. 30). Umowa o pracę zaliczana jest do kluczowych instytucji ekonomiczno-prawnych regulujących stosunki pracy we współczesnym kapitalizmie i jest silnie powiązana z procesami ekonomicznymi oraz gospodarką rynkową (Giermanowska, 2013, s. 19). W Polsce badanie istnienia umowy o pracę oparte jest na analizie stanu faktycznego sprawy, nie zaś na nazwie umowy nadanej przez strony (Gersdorf, 2013, s. 18). Zgodnie Kodeksem pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974), przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem, oraz w miejscu i w czasie wyznaczonym przez pracodawcę. Natomiast pracodawca zobowiązuje się do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Wynika z tego, że pracownik musi świadczyć pracę osobiście i w czasie wykonywania obowiązków pracowniczych musi podporządkować się pracodawcy. Są to najistotniejsze znamiona umowy o pracę. Z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę łączy się pojęcie ryzyka, które oznacza potencjalne zagrożenie (Giermanowska, 2013, s. 31). Na ryzyko narażony jest pracodawca. Ryzyko to związane jest z zatrudnieniem, wynagrodzeniem i zabezpieczeniem socjalnym pracownika.

Kolejnym rodzajem stosunku pracy jest mianowanie. Wyróżnia się (Wiśniewski, 2010, s. 39):

- mianowanie pracownicze stanowiące podstawę stosunku pracy m.in. w administracji publicznej,
- mianowanie służbowe będące podstawą stosunków służbowych, w jakich pozostają żołnierze i funkcjonariusze służb zmilitaryzowanych (policji, straży granicznej, służby więziennej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, itp.).

Jednym z rodzajów stosunku pracy jest powołanie. Zawarcie umowy może być poprzedzone konkursem. Jest to jeden z najmniej trwałych stosunków pracy, gdyż pracownik zatrudniony w tym trybie może być odwołany ze stanowiska przez organ, który go powołał, w każdym czasie, niezwłocznie lub w określonym terminie. Odwołanie jest równoznaczne z wypowiedzeniem umowy o pracę więc pracownik w okresie wypowiedzenia ma prawo do wynagrodzenia w wysokości przysługującej przed odwołaniem.

Następną odmianą stosunku pracy jest zatrudnienie na podstawie wyboru. Takie zatrudnienie następuje w przypadku, gdy z wyboru wynika obowiązek wykonywania pracy w charakterze pracownika. Rozwiązanie stosunku pracy z wyboru następuje wraz z wygaśnięciem mandatu. Pracownik, który w związku z wyborem pozostawał na urlopie bezpłatnym ma prawo powrotu do pracy u pracodawcy, u którego był zatrudniony w czasie wyboru na stanowisko równorzędne pod względem wynagrodzenia z poprzednio zajmowanym pod warunkiem, że zgłosi swój powrót w ciągu 7 dni od rozwiązania stosunku pracy z wyboru. Nietrzymanie tego warunku powoduje wygaśnięcie stosunku pracy, chyba, że przyczyna niezgłoszenia się była niezależna od pracownika.

Kolejnym rodzajem jest spółdzielcza umowa o pracę. Ten rodzaj umowy ma szczególny charakter. Umowa może być zawarta jedynie z członkiem spółdzielni w ramach dwóch stosunków prawnych: umowa i członkostwo, ale nie w ramach pracowniczego stosunku pracy (Ustawa z dnia 16 września 1982). W przypadku, gdy ustanie członkostwo w spółdzielni - stosunek pracy wygasa. Poza powyższym istnieje możliwość wypowiedzenia spółdzielczej umowy o pracę, a jedynymi przyczynami mogą być: konieczność zmniejszenia zatrudnienia wynikająca z przyczyn gospodarczych, nabycie przez członka spółdzielni praw do emerytury. Można też rozwiązać tego rodzaju umowę na mocy porozumienia stron z jednoczesnym wypowiedzenia członkostwa przez pracownika. Istotnym jest, że pracownik spółdzielni prócz wynagrodzenia określonego w umowie posiada udziały w zyskach.

Telepraca jest rodzajem zatrudnienia pracowniczego. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy telepraca jest pracą wykonywaną regularnie poza zakładem pracy z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. Dzięki tego rodzaju pracy pracownik może świadczyć pracę w domu lub w telecentrum. Telepraca jest korzystnym rozwiązaniem dla osób wykonujących wolny zawód i wykonujących określonego rodzaju prace, jak: pisanie lub tłumaczenie artykułów, tworzenie oprogramowania. W celu zatrudnienia w formie telepracy musi dojść do porozumienia między pracodawcą a pracownikiem i nie może być narzucone jednostronnie. Trzeba tutaj podkreślić, że okres pandemii COVID-19 spowodował rozpowszechnienie stosowania pracy zdalnej i telepracy.

Przepisy Kodeksu pracy stosuje się w celu zatrudnienia pracownika domowego. Jest to taki sam rodzaj zatrudnienia jak zatrudnienie na podstawie umowy o pracę. Pracownicy domowi zatrudniani są najczęściej jako nianie lub pomoce domowe i traktowani są jak pracownicy.

W celu wykonywania zadań na rzecz danego pracodawcy użytkownika stosuje się zatrudnienie do pracy tymczasowej. Zadania muszą spełniać łącznie określone przesłanki: muszą mieć charakter sezonowy, okresowy lub doraźny, a ich terminowe wykonanie przez pracowników zatrudnionych przez pracodawcę użytkownika nie byłoby możliwe lub nie należy do ich obowiązków. Umowa w tego rodzaju zatrudnieniu nie może być zawierana na okres dłuższy niż wskazany w ustawie o zatrudnianiu pracowników tymczasowych (Ustawa z dnia 9 lipca 2003). Zawierana jest na czas określony lub na czas wykonania określonego rodzaju pracy, a zatrudniającym jest agencja pracy tymczasowej. Wobec powyższego stronami umowy są: pracownik tymczasowy, pracodawca użytkownik oraz agencja pracy tymczasowej.

Umowa o staż zawodowy zawierana jest z osobami w wieku od 16 do 30 roku życia. Umowa o staż zawodowy zawierana jest w celu przygotowania do świadczenia pracy. Z tytułu zawartej umowy może przysługiwać wynagrodzenie.

Tak jak klasyczna umowa o pracę może być zawarta umowa o zarządzanie zakładem pracy. W tej sytuacji nie ma bezwzględnego wymogu osobistego świadczenia pracy. Poza tym ten rodzaj umowy posiada wszystkie cechy jakie posiada umowa o pracę.

Wyróżnia się również umowę o pracę nakładczą (Rozporządzenie z dnia 31 grudnia 1975). Jest to umowa odrębna od stosunku pracowniczego, ale osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę nakładczą (chałupnikom) przysługują niektóre uprawnienia jak w przypadku umowy o pracę. Na podstawie tego rodzaju umowy wykonawca świadczy pracę na rzecz nakładcy, który wymaga konkretnego efektu pracy. W tym celu w umowie określana jest minimalna miesięczna ilość pracy do wykonania, terminy i zasady dostarczania niezbędnych materiałów do wykonania pracy. Nie ma wymogu, aby praca wykonywana była w siedzibie i pod stałym nadzorem nakładcy. Osoba wykonująca tego rodzaju pracę ma obowiązek dostarczania co pewien czas wyników wykonywanej pracy w określone miejsce. Umowa o pracę nakładczą nie może nosić znamion umowy o pracę.

W przypadku zatrudnienia niepracowniczego najczęściej stosowanymi rodzajami umów w Polsce są umowy: zlecenia, o dzieło, menedżerska, umowy nienazwane, tzw. samozatrudnienie, wolontariat.

Umowa zlecenia (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964) – zwana umową starannego działania – polega na zleceniu przez zleceniodawcę wykonania określonej pracy w określonym terminie. W ramach tej umowy zleceniobiorca zobowiązuje się do dokonania określonych czynności na

rzecz zleceniodawcy. Za wykonanie tej pracy przysługuje z góry ustalone wynagrodzenie. W umowie zawiera się zapisy dotyczące: rodzaju czynności i ich zakresu, niezbędnych kwalifikacji do wykonywania określonych czynności, czas trwania umowy oraz kwestie dotyczące wynagrodzenia.

Niezbędne jest złożenie przez zleceniobiorcę oświadczenia, w którym podaje informacje na temat zatrudnienia w innych miejscach, otrzymywanego wynagrodzenia, pobieranych świadczeń, odprowadzanych składek na ubezpieczenie społeczne, co jest niezbędne przy naliczaniu składek na fundusz ubezpieczeń społecznych przez zleceniodawcę.

Umowa zlecenia może być w każdej chwili wypowiedziana lub rozwiązana przez każdą ze stron, chyba że strony postanowiły inaczej i zapisały to w umowie. Jeżeli wynika to z woli zleceniodawcy, powinien on zwrócić poniesione przez drugą stronę wydatki, a w razie odpłatnego zlecenia uiścić odpowiednią część wynagrodzenia. Jeżeli umowę wypowiedzi przyjmujący zlecenie odpłatne, odpowiada wobec drugiej strony za powstałą z tego tytułu szkodę.

Umowa o dzieło, to umowa o wykonanie „dzieła”, zwana także umową rezultatu. Dotyczy jednorazowego wykonania konkretnie określonej w umowie rzeczy – produktu, za które odpowiada wykonawca. Dzieło musi być przynajmniej częściowo materialne. Poza powyższym, w umowie należy określić strony umowy, termin wykonania dzieła, sposób rozliczenia z użytych materiałów (w przypadku ich użyczenia) oraz przysługujące wynagrodzenie.

Umowy cywilnoprawne nienazwane, określane mianem kontraktów cywilnoprawnych, są zbliżone do umowy zlecenia. Strony zawierające taką umowę mogą ułożyć stosunek prawny według własnego uznania pod warunkiem, że jego treść lub cel nie będą sprzeciwiały się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (Augustynowicz, 2012, s. 470).

Samozatrudnienie jest to prowadzenie indywidualnej działalności gospodarczej w celach zarobkowych (Ustawa z dnia 2 lipca 2004). Poważny wzrost poziomu samozatrudnienia nastąpił w dziedzinach wymagających wysokich kwalifikacji, a samozatrudnieni należą zazwyczaj do samorządów zawodowych (Leighton, Syrett, Hecker i Holland, 2014, s. 234-235). Samozatrudnienie jest konsekwencją dostosowania się człowieka do skomplikowanych wymogów współczesności, gdyż człowiek jako istota społeczna coraz bardziej zaczyna liczyć

się z własnym środowiskiem społecznym mając narastającą świadomość jego przemożnego wpływu, wynikającą m.in. z faktu, że otoczenie społeczne stanowi jedną z niezbędnych dla jego rozwoju determinant (Kwiatkowska, 2011, s. 111). Prowadzone jest w sposób zorganizowany i ciągły, we własnym imieniu bez względu na jej efekt. W Polsce, obok rozwoju własnej działalności gospodarczej będącej jedną z form rozwoju przedsiębiorczości, mieliśmy do czynienia z samozatrudnieniem, gdy pracownik rozwiązywał dotychczas obowiązujący stosunek pracy, zakładał jednoosobową działalność gospodarczą i dalej świadczył pracę dla dotychczasowego pracodawcy, ale już bez uprawnień wynikających ze statusu pracownika (Męcina, 2013, s. 80). Niektórzy autorzy podkreślają, iż nazywanie w literaturze terminem „samozatrudnienie” pracy zarobkowej jest mylące, ponieważ nikt sam ze sobą nie może pozostawać w stosunku zatrudnienia (Wiśniewski, 2010, s. 238).

Kontrakt menedżerski jest rodzajem mieszanej umowy cywilnoprawnej, gdyż zawiera elementy umowy zlecenia i umowy o dzieło. Nazywany jest umową o zarządzanie, umową menedżerską, o sprawowanie zarządu. Należy on do umów starannego działania, więc osoba, której powierzono zarządzanie zobowiązuje się do wykonywania powierzonych jej czynności przy dochowaniu jak największej staranności. Na jej podstawie osoba, której powierzono zarząd zobowiązuje się do stałego wykonywania czynności zarządu przedsiębiorstwem zleciennodawcy w jego imieniu i na jego rachunek i ryzyko, za wynagrodzeniem. Zawarcie kontraktu menedżerskiego powoduje przeniesienie wielu uprawnień na osobę zarządzającą, dających jej samodzielność poprzez m.in. swobodę w wyborze sposobu zarządzania, w zakresie kierowania. W przypadku tego rodzaju umowy strony same decydują przy określaniu swoich praw i obowiązków. W kontrakcie menedżerskim należy określić: strony umowy, przedmiot umowy oraz obowiązki stron, zadania do wykonania wraz z kryteriami oceny ich wykonania, odpowiedzialność zarządzającego i zakres jego samodzielności, okres obowiązywania umowy, wynagrodzenie, sposoby i możliwości rozwiązania umowy, kwestie dotyczące odprawy po rozwiązaniu umowy. W umowie można dodatkowo umieścić zapisy dotyczące możliwości nieświadczenia usług z określeniem czy będą to dni płatne czy nie.

Wolontariat jest świadczeniem nieodpłatnym, a w przypadku sporadycznej lub krótkotrwałej pomocy nie ma obowiązku spisywania porozumienia (Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003). Jednak w celach dowodowych lepiej prowadzić dokumentację pisemną. W przypadku świadczenia pomocy przez wolontariusza przez okres powyżej 30 dni należy spisać

porozumienie o współpracy. Istnieje możliwość zawarcia umowy o wolontariat z osobą niepełnoletnią. Jednak w takiej sytuacji konieczna jest zgoda rodziców lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej. W porozumieniu niezbędne jest określenie jego stron, wymaganych kwalifikacji, zakresu zadań i czasu ich wykonywania oraz sposobu i możliwości jego rozwiązania.

Do umów cywilnoprawnych zaliczany jest również stosunek administracyjnoprawny, który zgodnie z definicją F. Longchamps (Zimmermann, 2014, s. 54) powstaje wtedy, gdy prawo przedmiotowe ma dla dwóch podmiotów takie znaczenie, że w określonych warunkach sytuacja prawna jednego podmiotu jest połączona z sytuacją podmiotu drugiego:

- może powstać tylko w przypadku istnienia przewidzianego przez prawo tła faktycznego;
- w prawie administracyjnym istnieje wiele sposobów powiązania ze sobą sytuacji dwóch lub więcej podmiotów.

W stosunkach administracyjnoprawnych szczegółowo określone są zarówno podmiot, jak i przedmiot tego stosunku (Zimmermann, 2014, s. 55):

- jednym z podmiotów jest organ administracji publicznej – organ administrujący (reprezentujący państwo) decydujący jednostronnie i wyłącznie na podstawie przepisów prawa o treści uprawnień i obowiązków, które będą wynikać ze stosunku administracyjnoprawnego, natomiast podmiotem administrowanym jest obywatel lub inny podmiot nie wchodzący w skład administracji publicznej;
- przedmiotem są wzajemne uprawnienia i obowiązki, które wynikają zawsze z prawa materialnego, muszą należeć do kompetencji organów administracji publicznej (organów administrujących) oraz mogą polegać na działaniu, znoszeniu lub zaniechaniu (rola organu polega jedynie na wyznaczeniu i kontroli zachowania drugiego podmiotu), gdy z mocy prawa zaczyna obowiązywać norma lub zmienia się sytuacja faktyczna bądź prawna.

Szczególnym rodzajem zatrudnienia niepracowniczego są stosunki o charakterze penalnym, które są nierozdzielnie związane z pracą osób skazanych prawomocnym wyrokiem sądu karnego i osadzonych w zakładach karnych, skierowanych do pracy na mocy jednostronnej decyzji zakładu karnego, która ma charakter administracyjnoprawny (Waligóra, 2015, s. 268).

Kolejnym rodzajem zatrudnienia niepracowniczego jest zatrudnienie typu ustrojowego (konstytucyjnego) dotyczące osób pełniących służbę publiczną w organach kolegialnych (np. parlament, uchwałodawcze organy kolegialne organów samorządu terytorialnego oraz na wysokich stanowiskach państwowych (Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, Prezes Rady Ministrów, ministrowie), co wiąże się z wykonywaniem uprawnień władczych, administracyjnych oraz reprezentacyjnych, składających się na szczególnego rodzaju więź prawną, której treścią jest sprawowanie władztwa publicznego (administracyjnego lub politycznego) (Stelina, 2014, s. 975). Możliwe jest, aby w treści stosunku ujęte zostały elementy związane z posiadaniem przez daną osobę statusu zatrudnionego, np. prawa do wynagrodzenia (Stelina, 2014, s. 976).

Umowy cywilnoprawne są odrębnymi od umów o pracę formami powierzenia pracy. Podstawy prawne zawarcia umów cywilnoprawnych są regulowane przez przepisy Kodeksu cywilnego. Umowy cywilnoprawne najczęściej stosuje się w momencie, w którym pracodawca nie planuje zatrudnić pracownika na podstawie umowy o pracę, ale zależy mu na wykonaniu określonych czynności bądź realizacji jasno określonych zadań. Niektóre rodzaje prac ze swej istoty powinny stanowić przedmiot umów cywilnoprawnych, a nie umów o pracę (Wiśniewski, 2010, s. 54). Niedopuszczalnym jest jednak zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy stanowiących cechy stosunku pracy. Oznacza to m.in., że osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, lecz w warunkach odpowiadających znamionom umowy o pracę, ma prawo roszczenia do pracodawcy m.in. o świadczenia właściwe dla pracy w ramach stosunku pracy (np. płatny urlop, płatne zwolnienia lekarskie, wynagrodzenie w wysokości jak ze stosunku pracy itd.).

Przedsiębiorstwa mają także możliwość stosowania innych rozwiązań organizacyjnych. Jednym ze sposobów racjonalizacji kosztów jest *outsourcing*, np. wydzielenie ze struktury podmiotów leczniczych różnych typów działalności medycznej i niemedykowej, a następnie przekazanie ich realizacji firmom zewnętrznym (Czerw i Religioni, 2012, s. 569). Pojęcie *outsourcing* wywodzi się z języka angielskiego i jest akronimem wyrażenia *outside resource using*, które oznacza wykorzystanie zasobów zewnętrznych, a jego istotą jest przekazanie przez przedsiębiorstwo części zadań, funkcji lub procesów podmiotom zewnętrznym specjalizującym się w realizacji określonych zadań (Cyfert i Krzakiewicz, 2009, s. 160). *Outsourcing* wprowadzany jest przez przedsiębiorstwa w celu koncentracji na obszarach



stanowiących podstawę ich biznesu, a zatem tych, w których istnieje możliwość osiągnięcia przewagi konkurencyjnej (Cyfert i Krzakiewicz, 2009, s. 160). Jednak Zakład Ubezpieczeń Społecznych w wydanym komunikacie radzi zachować szczególną ostrożność przy zawieraniu umów *outsourcingu* pracowniczego z firmami zewnętrznymi przez pracodawców będących płatnikami składek na ubezpieczenie społeczne swoich pracowników, gdyż w wielu przypadkach nie następuje faktyczne przejście pracowników, a firma dokonująca przejścia nie odprowadza składek na ubezpieczenie społeczne, w związku z czym ZUS będzie dochodził zadłużenia z tytułu składek z odsetkami za zwłokę (ZUS, 2014). Wprawdzie możliwym jest wprowadzenie *outsourcingu* w podmiotach leczniczych, jednak w Polsce przeszkodę stanowią uwarunkowania systemowe, np. niedostateczny od lat zakres finansowania, które powodują, że przy wyborze podmiotu świadczącego usługi w ramach *outsourcingu* kryterium podstawowe stanowi cena usługi, przy czym podmioty oczekują, że dostawca oprócz realizacji zapisów umowy, na kwestie związane ze świadczeniem usług będzie patrzył również z perspektywy klienta (Lewandowska, 2010, s. 88-89).

Podejmując decyzje w zakresie formy zatrudnienia należy wziąć pod uwagę możliwości, jakie dają stronom różnego rodzaju umowy. Warto zauważyć, że są obecnie sytuacje, w których umowa cywilnoprawna staje się podstawą zatrudnienia i stanowi alternatywę dla innego rodzaju umów, np. umowa o zarządzanie przedsiębiorstwem państwowym jest alternatywą wobec powołania, zaś umowa o udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne wobec zatrudnienia pracowniczego lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych (Musiała, 2011, s. 85). W zależności od rodzaju umowy strony mogą w różnym sposób kształtować swoje prawa i obowiązki.

**Tabela 13. Wady i zalety umowy o pracę, samozatrudnienia i umów cywilnoprawnych**

Cecha	Umowa o pracę	Samozatrudnienie	Umowy cywilnoprawne
Podstawa prawna	Przepisy Kodeksu pracy wyznaczające sztywne ramy dla stosunku pracy.	Przepisy Kodeksu cywilnego dające możliwość elastycznego kształtowania wzajemnych praw i obowiązków pracodawcy oraz samozatrudnionego.	Przepisy Kodeksu cywilnego dające możliwość elastycznego kształtowania wzajemnych praw i obowiązków pracodawcy oraz samozatrudnionego.

Cecha	Umowa o pracę	Samozatrudnienie	Umowy cywilnoprawne
Składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne	Płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne jest pracodawca, który jest obciążony częścią składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe pracownika i płaci składkę na FP i FGŚP.	Całość składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne obciąża Samozatrudnionego.	Całość składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne obciąża świadczącego usługi, za wyjątkiem umów zlecenia, gdzie składkami obciążony jest zleceniobiorca i zleceniodawca.
Podatek dochodowy	Pracodawca jest płatnikiem podatku dochodowego pracownika obliczanego według skali podatkowej.	Podatek dochodowy płaci samozatrudniony według wybranej przez siebie formy opodatkowania.	Podatek dochodowy płaci świadczący usługi według wybranej przez siebie formy opodatkowania, za wyjątkiem umów zlecenia, gdzie zleceniodawca potrąca z wynagrodzenia zleceniobiorcy zaliczki na podatek dochodowy i odprowadza do Urzędu Skarbowego.
Podatek VAT	Nie występuje.	Możliwość odliczenia przez pracodawcę podatku VAT naliczonego przez samozatrudnionego od podatku VAT należnego.	Możliwość odliczenia przez pracodawcę podatku VAT naliczonego przez świadczącego usługi od podatku VAT należnego, za wyjątkiem umów zlecenia.
Rozpoczęcie i zakończenie współpracy	Ograniczone możliwości swobodnego rozwiązywania umowy o pracę. Szczególna trwałość stosunku pracy z uwagi na ochronę macierzyństwa.	Swoboda nawiązywania, ustalania zasad oraz rozwiązywania umów o świadczenie usług przez samozatrudnionego.	Swoboda nawiązywania, ustalania zasad oraz rozwiązywania umów o świadczenie usług przez strony.
Wzajemna relacja	Pracodawca i pracownik znajdują się w stosunku podporządkowania.	Pracodawca i samozatrudniony są niezależnymi podmiotami gospodarczymi (partnerami biznesowymi).	Strony umowy są niezależnymi podmiotami gospodarczymi (partnerami biznesowymi), za wyjątkiem umów zlecenia – świadczenie usług bez działalności gospodarczej.

Cecha	Umowa o pracę	Samozatrudnienie	Umowy cywilnoprawne
Przestrzeganie zasad obowiązujących u pracodawcy	Pracownik zobowiązany jest przestrzegać regulaminu pracy i innych przepisów prawa pracy obowiązujących u pracodawcy.	Samozatrudniony jest zobowiązany do przestrzegania zasad określonych w umowie o świadczenie usług.	Świadczący usługi jest zobowiązany do przestrzegania zasad określonych w umowie o świadczenie usług.
Osobiste wykonywanie pracy	Pracownik musi wykonywać pracę osobiście.	Umowa o świadczenie usług może wyłączyć możliwość powierzenia przez samozatrudnionego wykonywania usługi przez osobę trzecią.	Umowa o świadczenie usług może wyłączyć możliwość powierzenia przez świadczącego usługi wykonywania usługi przez osobę trzecią.
Zakaz konkurencji	Możliwość związania pracownika nieodpłatnie zakazem konkurencji w trakcie trwania stosunku pracy i odpłatnie zakazem konkurencji po ustaniu stosunku pracy.	Możliwość zawarcia odpłatnej lub nieodpłatnej umowy o zakazie konkurencji w trakcie i po ustaniu umowy o świadczenie usług z Samozatrudnionym.	Możliwość zawarcia odpłatnej lub nieodpłatnej umowy o zakazie konkurencji w trakcie i po ustaniu umowy o świadczenie usług ze świadczącym usługi.
Wynagrodzenie	Przepisy prawa pracy wskazujące wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę. Szczególna ochrona wynagrodzenia.	Autonomia stron w kształtowaniu wysokości wynagrodzenia Samozatrudnionego.	Autonomia stron w kształtowaniu wysokości wynagrodzenia Świadczącego usługi, za wyjątkiem umów zlecenia – minimalna stawka godzinowa określona jest przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
Możliwość oddelegowania	Pracownika może pracodawca czasowo oddelegować do wykonywania innej pracy bez konieczności zmiany umowy o pracę.	Zmiana zakresu świadczonych przez samozatrudnionego usług będzie możliwa po zmianie lub rozszerzeniu przedmiotu umowy.	Zmiana zakresu świadczonych usług przez świadczącego usługi będzie możliwa po zmianie lub rozszerzeniu przedmiotu umowy.
Czas pracy	Normy czasu pracy określone w Kodeksie pracy, po ich przekroczeniu pracownik nabywa prawo do wynagrodzenia i dodatku za pracę w nadgodzinach.	Możliwość dostosowania wymiaru czasu pracy samozatrudnionego do zapotrzebowania pracodawcy.	Możliwość dostosowania wymiaru czasu pracy świadczącego usługi do zapotrzebowania pracodawcy.

Cecha	Umowa o pracę	Samozatrudnienie	Umowy cywilnoprawne
Urlop wypoczynkowy	Wymiar urlopu wypoczynkowego i zasady jego przyznawania są ściśle określone w Kodeksie pracy.	Co do zasady, samozatrudnionemu nie przysługuje urlop wypoczynkowy. Strony w umowie mogą dopuścić wolne w świadczeniu usług przez samozatrudnionego z zachowaniem lub bez zachowania prawa do wynagrodzenia za ten czas.	Co do zasady, świadczącemu usługi nie przysługuje urlop wypoczynkowy. Strony w umowie mogą dopuścić wolne w świadczeniu usług przez świadczącego usługi z zachowaniem lub bez zachowania prawa do wynagrodzenia za ten czas.
Odpowiedzialność	Pracownik odpowiada za szkodę spowodowaną nieumyślnie jedynie do wysokości 3-krotności swojego wynagrodzenia.	Samozatrudniony odpowiada całym swoim majątkiem za szkodę wyrządzoną pracodawcy. Odpowiedzialność obejmuje również majątek objęty ustawową wspólnością małżeńską.	Strony ponoszą odpowiedzialność solidarną. Świadczący usługi odpowiada wobec zlecającego na zasadzie regresu za szkodę wyrządzoną pracodawcy.
Odprawa z tytułu tzw. zwolnień grupowych	Pracownikowi przysługuje odprawa po spełnieniu przesłanek określonych w ustawie.	Samozatrudnionemu nie przysługuje odprawa.	Świadczącemu usługi nie przysługuje odprawa.
Przeniesienie autorskich praw majątkowych	Domniemanie, że wynagrodzenie z tytułu przeniesienia autorskich praw majątkowych do utworów pracowniczych zostało skalkulowane w wynagrodzeniu za wykonywanie pracy.	Konieczność zawarcia odrębnej umowy określającej sposób przeniesienia autorskich praw majątkowych do dzieł stworzonych przez samozatrudnionego, za dodatkowym wynagrodzeniem.	Konieczność zawarcia odrębnej umowy określającej sposób przeniesienia autorskich praw majątkowych do dzieł stworzonych przez świadczącego usługi, za dodatkowym wynagrodzeniem.
Przedawnienie roszczeń	3 lata	3 lata	3 lata
Właściwość sądu w przypadku sporu	Sąd pracy	Sąd gospodarczy	Sąd gospodarczy

Źródło: (Siewiec, 2011, s. 36-38; Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964)

Podejmowanie decyzji co do formy zatrudnienia przez pryzmat jej wad oraz zalet powinno być prawem każdej ze stron. Nie powinny więc mieć miejsca sytuacje, w których jedna ze stron narzuca drugiej formę zatrudnienia.

## 2. Uwarunkowania społeczno-kulturowe

Zatrudnienie na umowę o pracę na czas nieokreślony oraz świadczenie pracy w miejscu wskazanym przez pracodawcę stanowi standard we wszystkich krajach członkowskich UE, ale równocześnie systematycznie rośnie popularność form pracy, które nie narzucają pracownikom miejsca, sposobu wykonywania powierzonych zadań, czy sztywnego harmonogramu – w 2016 roku tzw. alternatywne (elastyczne) formy pracy stanowiły jedną trzecią całkowitego zatrudnienia (PARP, 2020, s. 3).

Zarówno w zakresie zatrudnienia, jak i organizacji pracy, formalne podstawy określone zostały w przepisach prawa obowiązującego powszechnie, tj. w Kodeksie pracy i w ustawie o działalności leczniczej. We wskazanych dokumentach podane zostały: normy dobowe, tygodniowe i miesięczne czasu pracy pracowników, pracowników niewidomych, pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, pełnienia dyżurów medycznych, czasów odpoczynku, jak również długość i możliwość stosowania okresów rozliczeniowych, limity pracy w godzinach nadliczbowych, systemy i rozkłady czasu pracy pracowników. Dodatkowo w zakresie organizacji pracy stosowane są przepisy ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997), w której określono normy czasu pracy, możliwości organizowania czasu pracy osób z niepełnosprawnościami oraz uprawnienia związane z nabywaniem prawa do dodatkowego czasu wolnego. Jednocześnie formalne podstawy organizacji pracy mogą być ujęte w aktach prawa obowiązującego u danego pracodawcy, a więc w ponadzakładowych lub zakładowych układach zbiorowych pracy, regulaminach, zarządzeniach lub decyzjach kierownika przedsiębiorstwa. Istotnym jest, że w hierarchii źródeł prawa akty prawa obowiązującego powszechnie mają wyższe znaczenie, więc zapisy aktów prawa wewnętrznego muszą być z nimi spójne lub przyznawać pracownikom prawa korzystniejsze.

W aktualnej sytuacji dotyczącej organizacji pracy, niezależnie od tego czy mamy na myśli podmiot leczniczy czy innego rodzaju przedsiębiorstwo, brane są pod uwagę przeróżne formy i rodzaje zatrudnienia. W przyszłości formy te i rodzaje zostaną pewnie bardziej uelastycznione i częściej stosowane. Pewną próbę prognozowania podejmuje A. Jagoda, która wskazuje między innymi na: zewnętrzne stymulanty elastycznej organizacji pracy, mobilność zawodową i przestrzenną, uwarunkowania technologiczne, deregulację rynku, permanentny wzrost znaczenia wiedzy, kulturę organizacyjną, czy także globalizację (zob. Jagoda, 2017). D. Bąk-

Grabowska, A. Cierniak-Emerych, M. Florczyk i C. Zając (2020, s. 24) stwierdzają, że zatrudnienie na umowach terminowych (*contract of limited duration*) odzwierciedla niestabilność zatrudnienia danej osoby oraz, że pewność zatrudnienia istotna jest w uelastycznianiu pracy w wymiarze społecznym (w Polsce udział kontraktów terminowych jest najwyższy w UE i utrzymuje się na tej pozycji od wielu lat: w roku 2018 wskaźnik ten osiągnął wartość 19,5%, przy średniej dla UE 12,1%). Równoległe do utrzymującego się wysokiego wskaźnika udziału form niestabilnych w Polsce w analizowanym okresie znacznie spadła stopa bezrobocia, która w roku 2018 wynosiła zaledwie 3,9% przy średniej dla UE 6,8%” (Bąk-Grabowska, Cierniak-Emerych, Florczyk i Zając, 2020, s. 24).

Europejska rzeczywistość dotycząca zatrudnienia i szeroko rozumianej pracy pokazuje, że oprócz typowych kwestii, jakimi są instrumentalne oczekiwania pracowników względem pracodawcy (dochód i bezpieczeństwo pracy), ważną rolę odgrywają także te związane z potrzebą rozwoju, sensem i poczuciem celu wykonywanej aktywności, z siecią relacyjności w środowisku zatrudnienia. Kwestie te niedawno podjęli autorzy opracowania *Redefining Working Conditions in Europe* (Vendramin i Parent-Thirion, 2019, s. 61). Niezwykle istotne są więc standardy dotyczące zatrudnienia. MOP rozwija system międzynarodowych standardów pracy, przy czym jej głównym celem jest „krzewienie stwarzania równych szans dla pracujących kobiet i mężczyzn, pracy w warunkach wolności, równości, bezpieczeństwa i godności” poprzez tworzenie równych szans dla kobiet i mężczyzn dla znalezienia przyzwoitego zatrudnienia, zwiększenie zabezpieczeń socjalnych dla pracujących, umocnienie trójstronnego dialogu społecznego, tj. między rządami a bezpośrednimi uczestnikami rynku pracy (rządy, pracodawcy, pracownicy) (Szaban, 2013, s. 80).

Uwarunkowania społeczne form zatrudnienia zaobserwować można analizując raporty z badań przeprowadzonych w poszczególnych grupach wiekowych pracowników. Ale nie tylko wiek jest istotny, gdyż na decyzje o wyborze formy zatrudnienia oraz organizacji pracy mogą mieć wpływ także: płeć, posiadane kwalifikacje, miejsce zamieszkania. Na rynku pracy mamy do czynienia z wieloma grupami pracowników. Prócz klasyfikacji opartej na rodzaju wykształcenia zastosowanie ma również podział w zależności od wieku. Poszczególne grupy wiekowe mają różne podejście do zatrudnienia oraz różne oczekiwania wobec potencjalnych pracodawców. Oczekiwania dotyczą nie tylko wynagrodzenia, ale również form i warunków zatrudnienia oraz czasu pracy.

W raporcie przygotowanym przez Deloitte dotyczącym tzw. millenialsów jednoznacznie wskazano czynnik społeczny, tj. wzrost znaczenia elastycznych form zatrudnienia, w tym czasu, miejsca i zatrudnienia, jako przejaw zmiany stylu życia młodych ludzi. Czynnik ten ma również wymiar ekonomiczny, gdyż pracodawcy w celu pozyskania pracowników tej grupy wiekowej muszą im stworzyć odpowiednie warunki zatrudnienia. Millenialsi stanowią niezwykle interesującą grupę wśród pracowników. Inaczej określani jako pokolenie YZ, czyli pracownicy urodzeni po 1985 roku i przed 2000 rokiem. O tym pokoleniu mówi się zazwyczaj niepocholebnie: o ich braku zaangażowania w pracę i niskiej lojalności pracowniczej w odróżnieniu od pokolenia X, tj. pracowników urodzonych w latach 1961-1984, którzy są pod wieloma względami „łatwiejsi” dla firm. Pokolenie YZ oczekuje dostrzegania ich działań, przy czym informacja zwrotna nie musi być pozytywna, natomiast pokolenie X zakłada, że docenianie przez pracodawcę musi mieć wymiar finansowy, pozytywny (Deloitte, 2018).

Poza powyższym z najnowszych danych Deloitte na temat pokolenia Y na rynku pracy wynika wiele interesujących wniosków. Badaniem Deloitte objęto 10 455 przedstawicieli pokolenia Y (urodzonych w latach 1983-1999) z 36 krajów, w tym 303 z Polski. W raporcie wyodrębniono również grupę niemal 1 850 przedstawicieli młodszych millenialsów (urodzonych pomiędzy 1995 a 1999 rokiem) z sześciu krajów, którzy dopiero wchodzi na rynek pracy. Z przeprowadzonych badań w zakresie zatrudnienia wynika, że (Deloitte, 2018):

- 60% z nich traktuje niestandardowe formy zatrudnienia jako alternatywę dla etatu - badani uważają, że niestandardowe formy zatrudnienia dają możliwość większego zarobku (62%) oraz elastyczność (39%), zdaniem 37% ankietowanych taka forma zatrudnienia wspomaga osiągnięcie *work-life balance*; tylko 17% millenialsów odrzuca taką opcję,
- 30% planuje pozostać w dotychczasowej firmie dłużej niż pięć lat,
- tylko 36% uważa, że ma umiejętności potrzebne w epoce czwartej rewolucji przemysłowej, w związku z czym oczekuje pomocy od swoich pracodawców, głównie w formie szkoleń z umiejętności miękkich, związanych z pewnością siebie, stosunkami interpersonalnymi i etyką oraz uczciwością,
- mniej niż połowa badanych uważa, że przedsiębiorstwa postępują etycznie, podczas gdy w 2017 roku było to 65%,

- jedynie 47% badanych jest zdania, że szefowie firm działają na rzecz poprawy sytuacji społeczeństw (rok wcześniej było to o 15% więcej) – zdaniem młodych ludzi miara sukcesu firmy powinna wykraczać poza wyniki finansowe, ważne są przede wszystkim przyjazna kultura organizacyjna,
- 17% wszystkich przebadanych boi się, że z rynku pracy wyprą ich maszyny i zaawansowane rozwiązania.

W kolejnym Raporcie Millenialsi 2019 (Deloitte, 2019) badaniem objęto 13 416 przedstawicieli pokolenia Y (urodzonych w latach 1983-1999) z 42 krajów, w tym z Polski i wyodrębniono również grupę przedstawicieli pokolenia Z (urodzonych po 1999 roku) z dziesięciu krajów, którzy dopiero wkraczają na rynek pracy. Wyniki badań nie są optymistyczne: młodzi są świadomi wyzwań, jakie ich czekają w erze przemysłu 4.0, ale nie są specjalnie zadowoleni ze swojego życia, sytuacji finansowej, pracy, przywódców politycznych oraz liderów biznesowych. Są rozczarowani nawet mediami społecznościowymi. Są sceptyczni wobec biznesu: pozostają lojalni wobec organizacji, którym przyświecają podobne wartości pozafinansowe. Są nieufni, być może z uwagi na panujący niepokój społeczny, polityczny i/lub ekonomiczny, m.in. z powodu nieprzyzwyczajenia do życia w pokryzysowej rzeczywistości. Takie osoby osiągają niższy dochód realny i posiadają mniej aktywów niż poprzednie pokolenia w ich wieku, a ich poziom zadłużenia jest wyższy. Wszystkie przywołane argumenty oraz dodatkowo rozwój technologii, które zmieniają rynek pracy, a także urzędów osobistych, które z jednej strony zwiększają liczbę kontaktów, a z drugiej — sprawiają, że jesteśmy bardziej samotni, mają wpływ na podejmowane przez nich decyzje finansowe.

Jak wynika z przedstawionych wyżej raportów młode pokolenie Y oraz YZ jest bardzo wymagającą grupą pracowników i stanowi niezwykle wyzwanie dla pracodawców. Ale nie tylko młode pokolenia mają wymagania co do szeroko pojętych warunków zatrudnienia. Pracownicy z dłuższym stażem pracy, zmieniając stan cywilny i zakładając rodziny również mają swoje określone oczekiwania. Do najważniejszych zalet elastycznych form zatrudnienia z perspektywy osoby zatrudnionej niewątpliwie należy możliwość łączenia życia zawodowego z innymi obowiązkami (np. rodzinnymi, edukacyjnymi) oraz dostosowanie działalności zarobkowej do własnych preferencji (Organiściak-Krzykowska, Walkowiak i Nyklewicz, 2014, s. 118). Istotne jest, aby dla dobrostanu (fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego) pracownika, a także jego rodziny, przy zastosowaniu działań indywidualnych, jak i



organizacyjnych (rozwiązania oferowane przez firmy, np. elastyczny czas pracy) możliwe było połączenie w sposób harmonijny pracy, obowiązków rodzinnych i życia osobistego tego pracownika (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2019, s. 3). Co potwierdza wcześniejszy pogląd Borkowskiej (2002, s. 78), która stwierdziła, że elastyczne rozkłady czasu pracy mogą być korzystne dla pracowników, umożliwiając im łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, zwiększając rozmiar czasu wolnego. K. Hildt-Ciupińska i K. Pawłowska-Cyprysiak (2019, s. 3) proponują zdefiniować pojęcie równowagi „praca – życie” jako równowagę między pracą zawodową i życiem (osobistym, rodzinnym, społecznym), przy dostosowanym do potrzeb podziale czasu i zaangażowania pomiędzy tymi dwiema sferami, oraz płynącą z nich jednakową satysfakcją. I właśnie jako ważny element równoważenia życia zawodowego i rodzinnego pracowników coraz częściej są traktowane elastyczne (nowe, nietypowe) formy zatrudnienia i organizacji pracy więc postrzeganie zmian organizacyjnych w ten sposób przyczynia się nie tylko do polepszenia jakości życia, ale również wyników ekonomicznych (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2019, s. 3). Elastyczne zatrudnienie daje pracownikom większą wolność i swobodę działania, co sprawia, że zatrudnienie w obrębie form elastycznych staje się atrakcyjne dla osób z dużą potrzebą niezależności (Organiściak-Krzykowska, Walkowiak i Nyklewicz, 2014, s. 118). Pracodawcy powinni więc wziąć pod uwagę oczekiwania poszczególnych grup wiekowych pracowników i w miarę możliwości dostosować warunki zatrudnienia, gdyż wspólne ich ustalanie przez strony może pozytywnie wpłynąć na efekty działalności przedsiębiorstw.

Niezwykle istotne w przebiegu zatrudnienia są benefity pozapłacowe oferowane pracownikom. Jak wynika z raportu płacowego ujętego w badaniach Antal w poszczególnych jej grupach benefitów kształtują się trendy. Sytuacja epidemiologiczna na świecie spowodowała zdecydowany wzrost możliwości pracy zdalnej (20 punktów procentowych) oraz niewielki wzrost możliwości elastycznego czasu pracy i dni dodatkowego płatnego urlopu (wzrost po 3 punkty procentowe). Większość rodzajów oferowanych dotychczas benefitów zostało przez pracodawców ograniczone z różnych względów, a spadki dotyczą obszarów lub usług dotkniętych ograniczeniami związanymi z pandemią lub wynikają z rzadszej obecności pracowników w biurach (Antal, 2021, s. 26).

**Tabela 14. Zestawienie oferowanych benefitów pozapłacowych w 2020 roku oraz różnica ich wykorzystania w stosunku do 2019 roku**

Oferowane benefity pozapłacowe	Pracodawcy oferujący benefity pozapłacowe w %	Różnica do 2019 r. w %
Możliwość pracy zdalnej	71	+20
Elastyczny czas pracy	61	+3
Prywatna opieka medyczna	60	0
Karta fitness	46	-5
Dodatkowe premie i bonusy	45	+2
Dofinansowanie do ubezpieczenia na życie	35	-3
Prezenty i bony świąteczne	34	-2
Prywatna opieka medyczna dla członków rodziny	29	+1
Miejsce parkingowe	24	-1
Samochód służbowy	19	-4
Dofinansowanie wakacji	17	-4
Dofinansowanie edukacji	15	+1
Dofinansowanie do ubezpieczenia emerytalnego	15	+2
Pokoje relaksu, odpoczynku w pracy	14	+2
Dodatkowe dni urlopu	14	+3
Dofinansowanie posiłków	14	-4
Możliwość wzięcia pożyczki od pracodawcy na preferowanych warunkach	11	-2
Bilety do kina/teatru	10	-3
Dofinansowanie dojazdów do pracy	7	+1
Bony towarowe	7	0
Inne	6	+1
Dofinansowanie do przedszkola	2	+1

Źródło: (Antal, 2021, s. 26)

Niezwykle ważnym jest również prawidłowe określenie przez pracodawców potrzeb swoich pracowników. W Raporcie płacowym przygotowanym przez Antal zauważyć można, że do najważniejszych benefitów zdaniem respondentów należą: dodatkowe dni urlopu, samochód służbowy oraz dofinansowanie edukacji (tab. 15). Zgodnie z tym Raportem: według specjalistów i menedżerów przeceniane są karta fitness i bony towarowe (Antal, 2021, s. 27).

**Tabela 15. Zestawienie otrzymanych oraz pożądanых przez pracowników benefitów pozapłacowych w 2020 roku**

Rodzaje benefitów pozapłacowych	Otrzymane benefity pozapłacowe w %	Pożądane benefity pozapłacowe w %	Różnica otrzymane vs. pożądanе
Możliwość pracy zdalnej	71	67	-4
Elastyczny czas pracy	61	67	+6
Prywatna opieka medyczna	60	59	-1
Karta fitness	46	39	-7
Dodatkowe premie i bonusy	45	63	+18
Dofinansowanie do ubezpieczenia na życie	35	33	-2
Prezenty i bony świąteczne	34	35	+1
Prywatna opieka medyczna dla członków rodziny	29	42	+13
Miejsce parkingowe	24	30	+6
Samochód służbowy	19	41	+22
Dofinansowanie wakacji	17	29	+12
Dofinansowanie edukacji	15	36	+21
Dofinansowanie do ubezpieczenia emerytalnego	15	25	+10
Pokoje relaksu, odpoczynku w pracy	14	14	0
Dodatkowe dni urlopu	14	43	+29
Dofinansowanie posiłków	14	27	+13
Możliwość wzięcia pożyczki od pracodawcy na preferowanych warunkach	11	17	+6
Bilety do kina/teatru	10	17	+7
Dofinansowanie dojazdów do pracy	7	24	+17
Bony towarowe	7	3	-4
Inne	6	11	+5
Dofinansowanie do przedszkola	2	11	+9

Źródło: (Antal, 2021, s. 27)

Brak analizy potrzeb osób zatrudnionych prowadzić może do sytuacji przeznaczania przez pracodawców środków finansowych na benefity, z których nikt nie będzie korzystał, albo korzystać będą bardzo nieliczni. Zwłaszcza w obecnej sytuacji epidemiologicznej na świecie przeprowadzanie okresowych analiz w tym zakresie jest niezwykle istotne zarówno jeżeli chodzi o finanse przedsiębiorstwa, jak i utrzymania pracowników.

Obok oczekiwań pracowników mamy do czynienia z potrzebami i oczekiwaniami pracodawców. „Jednym ze stosowanych oraz zalecanych wszystkim państwom członkowskim UE rozwiązań jest *flexicurity*, czyli zintegrowana strategia równoczesnego zwiększania elastyczności i bezpieczeństwa na rynku pracy. W UE przyjęto, iż jej wdrożenie jest niezbędne dla osiągnięcia celów Strategii Lizbońskiej w zakresie zwiększenia liczby dobrych miejsc pracy, a pierwszymi dokumentami UE, w których się mówiło o *flexicurity*, były „*European Commission, Green paper on modernising labour law to meet the challenges of the 21st*

century (Memo/06/329), Brussels, 27 June 2007, COM(2007) 359 final". UE jako całość podjęła się natomiast wsparcia realizowanych w poszczególnych krajach reform ukierunkowanych na osiągnięcie elastyczności i bezpieczeństwa na ich rynkach pracy, które dokonuje się przede wszystkim poprzez Europejską Strategię Zatrudnienia, otwartą metodę koordynacji w obszarze zabezpieczenia społecznego i społecznej inkluzji, odpowiednie instrumenty prawne oraz współfinansowanie (w szczególności ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego) programów spełniających założenia modelu *flexicurity*" (MPIPS, 2009, s. 13). Zasada *flexicurity* polega także na łączeniu elastycznych form zatrudnienia z zapewnieniem bezpieczeństwa socjalnego (Borkowska, 2002, s. 76). Jednak nowe podejście do stosunku pracy, miejsca, czasu oraz sposobu świadczenia pracy wymaga zredefiniowania dotychczasowej relacji pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, gdyż cechujący na ogół pracę alternatywną brak dookreślonych norm, zasad i regulacji w zakresie ochrony socjalnej może prowadzić do prekaryzacji, a więc niepewności finansowej pracowników oraz braku ich stabilizacji życiowej na skutek braku stałości zatrudnienia (IARP, 2021, s. 19).

W ramach elastycznego zatrudnienia strony stosunku prawnego dysponują jeszcze większą wolnością, której skutkiem jest dostosowanie warunków stosunku pracy do ich realnych potrzeb oraz obowiązków, i dzięki zachowaniu większej autonomiczności stron pozwala na osiągnięcie szeregu korzyści zarówno dla pracowników, jak i pracodawców (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szabłowska-Juckiewicz, 2015, s. 54).

Elastyczne formy zatrudnienia umożliwiają zastosowanie niestandardowego sposobu organizacji pracy charakteryzującego dużą swobodą oraz innym ułożeniem relacji między stronami, opartych na większej niezależności, gdzie strony dzięki swojej autonomiczności mają możliwość określenia swoich praw i obowiązków w sposób odmienny od dotychczasowych regulacji, opartej na klasycznej umowie o pracę (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szabłowska-Juckiewicz, 2015, s. 54). Alternatywne formy zatrudnienia mogą być korzystne zarówno dla pracodawców, jak i dla pracowników, jednak w obecnym układzie pracownik jest stroną słabszą, gdyż umowa wiążąca go z pracodawcą ma najczęściej charakter cywilnoprawny, który nie daje ochrony i przywilejów jakie przysługują pracownikom etatowym (PARP, 2020, s. 3). Nowe formy zatrudnienia oprócz pozytywnych skutków, które niosą ze sobą z pewnością, wiążą się również ze skutkami negatywnymi, jak np.: niepewność pracy, mniejsze bezpieczeństwo socjalne, gorsze wynagrodzenie, a także nadmierne obciążenie wynikające z

podejmowania np. kilku zleceń równolegle (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2019, s. 7). Podstawowe wady płynące z elastycznego zatrudnienia z perspektywy pracowników to prawdopodobnie mniejsze zarobki, trudności z uzyskaniem awansu, niepewność zatrudnienia oraz mniejsza dbałość pracodawcy o potrzeby podwładnych związane z niezależnością (Organiściak-Krzykowska, Walkowiak i Nyklewicz, 2014, s. 118). Praca zdalna dla przykładu umożliwia elastyczność i autonomię, ale jednocześnie stwarza ryzyko związane z natężeniem pracy, większym poziomem stresu i dłuższym czasem pracy, a także zacieraniem się granic między pracą a życiem prywatnym (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2019, s. 7). Zatrudnienie na czas określony jest trudne z punktu widzenia i doświadczenia psychologicznego osoby, która w taki sposób ma uregulowany stosunek pracy, gdyż tak naprawdę taki pracownik nie wie, albo nie ma pewności, jak długo będzie pracował i czy z tą wykonywaną pracą może wiązać swoją przyszłość (Quinlan, 2015, s. 8). Niektóre z przeprowadzonych badań w skali międzynarodowej sugerują – a nawet potwierdzają – istotny związek między zatrudnieniem na czas określony a zwiększonym ryzykiem chorób psychicznych, co nie pozostaje bez wpływu także na wyzwania dla kształtowania prawnych i organizacyjnych aspektów zatrudnienia (Virtanen, Kivimäki, Joensuu, Virtanen i Vahteras, 2005, s. 617). Ponadto wskazuje się na wiele innych konsekwencji wynikających z tej formy zatrudnienia. Będzie to choćby niepewność, niższe wynagrodzenie, luki w ochronie socjalnej, zwiększone zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa (International Labour Office, 2019, s. 11). Jak wskazuje się na podstawie przeprowadzonych badań w skali europejskiej, w tych organizacjach i przedsiębiorstwach, gdzie występuje najmniejszy odsetek umów na czas nieokreślony, satysfakcja z wykonywanej pracy jest największa (Eurofound and Cedefop, 2020, s. 84). Natomiast z „pracą za talony” wiążą się: niepewność zatrudnienia, izolacja społeczna i zawodowa oraz ograniczony dostęp do świadczeń pracowniczych i rozwoju kariery zawodowej, zaś praca dorywcza charakteryzuje się niskimi dochodami, niepewnością zatrudnienia, niskim poziomem ochrony socjalnej oraz brakiem dostępu lub ograniczonym dostępem do świadczeń pracowniczych (Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2019, s. 7). Aby stosowanie elastycznych form zatrudnienia przynosiło więcej korzyści niż efektów negatywnych, niezbędna jest dobrowolność podejmowania pracy w wybranej formie, przy znajomości odpowiednich przepisów prawnych oraz świadomości konsekwencji, jakie one przynoszą (Skórska, 2016, s. 148).

Jeśli zaś chodzi o stosowanie elastycznych form zatrudnienia: KE dostrzega ryzyko prekaryzacji w ramach pojawiających się alternatywnych form pracy, które według niej wiążą się z takimi zagrożeniami dla pracowników jak: niebezpieczeństwo intensyfikacji pracy, zwiększonego stresu i zatarcia granic między życiem zawodowym a pozazawodowym, niepewność zatrudnienia, brak bezpieczeństwa płacy, mniejszy dostęp do rozwoju i kariery (IARP, 2021, s. 17). Z uwagi na fakt, że dowodów na brak równowagi sił pomiędzy pracownikami a ich pracodawcami pojawia się coraz więcej, konieczna jest, zdaniem KE, ponowna ocena, w jaki sposób regulacje mogą zaradzić zarówno skutkom, jak i źródłom takiej sytuacji (IARP, 2021, s. 17). Trzeba również podkreślić, że polskie regulacje prawne nie chronią wystarczająco interesów pracowników zatrudnionych w innej formie niż nieelastyczna umowa o pracę (tj. w formach elastycznych) więc osoby zatrudnione w formach elastycznych powinny nie tylko dbać o swoją pozycję finansową i personalną, ale także upominać się o odpowiednie traktowanie w tych obszarach (Organiściak-Krzykowska, Walkowiak i Nyklewicz, 2014, s. 118).

### **3. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne**

Stabilność finansowa oraz skuteczne zarządzanie ryzykiem to jeden z najistotniejszych czynników dla funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz dla skutecznego oferowania przez nie swoich usług (Frączkiewicz-Wronka, Ingram, Szymaniec-Mlicka i Tworek, 2021). Jak stwierdziła H. Strzemińska, bez wątplenia najważniejszym powodem oraz makroekonomicznym podłożem szukania nowych rozwiązań w organizacji i podziale pracy są długofalowe procesy, takie jak globalizacja i wzrost konkurencji, stały postęp techniczny i technologiczny, wahania koniunktury na krajowych i światowych rynkach, kurcząca się ilość pracy do wykonania przy rosnących zasobach pracy żywej i wynikająca stąd konieczność redystrybucji posiadanego wolumenu pracy (Frieske, 2003, s. 130).

Coraz bardziej elastyczne podejście do rynku pracy wiąże się ze zmianami społecznymi, gospodarczymi oraz technologicznymi, które ułatwiają takie rozwiązania, jak np. praca za pośrednictwem platform internetowych (PARP, 2020, s. 3). Niewątpliwie jednym z czynników wymuszających stosowanie elastycznego podejścia, również w zakresie zatrudnienia, jest zjawisko rozpowszechnionej obecnie konkurencji. Konkurencja wymusza szybkość i elastyczność reakcji na zmiany popytu, technologii, otoczenia rynkowego, regulacji prawnych, działań rządów itp. (Pawłowska, 2017, s. 33). Reakcje te oznaczają m.in. konieczność

„przegrupowania sił”, czyli szybkiego zastąpienia jednych zasobów ludzkich innymi, zaś kluczem do sukcesu w walce konkurencyjnej jest przede wszystkim szybkość dokonania takiego manewru: pozbywania się jednych grup pracowników i pozyskiwania w to miejsce innych (Pawłowska, 2017, s. 33).

Elastyczność rynku pracy może mieć charakter (Borkowska, 2002, s. 76):

- makroekonomiczny – oznacza sposób dochodzenia do równowagi makroekonomicznej,
- mikroekonomiczny – to zdolność dostosowawcza przedsiębiorstw w zakresie polityki personalnej oraz zaspokajania potrzeb życiowych pracujących i poszukujących pracy.

W teorii ekonomii elastyczność zatrudnienia to elastyczność popytu na pracę, przy czym elastyczność zatrudnienia (zwana także numeryczną) oznacza możliwość zmiany liczby zatrudnionych ze względu na jego determinanty (rentowność lub inny miernik wyniku finansowego, koszty pracy, wydajność, zmiany strukturalne i technologiczne, formy zatrudnienia, stopień ochrony zatrudnienia) (Borkowska, 2002, s. 76). Istotnym elementem tej elastyczności są nietypowe (alternatywne, niestandardowe) formy zatrudnienia, organizacji i miejsc pracy, które wpisują się w koncepcję przejściowych rynków pracy (*transitional labour markets*) oraz w nowy paradygmat polityki rynku pracy, oparty na zasadzie *flexicurity* (Borkowska, 2002, s. 76). Według opinii Komitetu ds. Ekonomiczno-Społecznych UE elastyczność zatrudnienia stanie się istotnym elementem nowej ekonomii (Borkowska, 2002, s. 76). W literaturze podkreśla się, że stosując elastyczne formy zatrudnienia pracodawca odnosi wiele korzyści, takich jak: obniżenie kosztów pracy, optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia pod względem ilości i jakości zasobów niezbędnych do zaspokojenia swoich potrzeb, a także sprawniejsze korzystanie z wiedzy zewnętrznych specjalistów bądź wykonywania nietypowych, sporadycznych prac poprzez outsourcing lub samozatrudnienie (Bieliński, Giedrewicz-Niewińska i Szablowska-Juckiewicz, 2015, s. 39).

Z pojęciem elastyczności zatrudnienia wiąże się pojęcie elastyczności organizacji. Jest to zdolność organizacji do reagowania na różne wymagania rywalizującego środowiska i jest traktowana jako kategoria ekonomiczna, służąca przeciwdziałaniu ryzyku i niepewności w działalności organizacji (Pawłowska, 2017, s. 33). Wiąże się ona z wewnętrzną zdolnością organizacji do reagowania na nowe sytuacje (aspekt responsywny) oraz wywoływania zmian w sensie proaktywnym, które mają służyć dostosowaniu wewnętrznej struktury i procesów

organizacyjnych adekwatnie do zmian w otoczeniu (Pawłowska, 2017, s. 33). Ekonomiczna efektywność pracy przejawia się w zrealizowaniu rzeczowego programu działania przedsiębiorstwa przy udziale pracowników zgodnie z zasadą oszczędnego wykorzystania ograniczonego zasobu, natomiast społeczna – w zrealizowaniu interesów pracowników, które są bodźcem do podejmowania działań, wymagających z ich strony określonego wysiłku fizycznego i umysłowego przy czym społeczna efektywność pracy ma charakter niekwantyfikowalny, jest kategorią opisową, którą można charakteryzować za pomocą rozmaitych mierników ekonomicznych i opisu zjawisk społecznych warunkujących nakłady i efekty (Jasiński, 1999, s. 246). Przyjąć należy, iż wszelka ludzka działalność wymaga spełnienia trzech warunków: człowiek musi mieć obiektywne możliwości sprawnego działania, musi móc i chcieć działać, a im wyższą wartość przedstawia każdy z tych warunków, tym pełniejsze jest efektywne wykorzystanie czasu pracy (Stabryła, 2010. s. 390).

Efektywność pracy uzależniona jest od szeregu czynników ją kształtujących, co pokazano w tabeli 16.

**Tabela 16. Czynniki kształtujące efektywność pracy**

Autorzy	Grupy czynników	Rodzaje czynników
Pocztowski A., Miś A.	według kryterium rodzajowego	
	naturalne	– warunki klimatyczne, stan środowiska i inne
	techniczne	– poziom parku maszynowego, stosowane technologie i inne
	strukturalne	– struktura produkcji i inne
	organizacyjne	– organizacja pracy, – sprawność kierownictwa
społeczno-kulturowe	– kwalifikacje, – postawy wobec pracy i inne	
Boxall P., Purcell J.	na poziomie pracownika i zespołu, przy czym wszystkie czynniki zależą zarówno od pracownika, jak i przedsiębiorstwa	poziom wyników osiąganych przez każdego z pracowników jest funkcją: – zdolności (mogą wykonywać powierzoną im pracę, ponieważ posiadają niezbędne zdolności i umiejętności), – motywacji (wykonają powierzoną im pracę, ponieważ chcą to zrobić i są odpowiednio zmotywowani), – możliwości (otoczenie pracy zapewnia im niezbędne wsparcie np. poprzez partycypację, czy dostarczenie odpowiedniej technologii i możliwości wypowiedzenia się)



Autorzy	Grupy czynników	Rodzaje czynników
Jasiński Z.	czynniki zewnętrzne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– władze polityczne,</li> <li>– warunki ekonomiczne,</li> <li>– rynek zaopatrzeniowy,</li> <li>– rynek zbytu,</li> <li>– rynek pracy,</li> <li>– technika i technologia,</li> <li>– kapitał,</li> <li>– aktywa społeczne,</li> <li>– kultura i ekologia</li> </ul>
	czynniki wewnętrzne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– układ organizacyjno-zarządczy (sposób i sprawność kierowania,</li> <li>– struktura organizacyjna i struktura produkcji,</li> <li>– organizacja pracy i produkcji,</li> <li>– warunki pracy,</li> <li>– technika i technologia,</li> <li>– system motywacyjny,</li> <li>– zmiany i rozwój organizacji</li> <li>– organizacja wewnętrzna zespołu (cele i zadania zespołu, wielkość),</li> <li>– skład, struktura zespołu,</li> <li>– zwartość i stabilność zespołu,</li> <li>– normy zespołowe,</li> <li>– stosunki międzyludzkie,</li> <li>– sposób przydzielania zadań,</li> <li>– styl kierowania zespołem,</li> <li>– system motywowania,</li> <li>– zdolność adaptacyjna zespołu</li> <li>– cechy indywidualne członków zespołu (zdolności i umiejętności),</li> <li>– poziom motywacji,</li> <li>– potrzeby i oczekiwania,</li> <li>– system wartości,</li> <li>– postawy wobec pracy i współpracowników,</li> <li>– zachowania</li> </ul>
Pocztowski A., Miś A.	według kryterium rodzajowego	
	naturalne	– warunki klimatyczne, stan środowiska i inne
	techniczne	– poziom parku maszynowego, stosowane technologie i inne
	strukturalne	– struktura produkcji i inne
	organizacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– organizacja pracy,</li> <li>– sprawność kierownictwa</li> </ul>
	społeczno-kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kwalifikacje,</li> <li>– postawy wobec pracy i inne</li> </ul>

Autorzy	Grupy czynników	Rodzaje czynników
Boxall P., Purcell J.	na poziomie pracownika i zespołu, przy czym wszystkie czynniki zależą zarówno od pracownika, jak i przedsiębiorstwa	poziom wyników osiąganych przez każdego z pracowników jest funkcją: <ul style="list-style-type: none"> <li>– zdolności (mogą wykonywać powierzoną im pracę, ponieważ posiadają niezbędne zdolności i umiejętności),</li> <li>– motywacji (wykonają powierzoną im pracę, ponieważ chcą to zrobić i są odpowiednio zmotywowani),</li> <li>– możliwości (otoczenie pracy zapewnia im niezbędne wsparcie np. poprzez partycypację, czy dostarczenie odpowiedniej technologii i możliwości wypowiadania się)</li> </ul>
Jasiński Z., Chomątowska B., Janiak-Rejno I.	czynniki kształtujące proefektywnościowe zachowania pracowników	
	zależne od pracownika	<ul style="list-style-type: none"> <li>– posiadane kompetencje wsparte odpowiednią motywacją i chęcią działania,</li> <li>– posiadane umiejętności zarządzania własną pracą w kierunku kształtowania własnej efektywności</li> </ul>
	zależne od przedsiębiorstwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– procedura selekcji i adaptacji pracowników,</li> <li>– kształtowanie zewnętrznej i wewnętrznej motywacji pracownika</li> </ul>
Borkowska S.	czynniki kształtujące efektywność pracy, na które przedsiębiorstwo ma wpływ poprzez własne działania i poprzez cechy swoich pracowników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kompetencje do wykonywania pracy (od doboru, przez szkolenia, do samodoskonalenia),</li> <li>– motywacja do podejmowania działań i dążenia do celu (od systemów wynagrodzeń ukierunkowanych na wyniki, przez motywację pozamaterialną, do koncepcji współuczestnictwa – <i>involvement</i>),</li> <li>– sposób zorganizowania pracy (od projektowania stanowiska pracy, przez pracę zespołową, rozwiązania sprzyjające zachowaniu równowagi praca-życie pozazawodowe, do indywidualnych umiejętności bycia zorganizowanym)</li> </ul>
Smolbik-Jęczmień A.	efektywność pracy w skali makro	– społeczna wydajność pracy
	efektywność pracy w skali mezo	– organizacja i podmioty wewnętrzne
	efektywność pracy w skali mikro	– indywidualna i/lub grupowa

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Skowron-Mielnik, 2012, s. 39-41; Korcz i Pietrulewicz, 2006, s. 58)

I. Korcz oraz B. Pietrulewicz (2006, s. 57) odnosząc się do efektywności pracy (z j. łacińskiego: effectus - skutek) przypominają, że efektywność jakiegokolwiek działania określana jest przez relację efektów do nakładów, natomiast efektywność pracy określa relacja efektów pracy żywej i pracy uprzedmiotowionej do nakładów pracy żywej - nie należy więc mylić efektywności pracy z efektywnością produkcji, traktowaną jako stosunek dóbr i usług materialnych wytworzonych w danym czasie do sumy nakładu pracy żywej i

uprzedmiotowionej. W obecnych warunkach funkcjonowania organizacji, podobnie jak niemal pół wieku temu, analiza efektywności pracy prowadzona jest pod względem trzech jej aspektów: ekologicznego (jakie czynniki wpływają na efektywność pracy?), strukturalnego (jaka jest struktura efektywności pracy?) i behawioralnego (jak efektywność wpływa na zachowanie pracowników i ich motywację?) (Sajkiewicz, 1981, s. 269).

Umowa o pracę zaliczana jest do kluczowych instytucji ekonomiczno–prawnych regulujących stosunki pracy we współczesnym kapitalizmie i jest silnie powiązana z procesami ekonomicznymi oraz gospodarką rynkową (Giermanowska, 2013, s. 19).

Zatrudnianie pracowników generuje koszty. Koszty zatrudnienia są różne w zależności od rodzaju zawartej umowy. Gdyby porównać umowy o pracę do umów cywilnoprawnych stwierdzić należy, że zatrudnienie pracownicze nie dość, że stanowi ryzyko dla pracodawcy, to niesie ze sobą większe zobowiązania. Taki stan rzeczy spowodowany jest przede wszystkim obowiązkiem wypłacania pracownikom wynagrodzenia oraz wszelkich pochodnych (dodatków), odprowadzania składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (w tym również przez pracodawcę) oraz zaliczek na podatek dochodowy, ale także naliczania odpisów na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, wypłaty świadczeń, udzielania urlopów wypoczynkowych i innych nieobecności. W przypadku zaś umów cywilnoprawnych pracodawca wypłaca należność brutto na jaką umówił się z osobą udzielającą świadczeń i nie ma obowiązku ponoszenia kosztów pozostałych obciążeń, absencji chorobowej czy nieobecności. W przypadku umów cywilnoprawnych nie ma też problemu pracy w godzinach nadliczbowych, nie są więc generowane dodatkowe koszty zatrudnienia. Osoby udzielające świadczeń nie mają wymiaru etatu jak ma to miejsce w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, gdzie przekroczenie obowiązujących norm czasu pracy zobowiązuje pracodawcę do wypłacenia dodatkowego wynagrodzenia.

W celu uniknięcia pracy w godzinach nadliczbowych należy dostosować stan zatrudnienia personelu do istniejących potrzeb. Można też wprowadzić techniki organizatorskie zmierzające do opracowania norm pracy i określenia głównie ilości czasu niezbędnej do wykonania zadania oraz ogólnie określenia nakładu pracy niezbędnego do wykonania danego zadania roboczego (Bieniok, 2004, s. 136). W praktyce wyróżnianych jest wiele rodzajów norm pracy, których wykorzystanie pozwala optymalizować wykorzystanie czasu pracy (tab. 17).

**Tabela 17. Rodzaje norm pracy**

Wyszczególnienie	Charakterystyka
Normy czasu	Określają ilość czasu niezbędnego do wykonania danego zadania lub jednostki produktu pracy (np. 20 minut na sztukę, 30 minut na tonę, itp.).
Normy wydajności (ilości)	Oznaczają liczbę jednostek wyrobu konieczną do wykonania w określonej jednostce czasu (np. 3 sztuki na godzinę lub zmianę roboczą, itp.), normy wydajności są odwrotnością normy czasu.
Normy obsługi	Określają liczbę urządzeń (obiektów) przydzielonych do obsługi jednemu pracownikowi lub zespołowi pracowników pracujących w systemie obsługi wielostanowiskowej (stosowane są np. w obsłudze wielomaszynowej lub wielowarsztatowej, obsłudze konserwacyjnej, pracy nadzorczej, itp.).
Normy obsady (normy zatrudnienia)	Oznaczające liczbę pracowników niezbędnych do obsługi jednego lub kilku urządzeń (stosowane głównie w hutniczych lub chemicznych procesach aparaturowych), względnie do wykonania określonej pracy w danej komórce organizacyjnej (np. normy obsad pracowników umysłowych).

Źródło: (Bieniok, 2004, s. 137)

Z normami czasu pracy wiąże się poruszany od wielu lat temat skracania czasu pracy. Analitycy Polskiego Instytutu Ekonomicznego (PIE) zwracają uwagę, że w Polsce i na świecie coraz częściej dyskutowanym pomysłem jest czterodniowy tydzień pracy, gdyż skrócenie czasu pracy mogłoby pomóc w bardziej efektywnym godzeniu życia zawodowego z życiem prywatnym i rodzinnym, poprawić dobrostan pracowników, a w efekcie pozytywnie wpłynąć na poziom produktywności pracowników (BIP, 2021). W odniesieniu do podmiotów leczniczych skrócony czas pracy dotyczył wcześniej pracowników wykonujących prace w warunkach szkodliwych (m.in. radiologia, medycyna nuklearna, zakład patomorfologii). Obecnie, w związku z rozwojem techniki, aparatura medyczna posiada stosowne zabezpieczenia i nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia pracowników. Czas ich pracy został więc wyrównany do norm ogólnie obowiązujących w podmiotach leczniczych, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut w tygodniu. Istnieje możliwość skracania czasu pracy przez pracowników. Mają oni możliwość wystąpienia do pracodawcy o ustalenie indywidualnego systemu czasu pracy, wskazując dni i godziny pracy.

Właśnie sprawność pracowników związana jest nierozdzielnie z normami pracy. Pojęcie sprawności w sensie prakseologicznym odnosi się do ogółu walorów praktycznych działania, czyli jego cech ocenianych pozytywnie, do których zaliczane są: skuteczność, korzystność, ekonomiczność, wydajność i racjonalność, więc działanie określane jako sprawne, wykazuje zadowalający poziom wymienionych cech (Stabryła, 2012, s. 100). To, że można zatrudnić tylko całego człowieka, a nie jego część, tłumaczy, dlaczego wzrost ludzkiej efektywności w pracy

stanowi największą szansę wzrostu wydajności oraz rezultatów przedsiębiorstwa, gdyż zasoby ludzkie, ze wszystkich bogactw danych człowiekowi, są najproduktywniejsze, najwszechstronniejsze i najpłodniejsze (Drucker, 1998, s. 282). Jednak podejście do pracy oraz sposób jej wykonywania jest różny i zależy od indywidualnych cech każdego pracownika oraz od zakresu obowiązków pracowniczych. Pracownik godząc się na zatrudnienie na określonym stanowisku pracy, na pełnienie określonej roli, z mocy podpisania umowy, zobowiązuje się wykonywać zakres obowiązków przewidziany dla tego stanowiska (Bańka, 2011, s. 275). Pracownik wykonuje obowiązki w wymiarze etatu oraz czasie określonych w umowie zawartej z pracodawcą.

Obok norm czasu pracy w organizacji pracy ogromne znaczenie mają wprowadzane na rynki nowe technologie i rozwój techniczny oraz ich wpływ na wydajność i efektywność pracowników. E. Brynjolfsson i A. McAfee (2015, s. 39) podają, że komputer, podobnie jak i inne technologie ogólnego przeznaczenia, wymaga równoległego tworzenia innowacji w modelach prowadzenia biznesu, w strukturach procesów organizacyjnych oraz w instytucjach, jak również rozwijania przez ludzi posiadanych umiejętności. Jest to problematyczne, ponieważ technologie cyfrowe szybko się zmieniają, a organizacje i ludzie nie dotrzymują im kroku (Brynjolfsson i McAfee, 2015, s. 39-40). Z kolei w opracowaniu wieloautorskim badaczy z McKinsey Global Institute mówi się, iż w skali europejskiej istnieje duże prawdopodobieństwo szybszego wprowadzania automatyzacji pracy, a tym samym zagrożenie redukcji w odniesieniu do niektórych zawodów (Smit, Tacke, Lund, Manyika i Thiel, 2020, s. 1).

Nowy model prawa pracy powinien więc obejmować wszelkie formy jej wykonywania, biorąc pod uwagę interes zarówno pracodawcy, jak i pracownika (Ratajczak, 2008, s. 55). Jak wynika z informacji NIK po kontroli zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej zmiana formy zatrudnienia pozwalała na uzupełnienie niedoboru lekarzy, bowiem czasu świadczenia pracy przez osoby realizujące kontrakt nie ograniczały żadne przepisy, a jedynie ich odporność na zmęczenie (w trakcie kontroli stwierdzono przypadki ciągłego, długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny). Jednocześnie niedobór lekarzy, w deficytowych specjalnościach, sprzyjał uzyskiwaniu przez nich znacznie wyższych dochodów, co powodowało powstawanie kominów płacowych, przy czym wynik finansowy poszczególnych komórek organizacyjnych nie miał wpływu na wysokość wynagrodzeń

zatrudnionego w nich personelu, a stwierdzone przypadki wynagradzania lekarzy za pracę w formie prowizji od uzyskanego przez szpital wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne świadczą o swoistej prywatyzacji umów na świadczenie usług medycznych (NIK, 2015, s. 7).

### **Rozdział III. Podmioty lecznicze i ich zasoby ludzkie**

W ciągu ostatnich stu lat zaszły ogromne zmiany w funkcjonowaniu szpitali. Na początku XX wieku na pomoc w trudnej sytuacji lub chorobie mogli tu liczyć ludzie ubodzy. Z czasem stały się one najważniejszą instytucją leczącą chorych, zatrudniającą liczny personel, głównie lekarski, a także kształcącą studentów oraz prowadzącą badania naukowe. Obecnie szpital pełni różnorakie funkcje: diagnostyczną, leczniczą, pielęgnacyjno-opiekuńczą, prewencyjną, rehabilitacyjną, edukacyjną, naukowo-badawczą i integrującą (Piątkowski, 2010, s. 153-154), i jest jednym z rodzajów podmiotów leczniczych.

Podmioty lecznicze, bez względu na formę działalności, mają za zadanie zabezpieczać zdrowie i życie ludzkie. Dotyczy to nie tylko pacjentów zgłaszających się do podmiotów leczniczych po pomoc czy poradę, ale także pacjentów w przypadkach nagłych i w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia czy życia. Podmioty lecznicze zatem to nie tylko budynki dostosowane do wymogów określonych przepisami prawa, wyposażone w sprzęt medyczny, ale również personel zarówno medyczny realizujący świadczenia zdrowotne i medyczne, jak i pomocniczy – niemedyczny, wspomagający wykwalifikowaną kadrę medyczną, tj. personel średniego i niższego szczebla, personel administracji i obsługi.

Podmioty lecznicze prowadzą działalność w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu. Towarzyszy temu coraz bardziej zaostrzona konkurencja i nie ma tu znaczenia liczba podmiotów leczniczych działających w danym mieście czy regionie. Nie ma również znaczenia odległość dzieląca podmioty lecznicze. W dobie rozwiniętej infrastruktury transportowej ludzie mają możliwość szybkiego i wygodnego przemieszczania się. Dzięki takim udogodnieniom mogą decydować o tym, gdzie, w jakim podmiocie leczniczym oraz przez jakich specjalistów chcą być diagnozowani i leczeni. Czynniki te powodują, że niezwykle ważne stało się zabieganie o pacjenta oraz dbałość o rozwój podmiotów leczniczych zarówno pod względem technicznym, jak i pod względem zatrudnienia odpowiedniej wykwalifikowanej kadry medycznej.

#### **1. Podstawy prawne funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce**

System ochrony zdrowia nie funkcjonuje w próżni politycznej, instytucjonalnej czy gospodarczej, gdyż o jego strukturze oraz funkcjonowaniu decydują akty prawne poczynszyszy od Konstytucji, przez ratyfikowane umowy międzynarodowe i rozporządzenia, dyrektywy oraz

decyzje UE, ustawy, rozporządzenia z mocą ustaw, rozporządzenia, akty prawa miejscowego, np. zarządzenia Prezesa NFZ (Nojszewska, 2011, s. 19). Zarządzanie kadrą medyczną i niemedyczną w podmiotach leczniczych jest niezwykle złożone z uwagi na wielość wymagań w poszczególnych aspektach. Regulują one różnego rodzaju zagadnienia, począwszy od podstaw funkcjonowania podmiotu, poprzez wymogi w zakresie zatrudnienia i zarządzanie kadrą medyczną i niemedyczną, bazy lokalowej i posiadanego sprzętu medycznego, działalność podmiotu, a kończąc na odpowiedzialności zarówno podmiotu, jak i zatrudnionego personelu. Chodzi przecież nie tylko o prawidłowe funkcjonowanie podmiotu, ale również, a może przede wszystkim, o zdrowie i życie pacjentów, ich rodzin oraz zatrudnionego personelu.

Zasadniczym aktem regulującym wykonywanie działalności leczniczej w Polsce jest ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011) na podstawie, której od dnia 1 lipca 2011 roku, dotychczasowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej działają jako podmioty lecznicze. Ustawa wprowadzona została z uwagi na konieczność przeprowadzenia zmian w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Założeniem wprowadzenia jej w życie była systemowa regulacja wyżej przywołanych zakresów poprzez uporządkowanie i ujednoczenie w jednym akcie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne, w tym także przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (Ustawa z dnia 2 lipca 2004). Ustawa powyższa zastąpiła obowiązującą wcześniej ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991) i utrzymała byt prawny dotychczasowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz), nie odbierając im jednak osobowości prawnej, i wraz z innymi zakładami publicznymi sp zoz-y zaliczone zostały do kategorii podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Molęda, 2012, s. 1).

Opiekę zdrowotną cechuje duże zróżnicowanie pod względem sposobu, miejsca i czasu świadczenia usług pacjentom (Aksman, 2000, s. 14). Rozróżnia się więc świadczenia opieki podstawowej oraz specjalistycznej, świadczenia ambulatoryjne i stacjonarne, świadczenia krótko i długoterminowe. Zaliczane jest tu również ratownictwo medyczne. Przed wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych można było podzielić na kilka grup: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie,



grupowe praktyki lekarskie, indywidualne praktyki pielęgniarek lub położnych, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek lub położnych, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Również zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej funkcjonowały następujące formy organizacyjno-prawne: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytucje gospodarki budżetowej, państwowe instytuty badawcze.

Ustawa o działalności leczniczej określa zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, jak również zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami ją wykonującymi. Podmiot leczniczy wykonuje więc świadczenia w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne m.in. w szpitalu, czyli przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, a także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Działalność podmiotów leczniczych prowadzona jest w ramach określonej struktury organizacyjnej, w której wyodrębnione jednostki organizacyjne zajmują się realizacją określonych funkcji: podstawowej, wspomagającej oraz związanej z zarządzaniem podmiotem jako całością (Świdarska, 2011, s. 7). Każda z funkcji realizowana jest dzięki posiadanym przez podmiot leczniczy zasobom, takim jak: wykwalifikowana kadra oraz produkty lecznicze, wyroby medyczne, urządzenia, budynki i pomieszczenia, nowe technologie, które są nabywane i zużywane w miarę potrzeb (Miller, 2000, s. 44). Zasób definiowany będzie jako składnik ekonomiczny wykorzystywany lub zużywany w trakcie realizacji działań (Miller, 2000, s. 44).

Na system ochrony zdrowia w Polsce składają się trzy poziomy udzielania świadczeń zdrowotnych (tab. 18). Są to działania służące:

- profilaktyce (Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia wskazuje politykę zdrowotną jako opłacalną inwestycję w uzyskanie dobrego zdrowia żyjącego dłużej społeczeństwa poprzez: promocję zdrowia, profilaktykę i edukację zdrowotną, leczenie i rehabilitację);
- zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;

- inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

**Tabela 18. Rodzaje świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy**

Rodzaje świadczeń	Charakterystyka świadczeń
świadczenia zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
świadczenia szpitalne	wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych
	świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin
świadczenia szpitalne	ambulatoryjne świadczenia zdrowotne: świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, a także badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego
stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne	inne niż świadczenie szpitalne, tj. opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych stałych pomieszczeniach
promocja, dydaktyka, nauka	promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia
kształcenie	przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011)

Poza ustawą o działalności leczniczej funkcjonowanie podmiotów leczniczych unormowano w wielu innych aktach prawnych obowiązujących powszechnie. Można wskazać na kilkanaście z nich jako najważniejszych:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004), która określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania tych świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 roku).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia o stażu podyplomowym lekarza i lekarza dentystry (Rozporządzenie z dnia 26 września 2012) określające jakie wymagania musi spełniać podmiot leczniczy prowadzący lekarski staż podyplomowy.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Rozporządzenie z dnia 02 stycznia 2013) regulujące wymagania w zakresie prowadzenia przez podmioty lecznicze specjalizacji lekarskich w różnych dziedzinach medycyny oraz trybach: rezydenckim i pozarezydenckich.
5. Ustawa o finansach publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009) - podstawą gospodarki finansowej podmiotów leczniczych jest plan finansowy zgodny z tą ustawą.
6. Ustawa o rachunkowości (Ustawa z dnia 28 lutego 2013).
7. Ustawa prawo zamówień publicznych (Ustawa z dnia 29 stycznia 2004).
8. Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (Ustawa z dnia 15 lutego 1992).
9. Ustawa o podatku od towarów i usług (Ustawa z dnia 11 marca 2004).
10. Ustawa prawo farmaceutyczne (Ustawa z dnia 6 września 2001) regulująca stosowanie w podmiotach leczniczych produktów, w tym środków odurzających i substancji psychotropowych.
11. Ustawa Kodeks pracy regulująca zagadnienia związane z zatrudnianiem (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974).
12. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997).
13. Ustawa o związkach zawodowych (Ustawa z dnia 23 maja 1991).
14. Ustawa o ochronie danych osobowych (Ustawa z dnia 10 maja 2018) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - podmiot leczniczy ma obowiązek zachowania poufności oraz ochrony dóbr osobistych zarówno pracowników, jak i pacjentów oraz innych osób.

15. Ustawa o ochronie informacji niejawnych (Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010), których nieuprawnione ujawnienie spowodowałoby lub mogłoby spowodować szkody dla Rzeczypospolitej Polskiej, albo byłoby z punktu widzenia jej interesów niekorzystne.
16. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Rozporządzenie z dnia 27 czerwca 2012), które zostało wydane na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Ustawa z dnia 21 listopada 1967).
17. Akty prawa wewnętrznego, jak: zakładowy układ zbiorowy pracy, regulamin organizacyjny, zarządzenia i decyzje kierownika podmiotu obowiązujące u danego pracodawcy.

Od około ćwierćwiecza polska służba zdrowia jest ciągle reformowana, a nowe regulacje prawne, zmiany własnościowe, nowe metody diagnostyki i leczenia połączone z wysiłkiem organizacyjnym zmierzają do poprawienia stanu zdrowia społeczeństwa (Nęcki i Kęsy, 2013, s. 8). Zdrowie i jego ochrona odgrywają szczególną rolę dla każdego człowieka i dlatego jakość oraz dostępność świadczeń stanowią przedmiot szczegółowego zainteresowania i dbałości (Nojszewska, 2011, s. 15). W literaturze spotyka się z traktowaniem podmiotów leczniczych na równi z przedsiębiorstwami, jednak rozpatrywanie ich jako typowych organizacji gospodarczych nie jest do końca właściwe, gdyż placówki medyczne działają na podstawie ściśle określonych przepisów prawnych, charakteryzując się tym samym niewielką swobodą gospodarowania, czego przykładem może być brak możliwości zaprzestania świadczenia usług z uwagi na zakres prowadzonej działalności (Czerw i Religioni, 2012b, s. 137). Regulacje prawne dalekie są od oczekiwań wszystkich zainteresowanych środowisk i oceniać je należy w kontekście zmian zachodzących w kolejnych latach (Sikorski, 2007, s. 372). To stwierdzenie nie straciło na aktualności. Problem nierozzerwalnie z tym związany stanowi również fakt niekiedy sprzecznych oczekiwań i wymagań stawianych przez instytucje kontrolujące i nadzorujące podmioty lecznicze. Podmiot leczniczy prowadząc działalność zgodnie z szeregiem różnorodnych podstaw prawnych, ponosi odpowiedzialność z tytułu naruszenia przepisów każdego z tych aktów. Odpowiedzialność ponosi kierownik podmiotu, jednak każda z zatrudnionych w podmiocie osób może zostać pociągnięta do odpowiedzialności z tytułu naruszenia swoich obowiązków lub ich zaniechania.

Jak przywołano na wstępie niniejszego rozdziału, struktura systemu opieki zdrowotnej, jak i koncepcja jego zarządzania, wynikają z rozwiązań zawartych w przepisach prawa, którymi ustawodawca określił wymagania dotyczące także nadzoru i kontroli nad udzielaniem świadczeń (Bromber, 2009, s. 2). Za funkcjonowanie podmiotów leczniczych w Polsce odpowiedzialni są przede wszystkim:

- Minister właściwy do spraw zdrowia, który ma prawo przeprowadzania kontroli oraz zlecenia przeprowadzenia kontroli wojewodom, konsultantom krajowym i podległym lub nadzorowanym przez tego ministra jednostkom,
- podmiot tworzący jako sprawujący nadzór nad podmiotem leczniczym,
- kierownicy podmiotów leczniczych,
- NFZ będący głównym płatnikiem w opiece zdrowotnej.

Podmioty lecznicze są kontrolowane przez różnego rodzaju instytucje, do których należą m.in.: instytucja tworząca, NFZ, NIK, Ministerstwo Zdrowia, Inspekcja Sanitarna, PIP, Urząd Kontroli Skarbowej, Urząd Skarbowy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, przedstawiciele rządu w województwie.

Jedną z instytucji nadzoru jest podmiot tworzący, który kontroluje i ocenia przede wszystkim: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi i gospodarkę finansową. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień i dokumentów od podmiotów podległych, zaś dokonując oceny i kontroli prowadzi może monitoring sytuacji finansowej, w tym wyniku finansowego, na podstawie sprawozdawanych przez podmioty informacji. Na ich podstawie sporządzane są analizy oraz roczne informacje o sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu na potrzeby Sejmiku, Zarządu Województwa, Marszałka, Członków Zarządu, jak również prowadzony jest nadzór nad terminowością składania oraz zatwierdzania rocznych sprawozdań finansowych podmiotów.

Z kolei zawarcie kontraktu z NFZ pociąga za sobą szereg obowiązków, które świadczeniodawca (podmiot leczniczy) musi spełnić, a w praktyce spoczywających przynajmniej w sferze decyzyjnej i nadzoru na kierowniku zakładu, który odpowiada również za niewykonanie lub nienależyte wykonanie powyższych obowiązków (Paszowska, 2012, s. 86). Naruszenie więc przez podmiot leczniczy obowiązków wynikających z zawartego

kontraktu, może spowodować szereg różnych konsekwencji, m.in. w sferze finansowej związanej ze wstrzymaniem płatności przez NFZ. Najcięższą jednak sankcją ze strony NFZ jest rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą w całości lub w części bez okresu wypowiedzenia. Takie prawo przysługuje NFZ w przypadku utraty przez podmiot leczniczy uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń, rażącego naruszenia warunków umowy lub przepisów powszechnie obowiązujących, np. poprzez udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione ze względu na brak kwalifikacji lub doświadczenia, czy udzielanie świadczeń w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub przepisach szczegółowych.

Kolejnym organem kontroli jest Najwyższa Izba Kontroli (NIK), która bada działalność podmiotów leczniczych pod względem legalności, celowości, rzetelności oraz gospodarności. Przedmiotem kontroli NIK jest całokształt działalności podmiotów leczniczych.

Minister Zdrowia przeprowadza kontrole w podmiotach leczniczych pod względem medycznym oraz zgodności z prawem, w tym dokonuje oceny gospodarowania mieniem i środkami publicznymi.

Czynności z zakresu nadzoru i kontroli w podmiotach leczniczych prowadzą inspekcje. Inspekcje należą do wyodrębnionych, specjalistycznych organów kontrolnych o zasięgu ponadresortowym, międzyresortowym lub resortowym, oraz wyodrębnione organizacyjnie komórki kontroli istniejące w ramach wewnętrznej struktury organizacyjnej danego zakładu (Kałużny, 2008, s. 68). Jedną z nich jest Państwowa Inspekcja Sanitarna, która została powołana w celu ochrony zdrowia ludzkiego m.in. przed wpływem czynników szkodliwych lub uciążliwych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym również zakaźnych i zawodowych. Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują zadania sprawując zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny oraz prowadząc działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną w zakresie chorób zakaźnych, a także działalność w zakresie promocji zdrowia. Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z nich działań represyjnych i interwencyjnych (Potrykowska, 2008, s. 57).

Instytucją prowadzącą nadzór i kontrolę jest także Państwowa Inspekcja Pracy. Do jej zadań należą przede wszystkim nadzór i kontrola przestrzegania przepisów prawa pracy, a w szczególności przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących

stosunku pracy i innych świadczeń z niego wynikających, wynagrodzenia za pracę, czasu pracy, obowiązków i uprawnień pracodawcy oraz pracownika.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej uprawnionym do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest także wojewoda jako organ prowadzący rejestr. Przeprowadza on kontrole pod względem zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami wydanymi na jej podstawie. Wojewoda może również przeprowadzać kontrole podmiotów leczniczych w zakresie zgodności z prawem oraz medycznym na zlecenie ministra właściwego ds. zdrowia.

Tym, co w ostatnich latach najbardziej przeszkadza w zarządzaniu podmiotami leczniczymi jest przede wszystkim brak stabilizacji otoczenia spowodowany nieustannymi zmianami przepisów prawa, wymagań ze strony płatnika (MZ, NFZ) oraz innych instytucji, brak równości podmiotów leczniczych (jednostki „budżetowe” kontra spółki prawa handlowego), co utrudnia budowę strategii jednostek publicznych i tworzenie dla nich planów finansowych, bez których trudno nimi zarządzać (Majer, 2014b, s. 24). W większości krajów oraz w przypadku większości usług i produktów ochrony zdrowia opieranie się na wolnych siłach rynkowych jest rzadkie, na ogół rządy interweniują w te rynki w znacznie większym stopniu niż w odniesieniu do innych dóbr ekonomicznych, decydując, kto jest uprawniony do świadczenia usług, w jakiej mierze świadczeniodawcy mogą wyceniać swe usługi lub jakie zyski wolno im osiągać (Morris, Devlin i Parkin, 2012, s. 24). Jak podaje MZ (2021, s. 25), nowoczesna ochrona zdrowia składa się z wielu elementów i aspektów, tj.: zarządzania, podstawowej polityki zdrowotnej, zarządzania jakością, finansowania, płacenia za świadczenia, nadzoru, wyznaczania celów i kierunków rozwoju, których sprawne powiązanie wymaga dobrego zarządzania (*governance*). W tym samym dokumencie stwierdza również, że organizacja systemu ochrony zdrowia, jego finansowanie i zarządzanie, może w istotny sposób wpływać na jakość dostarczanych usług, rezultatów zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjentów (MZ, 2021, s. 5). Tymczasem wobec podmiotów leczniczych formułowane są coraz większe oczekiwania – zarówno przez płatników (MZ, NFZ), jak i przez pacjentów (Atłachowicz, 2014, s. 29).

W opinii C. Sowady (2004, s. 1) ostatnie dekady XX i początek XXI wieku to dla systemów opieki zdrowotnej okres rosnących napięć pomiędzy tym, co z technicznego punktu widzenia jest wykonalne i z medycznego punktu uzasadnione, a tym, co przy ograniczonych zasobach możliwe jest do zrealizowania. Zdaniem tego Autora taka sytuacja spowodowana jest

działaniem czynników: socjalno–kulturowego generującego postawy pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza „należnych” świadczeń, demograficznego związanego ze starzeniem się społeczeństw, oraz technologicznego, czyli niezwykle kosztochłonnego postępu naukowo–technicznego (Sowada, 2004, s. 1). Konflikt oczekiwań pacjentów i możliwości państwa może doprowadzić do niebezpiecznego pęknięcia, a Ministerstwo Zdrowia już dekadę temu zastanawiało się, czy dostępne środki w budżetach wystarczą za 10, 15 lat (Olesch, 2013, s. 6). Dlatego w obecnym stanie prawnym i otoczeniu konkurencyjnym podmioty lecznicze mogą być zmuszone do bardziej efektywnych działań obejmujących zaspokojenie potrzeb zdrowotnych oraz realizację wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych bez względu na ich rentowność (Głód, 2020, s. 664). Należy więc spodziewać się dalszego ewolucyjnego procesu reformowania systemu ochrony zdrowia, który stale będzie zmagał się ze wzrastającymi oczekiwaniami odbiorców usług, presją na korzystanie z nowoczesnych, drogich technologii i niewystarczającego poziomu finansowania (Sikorski, 2007, s. 388).

## **2. Podmioty lecznicze w Polsce – rodzaje i charakterystyka ich sytuacji**

Podmiot leczniczy nie został zdefiniowany przez ustawodawcę. W art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011) określono jedynie formy prowadzenia podmiotów leczniczych, tj.:

1. Przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.
2. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.
3. Jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Instytuty badawcze.
5. Fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności



lecniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń.

6. Osoby prawne i jednostki organizacyjne, w tym działalność leczniczą prowadzoną przez lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarki i położne.

7. Jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podmioty lecznicze mogą być tworzone i prowadzone w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej, gdy zostaną utworzone przez Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, oraz jednostkę samorządową lub w formie spółki kapitałowej, gdy zostaną utworzone przez uczelnie medyczne.

W tabeli 17 przedstawiono dane dotyczące zakładów samorządowych, tj. podmiotów leczniczych, które zostały utworzone przez wojewódzką, powiatową lub gminną jednostkę samorządu terytorialnego lub przez gminę miejską na prawach powiatu, w tym szpitali. Nie przedstawiono informacji dla wymienionych wcześniej rodzajów podmiotów z uwagi na brak danych statystycznych w przyjętym zakresie czasu zarówno co do liczby tych podmiotów, jak i co do pozostałych informacji, jak: zatrudnienie personelu, wynagrodzenia, przychody.

**Tabela 19. Finanse i liczba samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2013-2019**

Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	różnica 2019 do 2013	zmiana % 2019 do 2013
Liczba jednostek	1159	1120	1082	1072	1032	1017	1075	- 84	- 7,2
Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi	26 154 491 201	25 926 052 744	26 392 810 491	27 755 429 251	29 056 620 267	31 411 571 879	39 230 430 956	13 075 939 755	50,00
Wynagrodzenia	11 117 304 688	10 805 768 320	10 965 309 880	11 568 792 368	12 199 656 353	13 725 821 560	17 236 072 445	6 118 767 757	55,00
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	10 676 180 529	10 392 409 191	10 447 296 641	10 997 188 609	11 650 556 242	12 980 238 496	16 299 722 847	5 623 542 318	52,67
Wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	326 816 577	312 253 228	333 993 916	367 224 533	400 475 883	515 926 663	747 811 184	420 994 607	128,82
Wynagrodzenia pozostałe	114 307 582	101 105 901	184 019 323	204 379 226	148 624 228	229 656 401	188 538 414	74 230 832	64,94

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020, 2021)

Zgodnie z danymi statystycznymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w dniu 31.12.2019 roku, w Polsce było ogółem 1075 jednostek samorządowych

samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej (s zoz), zaś na koniec roku 2013 – 1159 jednostek. W odniesieniu do 2013 roku nastąpił zatem spadek liczby tych jednostek o 84 jednostki, tj. o 7,2%. Jednocześnie przy odnotowanym spadku liczby jednostek samorządowych s zoz w 2019 roku w stosunku do 2013 roku wzrosły w sposób znaczny przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi o kwotę 13 075 939 755, tj. o 50%.

Znaczny wzrost, bo o 50% w roku 2019 do roku 2013, odnotowano w przypadku przychodów netto ze sprzedaży i zrównanych z nimi. Fakt ten został spowodowany zwiększoną wyceną procedur medycznych oraz przekazywaniem przez NFZ dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom i położnym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi. Wyższe przychody podmiotów leczniczych skutkowały z kolei wzrostem wynagrodzeń personelu tam zatrudnionego. Pomimo więc spadku liczby podmiotów tendencja wzrostowa dotyczyła wynagrodzeń ogółem. Koszty tych wynagrodzeń wzrosły w 2019 roku w stosunku do roku 2013 o 6 118 767 757 zł, tj. o 55%.

Wzrost poszczególnych rodzajów wynagrodzeń w zakresie wynagrodzeń ogółem kształtował się w sposób zróżnicowany. I tak:

1. Wynagrodzenia z tytułu zawartych umów o pracę w 2019 roku w odniesieniu do 2013 roku wzrosły o kwotę 5 623 542 318, a więc o 52,67%.
2. Wynagrodzenia z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych w 2019 roku do 2013 roku wzrosły o kwotę 420 994 607 zł, czyli o 128,82%.
3. Pozostałe wynagrodzenia w samorządowych s zoz w 2019 roku w zestawieniu z 2013 rokiem również uległy zwiększeniu – o kwotę 74 230 832, tj. o 64,94%.

Wzrost wynagrodzeń spowodowany został m.in. przyznaniem od 1 września 2015 roku dodatku tzw. zembalowego pielęgniarkom i położnym, na który podmioty lecznicze otrzymywały środki finansowe z NFZ. W pierwszym roku była to kwota 400,00 zł brutto na etat, w kolejnym roku 800,00 zł brutto na etat, w następnym 1200,00 zł brutto na etat, zaś od 1 września 2018 roku kwota wzrosła do 1600,00 zł brutto na etat. Poza powyższym przyznano podwyżki wynagrodzenia zasadniczego personelowi wykonującemu zawód medyczny (lekarze, pielęgniarki i położne, diagnostki, fizjoterapeuci, technicy medyczni, ratownicy) od dnia 1 lipca 2017 roku. Następnie wynagrodzenia zasadnicze tego personelu w podmiotach leczniczych były podwyższane z każdym 1 dniem lipca w kolejnych latach. Od dnia 1 lipca 2019

roku podwyżką wynagrodzeń zasadniczych objęty został także personel działalności podstawowej zatrudniony w podmiocie leczniczym, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny (salowe, noszowi, opiekunowie), którzy wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Podobnie jak w przypadku samorządowych s zoz, istotne zmiany dotyczą jednej z grup podmiotów leczniczych, tj. szpitali. Pojęcie „szpital” zdefiniowane zostało w ustawie o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011) jako zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Świadczenia szpitalne natomiast, to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011).

Liczba szpitali ogólnych ma tendencję spadkową: na dzień 31.12.2013 roku szpitali ogólnych było 943, zaś na koniec 2019 roku 868 – spadek o 78 podmiotów, tj. o 7,95 %, co zawarto w tabeli 20.

**Tabela 20. Szpitale stacjonarne ogólne oraz liczba łóżek w szpitalach w Polsce w latach 2013–2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Szpitale ogółem	Łóżka	
		Ogółem	Wskaźnik wykorzystania łóżek na 10 tys. ludności
2013	943	183 961	47,8
2014	958	184 496	47,9
2015	934	183 301	47,7
2016	936	182 924	47,6
2017	930	181 548	47,2
2018	926	178 105	46,4

Rok	Szpitale ogółem	Łóżka	
		Ogółem	Wskaźnik wykorzystania łóżek na 10 tys. ludności
2019	868	163 448	42,6
różnica ilości 2019 do 2013	-75	-20 513	x
zmiana %	-7,95	-11,15	x

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Wraz ze spadkiem liczby szpitali zmniejszeniu uległa liczba łóżek o 11,15 % w (2019 rok w stosunku do 2013 roku). Nie wykorzystano więc możliwości dostawienia łóżek w pozostałych szpitalach, tylko zlikwidowano ich ilość. Spadł też wskaźnik wykorzystania łóżek w przeliczeniu na 10 tysięcy ludności, kształtował się następująco: w 2013 roku wynosił 47,8, zaś od 2014 roku spadał, by w 2019 roku osiągnąć poziom 42,6.

**Tabela 21. Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych w Polsce, wykorzystanie łóżek, liczba leczonych w latach 2013–2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Osobodni w tys.	Przeciętny pobyt chorego (na 10 tys. ludności; wskaźnik w dniach)	Wykorzystanie łóżek ogółem		Leczeni w trybie stacjonarnym w ciągu roku		
			W dniach	W %	Liczba bezwzględna	Na 10 tys. ludności	Na jedno łóżko
2013	44 931,20	5,4	245	67,1	8 299 423	2 155,9	45,3
2014	45 249,50	5,5	245,7	67,3	8 288 043	2 153,6	45
2015	44 494,70	5,4	242,9	66,5	8 227 079	2 139,4	44,9
2016	43 979,40	5,3	241,5	66,2	8 254 611	2 148,1	45,3
2017	43 985,50	5,3	240,1	65,8	8 289 411	2 157,4	45,3
2018	43 411,7	5,3	241,2	66,1	8 199 291	2 134,5	45,6
2019	41 711,1	5,3	252,4	69,1	7 911 172	2 060,9	47,9
różnica ilości 2019 do 2013	-3 220,10	-0,10	7,40	x	-388 251	-95	2,6
zmiana % 2019 do 2013	-7,17	-1,85	3,02	x	-4,68	-4,41	5,73

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Optymistycznym zjawiskiem jest fakt, że porównując dane za lata 2013 i 2019, przy spadku liczby łóżek o 11,15% oraz spadku liczby pacjentów leczonych stacjonarnie o 388 251 osób, tj. o 4,68%, spadku liczby pacjentów leczonych stacjonarnie w przeliczeniu na 10 tysięcy ludności o 95 osób, tj. 4,41%, stwierdza się wzrost liczby leczonych stacjonarnie pacjentów o 2,6 w przeliczeniu na jedno łóżko (5,73%) oraz wzrost wykorzystania łóżek ogółem w szpitalach o 7,4 dnia, tj. 3,02 %, które kształtowało się następująco: na koniec roku 2013 wykorzystanie łóżek wynosiło 245 dni, zaś na koniec 2019 roku – 252,4 dnia, tj. o 2%. Jak wcześniej wspomniano, spadł wskaźnik wykorzystania łóżek w przeliczeniu na 10 tysięcy ludności. Lepsze wykorzystanie łóżek jest dla szpitali niezwykle istotne zarówno ze względów ekonomicznych, jak i ze względu na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych. Istotny wpływ na przywołane w poprzednim zdaniu czynniki ma również długość hospitalizacji pacjentów. Jak wynika z danych statystycznych, przeciętny pobyt chorego w szpitalu w przeliczeniu na dni w roku 2013 wynosił 5,4, natomiast w roku 2016 spadł o 0,1dnia i utrzymał się na poziomie 5,3 dnia do 2019 roku. Taki efekt spowodowany być może przede wszystkim wykorzystywaniem coraz lepszych technik diagnostycznych i efektywniejszego leczenia pacjentów, ale także odzwierciedla bardziej efektywną organizację opieki nad pacjentami zarówno w poszczególnych oddziałach, jak i ogólnie w szpitalu (nie do przecenienia jest tu współpraca pomiędzy oddziałami oraz zakładami diagnostycznymi). Efektywność to jedna z elementarnych cech istnienia i działania podmiotów leczniczych, a ich dążenia związane z efektywnością działania mogą stawać się obecnie nowym paradygmatem dla funkcjonowania tychże (Szymaniec-Mlicka, 2020).

Skutkiem zmian dotyczących zmniejszenia liczby szpitali, bardziej efektywnego wykorzystania łóżek oraz skrócenia pobytu chorych w szpitalach zmniejszyła się, między innymi, liczba osobodni w szpitalach stacjonarnych ogólnych z 44 931,20 w 2013 roku do 41 711,10 w 2019 roku, tj. o 3 220,10 dni (7,17%). Taka zmiana może przekładać się na zmniejszenie kosztów leczenia. Wiadomym jest przecież, że zasadniczym nośnikiem kosztów w podmiotach leczniczych jest pacjent, wykonana diagnostyka, zastosowane procedury medyczne, farmakoterapia, konsultacje, itd. Opieka medyczna w postaci opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i innej, która świadczona jest w oddziale szpitalnym, obejmuje koszty związane z zaangażowaniem personelu medycznego przypadające na osobodzień hospitalizacji pacjenta, który jest różny u różnych pacjentów w zależności od ich stanu zdrowia (Świdzka,

2011, s. 17). Niepokojące jest jednak to, że wraz z wydłużaniem się średniej długości życia w Polsce, wydłuża się czas życia w chorobie, gdyż nie ma systemowych rozwiązań długofalowych, które przekładałyby się na kolejne lata, i gdzie ponadto brakuje koordynacji oraz współpracy resortów w polityce wobec osób starszych (Kuropaś, 2018, s. 27).

Przekształcanie się szpitali w systemy opieki zdrowotnej sprawiło, że podmioty te zaczęły oferować o wiele więcej usług niż tylko standardowe leczenie pacjentów z ostrymi jednostkami chorobowymi – o czym jest przypomniane w wieloautorskim amerykańskim podręczniku dotyczącym opieki zdrowotnej (*Section of Antiitrust Law*, 2010, s. 183). Jedną z form poprawy zarządzania podmiotami leczniczymi są próby włączenia społeczeństwa w procesy tworzenia różnorodnych usług, np. za pomocą strategii HB-HTA, czyli *Projektu wdrażania szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych*, stanowiący ważny element polskiej polityki zdrowotnej (Gałązka-Sobotka, Frączkiewicz-Wronka, Kowalska-Bobko, Kelm i Szymaniec-Mlicka, 2021). Opieka zdrowotna w Polsce to jeden z sektorów działalności, który jest na etapie uczenia się efektywnych metod zarządzania. Opieka zdrowotna poddana została wielu gruntownym próbom zmian zarówno w organizacji, funkcjonowaniu, jak i finansowaniu, a towarzyszyły temu pewne przewartościowania oraz ewolucja w sposobie zarządzania (Wacław, 2003, s. 19). Niedobór środków finansowych w służbie zdrowia wymusza na zarządzających podmiotem leczniczym konieczność połączenia opieki medycznej nad pacjentem z zasadami ekonomii, przy zachowaniu priorytetów, jakimi są troska o zdrowie i dobro pacjentów oraz efektywność działań (Trojnacka, 2007, s. 1).

Istotnym jest również, że różnorodne ograniczenia systemowe jak i odmiennosc uwarunkowań w zarządzaniu w szpitalach publicznych i niepublicznych stanowią nierzadko – jak to nazywa P. Lenik – czynniki inhibicyjne dla funkcjonowania podmiotów leczniczych. Należy to rozumieć w ten sposób, iż jest wciąż wiele okoliczności, które utrudniają, spowalniają i wyhamowują sam proces zarządzania, jak i działania zmierzające do wdrażania procedur związanych z wprowadzaniem elastycznego systemu zatrudniania (zob. Lenik, 2018). Można się więc zastanawiać nad różnymi rodzajami, czy sposobami zarządzania podmiotami leczniczymi. Dość specyficznym przykładem jest między innymi tzw. *Interim Management*, tj. sposób osiągnięcia przewagi konkurencyjnej przez dostęp do umiejętności, doświadczenia i wiedzy eksperckiej, których organizacja nie tworzy wewnątrz, i będących formą zewnętrznego wsparcia, mogąca dotyczyć: dysfunkcji, optymalizacji, innowacji (Skowron-

Mielnik i Bądzio, 2016, s. 451). Współpraca, partycypacja, ryzyko, zysk – to tylko niektóre z elementów składających się na logikę tego typu zarządzania więc można je traktować jako elastyczne ze względu na opcję bez długoterminowego zobowiązania (Eurofound, 2018, s. 7).

Problemem związanym z finansowaniem jest również działanie podstawowej opieki zdrowotnej, a konkretnie mała liczba lekarzy pierwszego kontaktu, którzy odsyłają masowo pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej do lekarzy specjalistów oraz do szpitalnych oddziałów ratunkowych w podmiotach leczniczych. Należałoby więc podjąć wysiłek na rzecz szkolenia personelu medycznego, zmiany zasad umów zawieranych między POZ a NFZ, które miałyby przełożenie na poprawę efektywności działania POZ w postaci filtra dostępu do usług specjalistycznych (Podkul, 2012, s. 1-2). Takie działania spowodowałyby zmniejszenie kosztów ponoszonych przez szpitale chociażby w szpitalnych oddziałach ratunkowych, którym NFZ wypłaca należności z tytułu świadczonych usług ryczałtowo. Jest sprawą oczywistą, że ryczałt nie jest odpowiednim rozwiązaniem dla funkcjonowania SOR, gdyż bez względu na liczbę przyjętych i zaopatrywanych pacjentów, czy będzie ich 10 czy 1000, jak również bez względu na wykonaną diagnostykę – NFZ płaci jedną, ustaloną kwotę. Dlatego tak ważnym problemem jest współpraca podmiotów leczniczych, a raczej jej brak w chwili obecnej.

Dobrze, gdy lekarze zatrudnieni w danym podmiocie leczniczym współpracują ze sobą m.in. kierując pacjentów do specjalistów w innych dziedzinach zatrudnionych w tym podmiocie. Wykonywanie pełnej diagnostyki, leczenia, terapii w obrębie jednego podmiotu leczniczego, a nie odsyłanie pacjenta do innego podmiotu przekłada się na takie rozliczenie pobytu pacjenta, które będzie dla tego podmiotu korzystne. Współdziałanie lekarzy różnych dziedzin medycyny w jednym podmiocie leczniczym w formie kooperacji oraz kospecjalizacji może mieć jedynie pozytywne skutki dla zaopatrywania pacjentów, działalności bieżącej tego podmiotu leczniczego, a co za tym idzie, dla realizacji kontraktu z NFZ oraz wyniku finansowego podmiotu. Również współpraca oddziałów z zakładami i pracowniami diagnostycznymi znajdującymi się w strukturze organizacyjnej jednego szpitala może przełożyć się na krótszy pobyt pacjenta w szpitalu, a więc m.in. zmniejszenie liczby dni pobytu pacjenta, bardziej efektywne wykorzystanie bazy łóżkowej, oraz optymalizacji ich kosztów. Warunkiem powyższego jest współpraca personelu medycznego zatrudnionego w podmiocie leczniczym. Kierujący podmiotem leczniczym dokonuje analizy całościowej tego podmiotu, a nie tylko bilansowania się poszczególnych komórek organizacyjnych. Faktem niezaprzeczalnym jest, że

są oddziały, które nie są dochodowe, a istnieć muszą. Działalność tych oddziałów jest niezwykle ważna. Jako przykład można tu podać oddziały anestezjologii i intensywnej terapii oraz szpitalne oddziały ratunkowe. Przy szerszym spojrzeniu na powyższy problem i przekonaniu lekarzy o słuszności tego założenia, można by istotnie wpłynąć na lepsze wykorzystanie posiadanego sprzętu oraz łóżek, zwiększenie wykonania kontraktu z NFZ oraz zmniejszenie kosztów w podmiocie leczniczym, a co za tym idzie optymalne rozliczanie udzielanych świadczeń, a więc i korzystniejsze finansowanie świadczonych usług przez płatników, i w efekcie poprawę wyniku finansowego podmiotu leczniczego.

### **3. Rodzaje grup zawodowych w podmiotach leczniczych**

W podmiotach leczniczych zatrudniony personel realizuje kontrakty w zakresie świadczenia usług zdrowotnych oraz usług medycznych zawarte z MZ oraz NFZ. To od posiadanych zasobów kadrowych zależy możliwość wykonania oraz wykonanie zawartych kontraktów. Bez odpowiedniego sztabu specjalistycznej kadry medycznej w różnych grupach zawodowych oraz na różnych stanowiskach podmiot leczniczy nie mógłby funkcjonować. Wielu obserwatorów jako cel nadrzędny polityki strategicznej podmiotów leczniczych dostrzega specjalizację w ściśle określonej dziedzinie medycyny. Zdaniem innych autorów dobrze wykształcony i wysoko wykwalifikowany menedżer potrafi tak dopasować ofertę świadczeń medycznych, że będzie ona doskonale odpowiadała aktualnym potrzebom rynku, więc kwalifikacje zarówno kadry zarządzającej, jak i kadry realizującej świadczenia medyczne muszą być podnoszone na bieżąco, gdyż personel medyczny wymaga dostępu do najnowszych osiągnięć wiedzy i techniki, co gwarantuje podnoszenie jakości oferowanych usług (Stępniewski, 2005, s. 37).

Zatrudniony w podmiotach leczniczych personel, zwłaszcza specjalistyczny personel medyczny, jak np. lekarze, pielęgniarki i położne, diagności, ratownicy medyczni, technicy medyczni, jest zasobem niezwykle cennym. Dzięki wysokim kwalifikacjom oraz obowiązkowi permanentnego podnoszenia kwalifikacji, podmioty lecznicze mają możliwość realizacji, w procesach diagnostyki i leczenia, nowych wysokospecjalistycznych procedur i zabiegów. Podkreślić jednak należy, że w podmiotach leczniczych, aby możliwe było wykonywanie procedur zdrowotnych i medycznych, niezbędny jest również personel, który nie wykonuje świadczeń działalności podstawowej, ale realizuje obowiązki pomocnicze. Należą do tej grupy m.in. salowe, noszowi.



Specjalistyczny personel medyczny funkcjonuje na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów szczegółowych dotyczących poszczególnych zawodów. Podkreślić tutaj należy, że pojęcie zawodu medycznego nie zostało zdefiniowane w jednym akcie prawnym. W Polsce Ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011) definiuje pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny wskazując, iż jest to osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych. Odrębne przepisy szczegółowe określają niezbędne kwalifikacje określonych grup zawodowych. Zakres oraz dziedzina medycyny udzielanych świadczeń uzależnione są więc od posiadanych kwalifikacji. Unormowania w zakresie wymagań kwalifikacyjnych dotyczące wszystkich grup zawodowych, tj. personelu medycznego, administracji, personelu technicznego i obsługi, oraz stanowisk funkcjonujących w podmiotach leczniczych znajdują się także w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011). Istotnym jest, że podział na grupy zawodowe nie jest oparty tylko i wyłącznie na rodzaju wykształcenia.

### **3.1. Grupa zawodowa lekarzy**

Grupa zawodowa lekarzy to personel działalności podstawowej w podmiotach leczniczych.

To właśnie ta grupa zawodowa realizuje m. in. usługi zdrowotne i medyczne świadczone w podmiocie leczniczym na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Ustawa z dnia 23 grudnia 2011). Liczba zatrudnionych oraz kompetencje osób tej grupy zawodowej warunkują możliwość zawarcia kontraktu z NFZ. Lekarze specjaliści, realizując procedury wysokospecjalistyczne oraz będąc uznanymi na rynku, przyciągają pacjentów do podmiotów leczniczych, w których udzielają świadczeń.

Warunkiem wykonywania zawodu lekarza jest posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty, które przyznawane jest przez Okręgową Radę Lekarską osobie spełniającej określone wymagania, tj. takiej, która:

- posiada obywatelstwo polskie lub obywatelstwo innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE;
- posiada dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą lub dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty;
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;

- posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry;
- wykazuje nienaganną postawę etyczną;
- włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry, chyba że ukończyła studia medyczne w języku polskim;
- odbyła staż podyplomowy lub uzyskała uznanie stażu podyplomowego odbytego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej;
- złożyła z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy w języku polskim lub w języku, w jakim były prowadzone w polskich uczelniach medycznych studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, jeżeli ukończyła studia w tym języku.

Okręgowa Rada Lekarska wydaje ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry na okres nie dłuższy niż 5 lat w celu odbycia stażu podyplomowego i złożenia Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. Lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu, podlega wpisowi do rejestru prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi jemu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz ponadto ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Udzielając świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności są to: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich. Należą tu również: orzekanie o stanie zdrowia określonej osoby lub stwierdzenie zgonu, po uprzednim osobiście przeprowadzonym

badaniu, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Badanie lub inne świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarza po wyrażeniu zgody przez pacjenta, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej oraz wszelkiej innej dokumentacji obowiązującej w podmiocie leczniczym, w którym jest zatrudniony. Ma prawo powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków zagrażających zdrowiu lub życiu pacjentów, przy czym musi wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz ma także obowiązek zgłosić podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego na rynek, a w przypadku trudności z ustaleniem podmiotu odpowiedzialnego – Prezesowi Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, niepożądane działania produktu leczniczego.

Wykonywanie zawodu lekarza wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami. Są to: dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany przez polską uczelnię wyższą, dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry wydane przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie UE (wymienione w wykazie ujętym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 6b ustawy o zawodzie lekarza), dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie UE pod warunkiem, że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami. W innych przypadkach lekarze, którym wydano dyplom lekarza lub lekarza dentystry przez inne państwo niż państwo członkowskie UE, muszą nostryfikować dyplom w Polsce. Dokumenty powyższe dają prawo do ubiegania się o prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry przyznawane przez OIL mające swe siedziby w miastach wojewódzkich. Dyplom i prawo wykonywania zawodu dają możliwość lekarzowi i lekarzom denty stom uzyskanie specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu przeszkolenia określonego programem

specjalizacji i złożeniu egzaminu państwowego albo po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego zagranicą.

W grupie zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów wyróżnia się:

- lekarzy stażystów – lekarze po ukończeniu studiów medycznych na kierunku lekarskim lub dentystycznym odbywający staż lekarski;
- lekarzy rezydentów – lekarze, którzy odbywają specjalizacje w trybie rezydentury;
- lekarzy w trakcie specjalizacji – odbywających specjalizacje w trybach pozarezydenckich (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna o szkolenie specjalizacyjne);
- młodszych asystentów – lekarze po odbytym stażu lekarskim nieposiadający specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny;
- asystentów – lekarze, którzy uzyskali pierwszy stopień specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny;
- starszych asystentów – lekarze, którzy uzyskali drugi stopień specjalizacji w trybie dwustopniowym lub jednostopniowym w określonej dziedzinie medycyny, przy czym lekarz może uzyskać specjalizacje w więcej niż jednej dziedzinie medycyny.

Lekarze i lekarze dentyści posiadający specjalizacje w dziedzinie medycyny mogą pełnić w podmiocie leczniczym różne funkcje:

- zastępcy dyrektora ds. lecznictwa;
- lekarza naczelnego;
- ordynatora lub kierownika oddziału;
- kierownika zakładu, np. diagnostyki obrazowej i medycyny interwencyjnej, medycyny nuklearnej, patomorfologii;
- zastępcy ordynatora/kierownika oddziału lub zakładu.

Przepisy prawa określają jakie warunki musi spełniać lekarz, aby kierować oddziałem szpitalnym. Zgodnie z nimi ordynatorem lub inną osobą kierującą oddziałem szpitala i ich zastępcą powinien być lekarz, lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej i mający tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny oraz co najmniej ośmioletni staż pracy w zawodzie (Kubot, 2007, s. 27-28). Brak wymogu, aby oddziałem kierował ordynator, nie wydaje się przypadkowy i nie powinien być traktowany jako luka w prawie, gdyż szerokie uregulowania dotyczące warunków działania oddziałów szpitala,

przy pomijaniu kierowania oddziałem przez ordynatora, wskazuje na to, że ustawodawca celowo odstąpił od zasady obowiązującej w systemie państwowej służby zdrowia (Kubot, 2007, s. 24).

Praktyka zawodowa jest jedną z form prawnych wykonywania zawodu lekarza, a istnienie praktyk zawodowych stanowi trwały element systemu opieki zdrowotnej w Polsce, przy czym wykonywanie praktyki zawodowej przez lekarzy jest działalnością regulowaną, tzn. prowadzenie działalności bez wpisu do odpowiedniego rejestru stanowi wykroczenie (Kozik, 2012, s. 1). Lekarze mogą prowadzić działalność leczniczą po wpisaniu do rejestru podmiotów w bardzo wielu formach:

- jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska;
- indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;
- indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- spółki cywilnej;
- spółki jawnej;
- spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

Istotnym jest fakt, iż wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Grupa zawodowa lekarzy oprócz zwykłej odpowiedzialności karnej, podlega także szczególnej odpowiedzialności zawodowej. Z uwagi na fakt, że zawód lekarza należy do zawodów zaufania publicznego wyróżnia się sprawowaniem najwyższych funkcji społecznych, gdyż lekarz sprawuje pieczę nad życiem i zdrowiem ludzkim. Dlatego też za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarz podlega odpowiedzialności przed sądem lekarskim (Molęda, 2008, s. 126). Zasady etyki lekarskiej obowiązujące obecnie w Europie i wielu innych krajach na świecie wywodzą się od praw spisanych przez greckiego lekarza Hipokratesa w V w. p. n. e. – Kodeks Etyki Lekarskiej – uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarski, znowelizowany w 2003 roku na Nadzwyczajnym VII

Krajowym Zjeździe Lekarzy. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentyistów unormowana została również w ustawie o izbach lekarskich (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009). Przepisy z zakresu wykonywania zawodu znajdują się przede wszystkim w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, ale również w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Ustawa z dnia 7 stycznia 1993), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku), ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Ustawa z dnia 1 lipca 2005), ustawie o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Ustawa z dnia 13 lipca 2012).

Należy zwrócić uwagę na konieczność uporządkowania systemu ochrony zdrowia i jednoznacznego osadzenia w nim lekarza, aby mógł zająć się tym, w czym się specjalizuje – czyli leczeniem (Leśniewski i Olesch, 2013, s. 7).

### **3.2. Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych**

Pielęgniarki i położne, to obok grupy zawodowej lekarzy, grupa personelu działalności podstawowej w podmiotach leczniczych. A w związku z faktem, że na wykonywanie zawodu lekarza oraz innych zawodów medycznych ma wpływ zwiększający się czas życia ludzi oraz wzrost liczby osób dotkniętych chorobami degeneracyjnymi i przewlekłymi, coraz większe znaczenie zaczynają odgrywać zawody medyczne, których podstawowym zadaniem jest opieka nad pacjentem i pomoc w funkcjonowaniu, jak: pielęgniarki, rehabilitanci, fizjoterapeuci (Piątkowski, 2010, s. 156).

Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej określone zostały w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (Ustawa z dnia 15 lipca 2011). Ustawa ta określa również kwalifikacje i obowiązki oraz etykę zawodową tej grupy zawodowej. Pielęgniarki i położne wykonują obowiązki polegające przede wszystkim na świadczeniach pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, z zakresu promocji zdrowia. Aby wykonywać świadczenia pielęgniarka i położna muszą posiadać wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami: dyplomem ukończenia szkoły oraz prawem wykonywania zawodu. Dyplom wydawany jest po ukończeniu szkoły medycznej na kierunku pielęgniarskim lub położnym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wydaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki osobie, która spełnia następujące wymagania:

- posiada świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie UE świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa UE, zaś w przypadku, gdy świadectwo lub dyplom zostało uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie UE świadectwo lub dyplom, ale nie zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej – należy je nostryfikować;
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych, a jej stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki;
- wykazuje nienaganną postawę etyczną;
- włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki.

Dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej gromadzone są w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (NRPiP).

Pielęgniarki i położne mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Mają też prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, jak: szkolenie specjalizacyjne, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny, kurs dokształcający, studia podyplomowe w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kształcenie podyplomowe może odbywać się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę lub bez skierowania.

Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy specjalistycznej oraz umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a także tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które posiadają prawo wykonywania zawodu, pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat, zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek lub położnych ma na celu uzyskanie przez nie wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Przystąpić mogą do niego pielęgniarki lub położne, które: posiadają prawo wykonywania zawodu, posiadają co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie, zostały dopuszczone do kursu kwalifikacyjnego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Przystąpić do niego mogą pielęgniarka lub położna, które: posiadają prawo wykonywania zawodu, zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Kurs doształcający natomiast ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy oraz umiejętności zawodowych pielęgniarki lub położnej. Przystąpić do niego mogą pielęgniarka lub położna, które: posiadają prawo wykonywania zawodu, zostały zakwalifikowane do odbycia kursu doształcającego przez organizatora kształcenia.

W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych w zależności od posiadanych kwalifikacji wyróżnia się:

- stażystki pielęgniarki lub stażystki położne – pielęgniarki i położne, które ukończyły medyczną szkołę zawodową na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i odbywają staż pielęgniarski lub położnej;
- pielęgniarki i położne – osoby, które ukończyły medyczną szkołę zawodową na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i odbyły staż pielęgniarski lub położnej;
- starsze pielęgniarki i położne – pielęgniarki i położne, które wykonywały ten zawód minimum 5 lat;
- specjalistki pielęgniarki i położne – pielęgniarki i położne które uzyskały specjalizację w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa zgodnej ze specyfiką oddziału, na którym są zatrudnione;
- młodszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa – pielęgniarki i położne, które uzyskały tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i



- edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa – pielęgniarki i położne posiadające tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
  - starszego asystenta pielęgniarstwa lub położnictwa – pielęgniarki i położne posiadające tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Pielęgniarki w podmiocie leczniczym mogą pełnić następujące funkcje:

- zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa (położnictwa);
- naczelną pielęgniarki/ naczelną położnej;
- przełożonej pielęgniarek/ przełożonej położnej;
- pielęgniarki oddziałowej/ położnej oddziałowej;
- zastępcy pielęgniarki lub położnej oddziałowej;
- pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek;
- położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych położnych.

Pielęgniarka i położna wykonują zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi im metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Pracownicy tej grupy zawodowej mają obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Mają też obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach, a także zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu, zobowiązane są do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej. Praca pielęgniarek i położnych opiera się, w większości przypadków, na ścisłej współpracy z grupą zawodową lekarzy. Muszą one ciągle zdobywać wiedzę i doświadczenie w wielu dziedzinach, nie tylko tej, która związana jest z posiadaną przez nie specjalizacją. Pielęgniarki i położne, które mają minimum pięcioletnią

przerwę w wykonywaniu zawodu, aby powrócić do zawodu muszą odbyć trzymiesięczne szkolenie przypominające, na które kierowane są przez OIPIP.

Praktyka zawodowa jest jedną z form prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej i jest działalnością regulowaną podobnie jak w przypadku lekarzy, tzn. prowadzenie działalności bez wpisu do odpowiedniego rejestru stanowi wykroczenie (Kozik, 2012, s. 1).

Pielęgniarki i położne mogą prowadzić praktykę zawodową w formie:

- jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki;
- indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania;
- indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- spółki cywilnej;
- spółki jawnej;
- albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

Praca pielęgniarek i położnych jest niezwykle trudna i wymagająca, gdyż zgodnie z opisem idealnej postawy pracownika medycznego, w kontakcie z pacjentem powinny posiadać umiejętność łączenia dwóch, wydawałoby się sprzecznych jakości, tj. współczucia i zaangażowania z dystansem emocjonalnym, co oznacza, iż idealny pracownik w relacji z pacjentem koncentruje się na nim oraz ma na względzie jego dobro (Sęk, 2011, s. 182). Niestety jest to częstą przyczyną zjawiska wypalenia zawodowego pielęgniarek i położnych.

Odrębnie unormowana została także odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność w zakresie całej działalności zawodowej w relacjach z pacjentami oraz pozostałym zatrudnionym personelem. Podlegają powszechnie obowiązującym regułom prawnym i moralnym i ponoszą odpowiedzialność prawną, w tym: cywilną, karną, służbową i materialną. Odpowiedzialność pielęgniarek i położnych uregulowana została w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz „Kodeksie etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”.

### 3.3. Pozostałe grupy zawodowe medyczne

Pozostałe grupy zawodowe w zależności od posiadanego wykształcenia, jak również w zależności od stanowiska pracy dzieli się na: personel posiadający wyższe wykształcenie medyczne, personel medyczny posiadający średnie wykształcenie medyczne, personel niższego szczebla. Te grupy również zapewniają realizację kontraktu zawartego z NFZ.

W związku z rozwojem medycyny, a co za tym idzie rozszerzeniem się w ostatnich latach zakresu działalności szpitala, w skład personelu zatrudnionego do opieki nad pacjentem coraz częściej, oprócz osób o zawodach ściśle medycznych, wchodzi także rehabilitanci, psychologowie, socjologowie, edukatorzy zdrowotni i inne osoby (Piątkowski, 2010, s. 154). Niektóre grupy zawodowe nie sprawują bezpośredniej opieki nad pacjentem, jak np. w przypadku personelu niższego szczebla, który wykonując czynności z zakresu swoich obowiązków pełni funkcje pomocnicze, i dzięki któremu specjalistyczna kadra medyczna może zabezpieczać zdrowie i życie pacjentów.

Do grupy personelu posiadającego wyższe wykształcenie medyczne zalicza się różne kategorie pracowników. Zostaną oni teraz wyszczególnieni i pokrótce scharakteryzowani:

1. Farmaceuci. Ich niezbędne kwalifikacje oraz pracę reguluje ustawa o izbach aptekarskich (Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991). Tytuł zawodowy „farmaceuta” podlega ochronie prawnej. W zależności od stażu pracy i posiadanych kwalifikacji wyróżnia się: farmaceutę, młodszego asystenta farmacji, asystenta farmacji, starszego asystenta farmacji. Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego. Usługi farmaceutyczne, które są przez farmaceutę udzielane, to przede wszystkim: sporządzanie, wytwarzanie i wydawanie produktów leczniczych, leków recepturowych, leków aptecznych i wyrobów medycznych, ocena jakości leków recepturowych, leków aptecznych i leków gotowych, nadzór nad wytwarzaniem, obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem oraz utylizacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych, także nad rezerwami państwowymi, udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Poza powyższym kierownik apteki w podmiocie leczniczym kieruje jej pracą, nadzorując pracę podległego personelu. Także bierze udział w sprawowaniu

nadzoru nad gospodarką lekami i produktami leczniczymi, przygotowuje roztwory do hemodializy i dializy otrzewnowej.

2. Diagnostyci laboratoryjni. Kwalifikacje zawodowe tych osób oraz ich pracę określa ustawa o diagnostyce laboratoryjnej (Ustawa z dnia 27 lipca 2001). Diagnostyci laboratoryjni zatrudniani są przede wszystkim w zakładach: diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, immunologii transfuzjologicznej, cytodiagnostyki ginekologicznej, patomorfologii oraz innych oddziałów. Tytuł zawodowy „diagnosta laboratoryjny” podlega ochronie prawnej. W zależności od posiadanych kwalifikacji i stażu pracy wyróżnia się: starszego asystenta, asystenta i młodszego asystenta diagnostyki laboratoryjnej, diagnostę laboratoryjnego. Osobą uprawnioną do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej jest diagnosta laboratoryjny lub osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza i specjalizację w dziedzinie przydatnej do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. Czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej w podmiotach leczniczych polegają na:

- badaniach laboratoryjnych, mikrobiologicznych oraz ocenie jakości i wartości diagnostycznej tych badań, którym poddawane są: płyny ustrojowe, wydzieliny, wydaliny i tkanki pobrane dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych;
- ustalaniu zgodności tkankowej;
- dokonywaniu laboratoryjnej interpretacji oraz autoryzacji wyników badań;
- działalności dydaktycznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

Do wykonywania badań laboratoryjnych uprawnione są również osoby, które posiadają tytuł zawodowy technika analityki medycznej lub licencjata na kierunku analityka medyczna lub magistra na kierunku innym niż wymienione wyżej, przydatnym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

3. Psychologowie i psychoterapeuci. Posiadają oni specjalizacje w dziedzinie medycyny, np. psychologia kliniczna. Jeżeli nie posiadają wykształcenia medycznego zaliczani są do grupy personelu posiadającego wyższe wykształcenie (niemedyczne). Psychologowie i psychoterapeuci stanowią ważne ogniwo na każdym etapie: diagnostyki, przygotowania do leczenia, leczenia oraz terapii pacjentów niemal w każdym wieku. Psychologowie zajmują się również wsparciem personelu

zatrudnionego w podmiocie leczniczym. Obecnie każdy z podmiotów leczniczych, jeżeli zamierza świadczyć usługi na podstawie kontraktu zawartego z NFZ, musi spełniać wymagania w zakresie zatrudnienia psychologów i psychoterapeutów. Powszechnie wiadomym jest, jak ważną rolę nie tylko w procesie leczenia odgrywa psychika pacjenta i personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych.

4. Ratownicy medyczni. Kwalifikacje i pracę tej grupy reguluje ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Ustawa z dnia 8 września 2006). Państwowe Ratownictwo Medyczne utworzone zostało w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Ratownik medyczny ma obowiązek:

- udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy – podejmuje czynności wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- zabezpieczenia osoby, gdy znajdzie się w miejscu zdarzenia oraz podjęcia działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- dokonania oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podjąć medyczne czynności ratunkowe;
- transportowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- komunikowania się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielania jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- organizowania i prowadzenia zajęcia z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

Rola ratowników medycznych na obecnym rynku usług medycznych jest niezwykle ważna. Ratownicy wykonując swoje obowiązki mogą wesprzeć pracę pielęgniarek i położnych – bardzo deficytowej grupy zawodowej, a w niektórych oddziałach mogą nawet zastąpić część pielęgniarek.

Pozostałe zawody w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia wymagające wykształcenia wyższego lub średniego zostały wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia ze wskazaniem wymagań kwalifikacyjnych oraz rodzajów specjalizacji w tych dziedzinach (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011). Specjalizacja tutaj rozumiana jest jako rodzaj szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego, które ma na celu uzyskanie specjalistycznych

kwalifikacji w określonej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Do dziedzin tych zaliczono: epidemiologię, fizjoterapię, fizykę medyczną, inżynierię medyczną, promocję zdrowia i edukację zdrowotną, neurologopedię, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, toksykologię, mikrobiologię, przemysł farmaceutyczny, radiofarmację, logopedię, neurologopedię, surdologopedię. Program specjalizacji i uzupełniający program specjalizacji przygotowane przez zespół ekspertów zatwierdzone są przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Do grupy zawodowej personelu posiadającego średnie wykształcenie medyczne zalicza się przede wszystkim techników medycznych, tj.: techników laboratoryjnych, elektroradiologii, fizjoterapii, farmacji, masażyistów, jak również ortoptystów, terapeutów uzależnień, opiekunów medycznych, pracowników socjalnych pacjenta, dietetyków, operatorów ciśnieniowych sterylizatorów. Wymagania kwalifikacyjne na tych stanowiskach określone zostały w rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011). Do grupy personelu posiadającego średnie wykształcenie medyczne zaliczane są osoby, które ukończyły średnią szkołę medyczną lub medyczną szkołę pomaturalną i legitymują się dyplomem ukończenia średniej szkoły medycznej.

Personel posiadający średnie wykształcenie medyczne wykonuje głównie czynności z zakresu diagnostyki oraz terapii pacjentów, bierze udział w leczeniu pacjentów. Ten personel wiele czynności może wykonywać samodzielnie, ale ma obowiązek ściśle współpracować z lekarzami, gdyż to lekarze wydają zalecenia dotyczące procesów diagnostycznych i leczenia pacjentów.

W podmiotach leczniczych zatrudnieni są również pracownicy na stanowiskach, które uznawane są za stanowiska medyczne, gdyż są stanowiskami pomocniczymi podczas opieki nad pacjentem. Na tych stanowiskach nie jest wymagane wykształcenie medyczne. Wystarczy odbycie niezbędnych kursów lub przeszkolenie stanowiskowe w miejscu pracy. Pracowników tych dzieli się na: grupę personelu medycznego średniego oraz grupę personelu medycznego niższego. Do grupy zawodowej personelu średniego zalicza się: sekretarki medyczne, rejestratorki medyczne, preparatorów, statystyków. Natomiast w skład grupy personelu

niższego wchodzi m.in.: noszowi, salowe, pomoce szpitalne i farmaceutyczne, dezynfektorzy, przyuczone sekretarki oraz przyuczone rejestrarki medyczne.

### **3.4. Pracownicy administracji i obsługi**

Personel administracji zatrudniany jest w podmiotach leczniczych przede wszystkim w celu prowadzenia rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez personel medyczny realizujący kontrakt zawarty z NFZ. Na podstawie tych rozliczeń wystawiane są faktury obciążające NFZ. Pracownicy administracji w podmiotach leczniczych zapewniają również obsługę w zakresie prawnym, finansowo-księgowym, kadrowym i płacowym, zamówień publicznych, zaopatrzenia, informatycznym. Zabezpieczenie wymienionych wyżej dziedzin mogą zapewniać pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych w różnych formach lub podmioty zewnętrzne na zasadach *outsourcingu*.

W zależności od posiadanego wykształcenia i stażu pracy, pracownicy mogą wykonywać prace na określonych stanowiskach. Wymagania w tym zakresie, jak w przypadku personelu medycznego, zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011) oraz w przepisach szczegółowych i aktach prawa obowiązujących u danego pracodawcy.

Odrębną grupę stanowią pracownicy techniczni i obsługi. Pracownicy tej grupy w podmiotach leczniczych mają za zadanie przede wszystkim zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania zaplecza technicznego w zakresie niezbędnym do wykonywania świadczeń zdrowotnych, naprawę i konserwację aparatury i urządzeń medycznych, przeprowadzanie niezbędnych napraw i remontów pomieszczeń, usuwanie awarii, ale także zabezpieczenie przewozów pacjentów i personelu, przewóz zwłok, przewóz odpadów medycznych, wywóz i utylizację odpadów.

Do tej grupy zalicza się pracowników posiadających kwalifikacje oraz pracowników zatrudnionych przy pracach prostych, głównie zatrudnionych na stanowiskach: specjalistów ds. aparatury medycznej, konserwatorów aparatury medycznej, konserwatorów urządzeń elektrycznych, kierowców, pracowników posiadających fachowe kwalifikacje: murarzy, płytkarzy, malarzy, stolarzy, pracowników spalarni odpadów, jak również robotników

gospodarczych. Podmioty lecznicze zatrudniają w różnych formach pracowników tej grupy lub wynajmują firmy zewnętrzne.

Zdrowie i życie pacjentów, a także jakość świadczonych usług medycznych zależy od kompetencji personelu i jakości zarządzania, a zachodzące ciągle zmiany w systemie opieki zdrowotnej w podmiotach gospodarczych działających na rynku usług medycznych wymuszają doskonalenie zarządzania na wszystkich poziomach struktur organizacyjnych (Wyszkowska, 2013, s. 90). Polskie szpitale jawią się jako podmioty, w których liczy się przede wszystkim spełnianie misji – leczenie pacjentów, ale także osiągnięcie celów gospodarczych, dlatego personel medyczny zatrudniony w szpitalach, by wypełnić te cele, powinien posiadać kompetencje zarówno z zakresu nauk medycznych, jak i nauk o zarządzaniu (Nęcki i Kęsy, 2013, s. 11). Dzięki temu szpitale mogą osiągać założone cele poprzez przyciągnięcie pacjentów, czy lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej. Uwzględniając dynamicznie zachodzące zmiany w polskim systemie opieki zdrowotnej, należałoby sądzić, że najważniejszym zagadnieniem jest wzrost jakości świadczonych usług, gdzie kluczową rolę pełni czynnik ludzki, tymczasem kierownicy podmiotów najwięcej uwagi skupiają na zarządzaniu finansami, w tym w szczególności na utrzymywaniu płynności finansowej i możliwości regulowania różnorodnych płatności (Wyszkowska, 2013, s. 94). Również badania opinii społecznej przeprowadzone w marcu 2012 roku przez TNS OBOP pt. „Opinia Polaków na temat usług szpitalnych” pokazały, że aż 44% respondentów zwróciło uwagę na jakość obsługi pacjenta jako najważniejszy element opieki w szpitalu (drugi wynik), co oznacza, że komunikacja na linii personel medyczny – pacjent jest jednym z najistotniejszych jej elementów (Wysocki, 2013, s. 32). Z badania przeprowadzonego w 2019 roku przez BioStat pt. „Co Polacy myślą o systemie ochrony zdrowia?” wynika, że Polacy mają dobrą opinię o lekarzach, ale źle oceniają sposób organizacji ich pracy. Jeśli chodzi o organizację opieki zdrowotnej – dobre zdanie ma zaledwie co czwarty pacjent. Wyraźnie lepszą opinię mają pacjenci, którzy w ostatnim czasie byli hospitalizowani. Pacjenci również oczekują, że lekarz poświęci więcej czasu na badanie, a biurokracja zostanie ograniczona do minimum (BioStat, 2019).

Najważniejszym aspektem poziomu jakości świadczonych usług medycznych jest dążenie do minimalizacji ponoszonego ryzyka lub szkody. Aby zapobiec ryzyku, które stanowi przyczynę lub źródło strat, muszą być spełnione trzy podstawowe warunki zarządzania jakością: ciągle doskonalenie personelu, personel – zespół stanowi jedną drużynę opartą na



partnerstwie w relacji przełożony – podopieczny, codzienny pomiar i analiza działalności (Bielecki, 2007, s. 20). Istotne jest także planowanie, które określane jest często jako główna funkcja zarządzania, ponieważ w jej ramach tworzone są podstawy dla realizacji pozostałych zadań pełnionych przez menedżerów, jak np. organizowanie, motywowanie czy kontrolowanie (Krzakiewicz, 2008, s. 33).

## **Rozdział IV. Analiza dostępności i deficytu kadr medycznych**

Rynek usług medycznych jest rynkiem bardzo specyficznym. Uczestnikami tego rynku są m.in. wysokiej klasy specjaliści. To od ich umiejętności zależy często powodzenie zdiagnozowania jednostki chorobowej, zastosowanej metody leczenia czy terapii. Na każdym stanowisku medycznym personel musi posiadać wysokie kwalifikacje. Ma również obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji przez całe życie zawodowe. Personel medyczny kształci się więc permanentnie. Dlatego wykwalifikowany personel medyczny stanowi istotne zasoby podmiotów leczniczych. Często personel podnosi kwalifikacje na koszt własny i w swoim czasie wolnym.

Pacjenci mają możliwość leczenia w wybranym przez siebie podmiocie leczniczym. Podejmując więc decyzje biorą pod uwagę podmioty lecznicze, które spełniają ich wymagania zarówno pod względem zatrudnienia specjalistów, jak i posiadanego sprzętu medycznego. Dla podmiotów leczniczych już nie wystarczy jedynie istnieć na rynku. Teraz najważniejsze jest posiadanie specjalistycznej kadry medycznej zapewniającej napływ pacjentów zainteresowanych oferowanymi świadczeniami medycznymi. Podmioty lecznicze starają się więc prześcigać w oferowaniu wachlarza szeroko pojętej diagnostyki oraz procedur wysokospecjalistycznych coraz mniej inwazyjnych, wykonywanych na wysokiej klasy sprzęcie medycznym przez dobrze wykształconą i wyszkoloną kadrę medyczną. Podmioty lecznicze starają się także za wszelką cenę przyciągnąć w tym celu wysokospecjalistyczną kadrę medyczną. Z drugiej strony, personel medyczny podejmując decyzje w zakresie miejsca zatrudnienia bierze pod uwagę nie tylko stawki, ale również warunki pracy, wyposażenie podmiotu leczniczego w sprzęt medyczny, rodzaj świadczonych procedur, możliwość rozwoju oraz liczbę zaopatrywanych pacjentów.

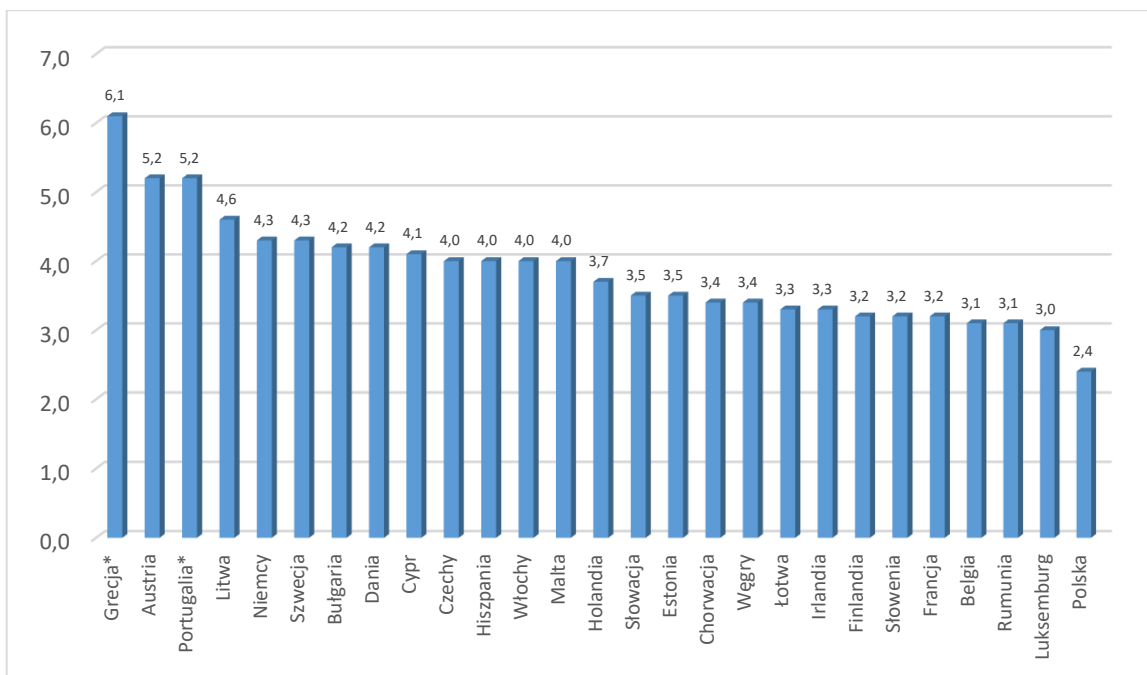
### **1. Podaż kadr medycznych na polskim rynku pracy**

Informacje w zakresie m.in. podaży kadr medycznych na rynku usług medycznych zbierane są corocznie przez CSIOZ i publikowane w Biuletynie Statystycznym MZ. Zgodnie z publikowanymi danymi na rynku usług medycznych notuje się permanentny spadek zatrudnienia specjalistycznych kadr medycznych, przede wszystkim w grupach zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych. Deficyt specjalistycznych kadr medycznych zatrudnionych w szpitalach w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych jest

faktem powszechnie znanym i powszechnie komentowanym, gdyż deficyt ten może stanowić zagrożenie w procesie ciągłości zabezpieczania zdrowia i życia pacjentów.

Na podstawie danych statystycznych liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce z każdym rokiem ma tendencję wzrostową. Wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. ludności ulega w analizowanym okresie nieznacznemu zwiększeniu. Jednak w porównaniu z innymi krajami Europy liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców jest jedną z najniższych. Polska w 2015 roku zajęła 31 miejsce na 35 analizowanych krajów. Za Polską uplasowały się w kolejności: Albania, Bułgaria, Czarnogóra i Rumunia. Natomiast pod względem liczby wizyt ambulatoryjnych na osobę Polska zajęła 10 miejsce w tej grupie analizowanych krajów. A. Björnberg (2017, s. 68) uzasadnia, że korelacja pomiędzy liczbą lekarzy na jednego mieszkańca i dostępnością lekarzy jest bardzo nieznaczna, przy czym można tu wyróżnić pewne cechy kulturowe: w krajach skandynawskich pacjenci poszukują porady lekarskiej wtedy, kiedy są naprawdę chorzy, a bardzo niewielka liczba wizyt na lekarza odnotowana na Cyprze czy w Grecji (która ma zdecydowanie najwyższą liczbę lekarzy per capita) może jednak wynikać z zaniżania liczby wizyt w celu uniknięcia podatków.

Natomiast według danych dotyczących liczby lekarzy na 1000 mieszkańców w 2018 roku, wśród krajów europejskich Polska zajęła ostatnie miejsce (wykres 1). Dane dotyczą wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, co powoduje duże zawyżenie liczby praktykujących lekarzy (dotyczy Grecji i Portugalii). Porównując średnią liczbę lekarzy w Polsce na 1000 mieszkańców – 2,4 do średniej krajów europejskich – 3,7 i najwyższej średniej w Austrii – 5,2 trudno nie mieć obaw dotyczących bezpieczeństwa pacjentów leczących się w Polsce. Równie sugestywnie przedstawia się prawidłowość uwidoczniiona na wykresie 1.



**Wykres 1. Liczba lekarzy na 1 tys. mieszkańców w krajach Unii Europejskiej w 2018 roku**  
 Źródło: (KRO, 2020)

Podobna sytuacja występuje w grupie pielęgniarek i położnych. W Polsce wskaźnik w tej grupie w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców jest również jednym z najniższych wśród krajów UE (wykres 2).



**Wykres 2. Wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w 2017 roku**  
 Źródło: (NIPiP, 2017, s. 28)

Analizując dane dotyczące liczby ludności w Polsce zauważa się w ostatnich latach tendencję spadkową (tab. 22). Również liczba pacjentów w szpitalach, jak przedstawiono wcześniej, uległa zmniejszeniu (o 4,41%).

**Tabela 22. Ludność RP wg stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Liczba ludności
2013	38 433 558
2014	38 432 992
2015	38 437 239
2016	38 478 602
2017	38 495 659
2018	38 411 148
2019	38 382 576

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Biorąc pod uwagę liczbę lekarzy ogółem na polskim rynku usług medycznych zauważyć można, że liczba wszystkich uprawnionych do wykonywania zawodu w roku 2019 w stosunku do lat ubiegłych jest niewiele większa. Niewielkiemu zwiększeniu uległ również wskaźnik lekarzy na 10 tysięcy ludności (tab. 23).

**Tabela 23. Lekarze pracujący w placówkach ochrony zdrowia w Polsce w latach 2012 – 2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

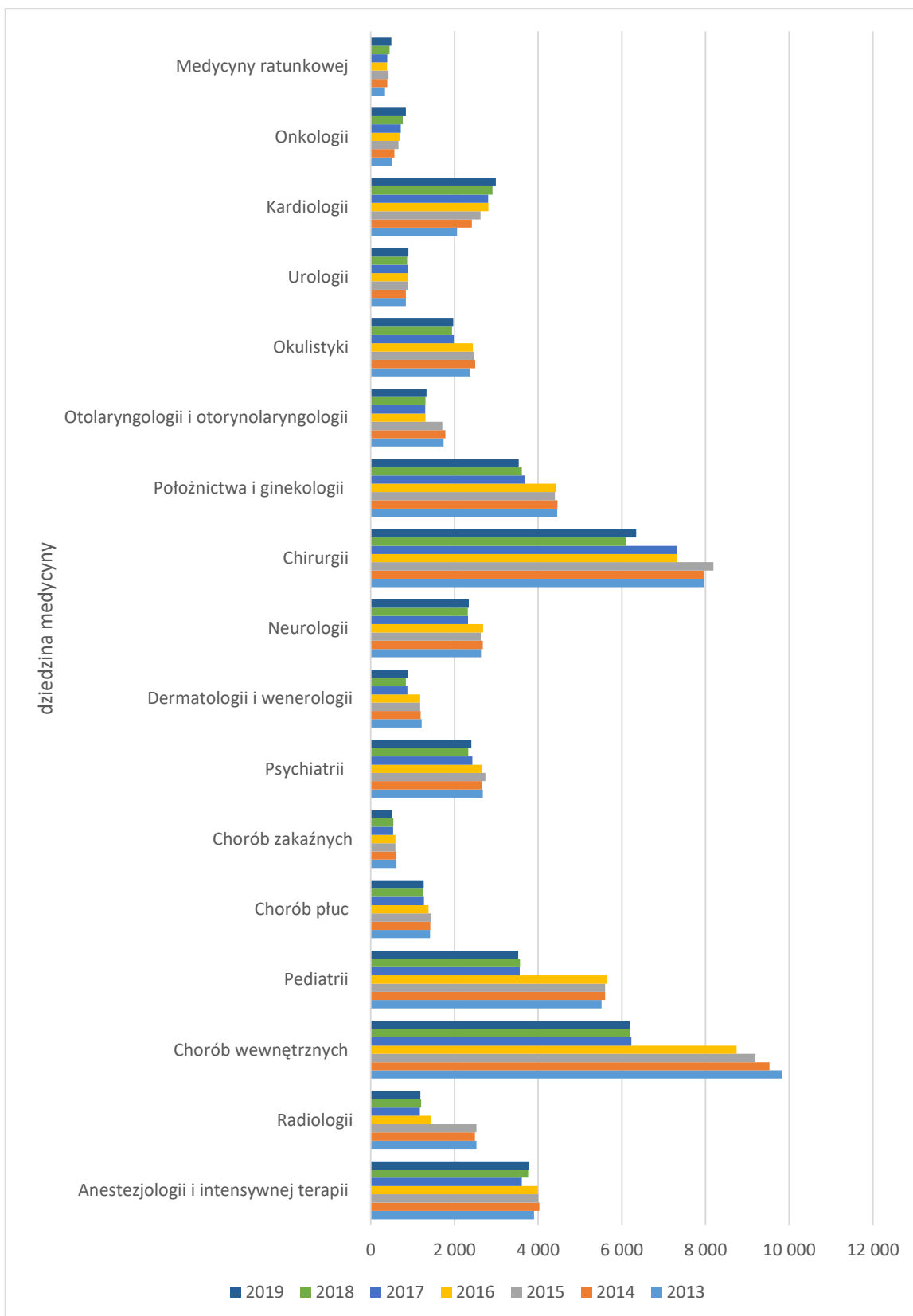
Rok	Lekarze	
	Liczba bezwzględna	Wskaźnik na 10 tys. ludności
2013	83 371	21,7
2014	85 789	22,3
2015	86 533	22,5
2016	89 819	23,4
2017	88 351	23
2018	87 749	22,8
2019	89 119	23,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Jak wcześniej wspomniano realizacją kontraktu z NFZ zajmuje się kadra medyczna. NFZ ściśle określił minimalne wymogi dotyczące zatrudnienia personelu z odpowiednimi kwalifikacjami. Jednym z wymogów jest posiadanie przez lekarzy specjalizacji w określonych dziedzinach medycyny, w zależności od realizowanych świadczeń. Minister Zdrowia określił dziedziny medycyny zarówno dla lekarzy, jak i dla pielęgniarek. Natomiast liczbę miejsc akredytacyjnych oraz tryby odbywania specjalizacji określają konsultanci wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach medycyny, biorąc przy tym pod uwagę wnioski składane przez kierowników podmiotów leczniczych spełniających wymogi do prowadzenia specjalizacji. Lekarze mogą odbywać specjalizacje w różnych trybach, mogą też zmieniać tryb w trakcie odbywania specjalizacji po spełnieniu określonych wymagań.

Jak wynika z analizy w okresie 2013–2019 zmieniała się liczba lekarzy w poszczególnych wybranych dziedzinach medycyny. Analizując liczbę lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, zauważa się, że w niektórych dziedzinach, np. choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia, radiologia, liczba lekarzy specjalistów uległa znacznemu zmniejszeniu, w innych ulega niewielkim wahaniom, ale utrzymuje się na podobnym poziomie, w niektórych zaś, jak np. kardiologia uległa zwiększeniu.

Dane dotyczące liczby lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny w latach 2013-2019 przedstawiono na wykresie 3.



**Wykres 3. Liczba lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

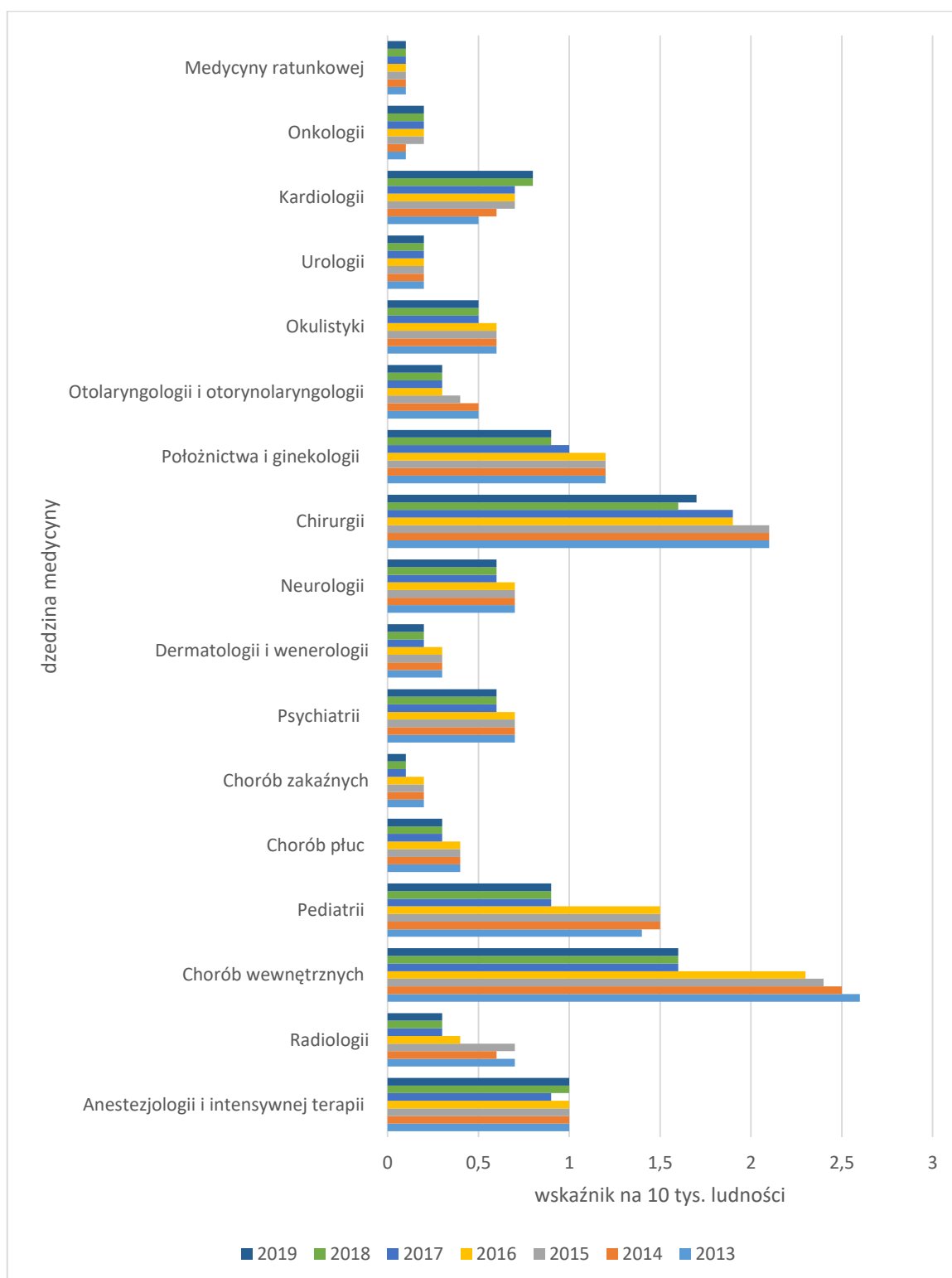
Jednak nie tylko liczba specjalistów ogółem w poszczególnych dziedzinach medycyny jest istotna, ale także zabezpieczenie przez tych specjalistów zdrowia i życia pacjentów, a konkretnie: występujących u pacjentów poszczególnych grup i jednostek chorobowych oraz liczbę pacjentów zapadających na te choroby. I właśnie w zależności od tych potrzeb, na podstawie przeprowadzonych analiz liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz lekarzy odbywających specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny, co kilka lat Minister Zdrowia wskazuje w rozporządzeniu priorytetowe dziedziny medycyny. Wyodrębnienie tych dziedzin ma na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia tych specjalizacji. Minister Zdrowia przeznacza zwiększoną pulę środków finansowych na wynagrodzenia tych lekarzy.

Podkreślić w tym miejscu należy, że dane statystyczne nie obejmują informacji w zakresie zatrudnienia lekarzy jednocześnie na podstawie umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej czy też umów cywilnoprawnych. Wielu lekarzy – korzystnie dla systemu opieki zdrowotnej oraz pacjentów – świadczy pracę i usługi na rzecz dwu lub więcej podmiotów. Inni lekarze natomiast mają zawartych kilka rodzajów umów z jednym podmiotem leczniczym, np. umowa o pracę w jednym oddziale, umowa cywilnoprawna na dyżury w innym oddziale, umowa cywilnoprawna w poradni, wykonywanie procedur w pracowni. Lekarze wykazywani są w sprawozdaniach tylko jeden raz – zgodnie z głównym miejscem zatrudnienia oraz według tzw. wiodącej dziedziny specjalizacji, czyli tej, którą wykorzystują w najdłuższym wymiarze czasu podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Sprawozdawczość obejmuje jedynie informacje dotyczące jednej formy zatrudnienia, ponieważ wykazywanie jednego lekarza w kilku miejscach w sprawozdaniu skutkowałoby zwiększeniem liczby lekarzy na rynku usług medycznych (zafałszowanie rzeczywistego stanu). Ten sam problem dotyczy specjalizacji posiadanych przez personel medyczny. W sprawozdawczości jest miejsce na wykazanie tylko jednej specjalizacji, a coraz więcej lekarzy posiada dwie, trzy i więcej specjalizacji.

Sprawą niezwykle ważną jest również odpowiednia – wystarczająca liczba lekarzy na określoną grupę pacjentów, którzy zajmują i zajmować się będą leczeniem pacjentów. Niestety brakuje obecnie specjalistów w wielu dziedzinach. Taka sytuacja powoduje ograniczenie dostępu pacjentów do tych lekarzy oraz wydłużanie kolejek pacjentów zarówno oczekujących na poradę lekarską, jak i oczekujących na diagnostykę, która musi być



przeprowadzona w warunkach szpitalnych, a nawet zabiegi operacyjne. Dane w tym zakresie przedstawiono na wykresie 4.

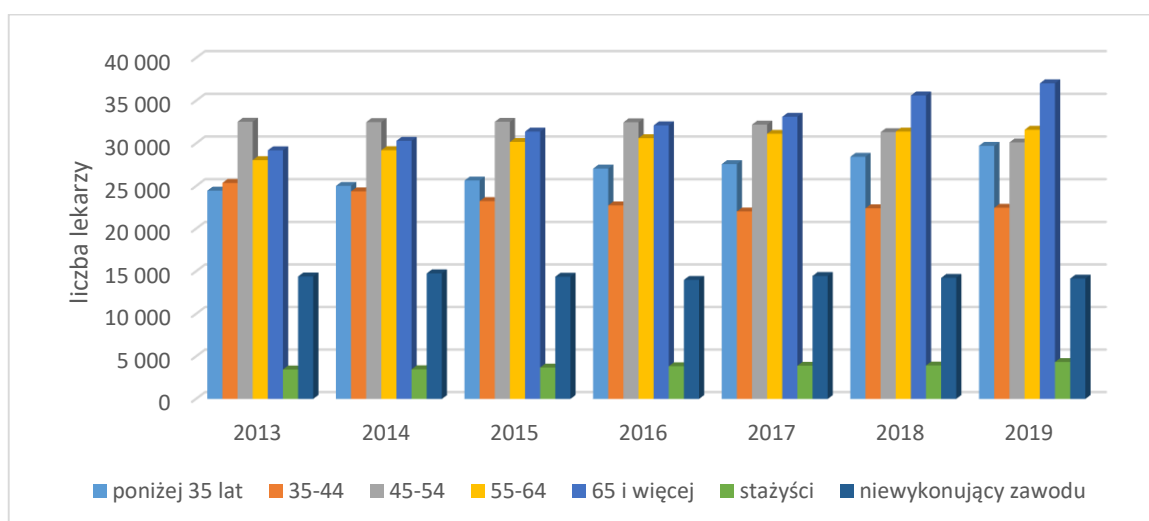


**Wykres 4. Liczba lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny – wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Jak wynika z wykresu 4 w większości wybranych dziedzin medycyny liczba lekarzy specjalistów na 10 tysięcy ludności uległa zmniejszeniu, w tym znacznemu w dziedzinach: radiologii, chorób wewnętrznych, pediatrii, chorób zakaźnych, chirurgii, położnictwa i ginekologii. Mniej więcej na tym samym poziomie od kilku lat utrzymuje się anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna ratunkowa. Wyjątek stanowi tu kardiologia, gdzie wskaźnik lekarzy przyjął tendencję wzrostową oraz onkologia, która jest jedną z młodszych dziedzin medycyny odbywanych obecnie jednostopniowo (wcześniej onkologia odbywana była po uzyskaniu specjalizacji z chorób wewnętrznych).

Niezwykle trudnym i ważnym zagadnieniem jest wiek lekarzy udzielających świadczeń. Dostępność lekarzy w poszczególnych przedziałach wiekowych w kolejnych latach zmieniła się w sposób istotny. Poddając analizie dane statystyczne zauważyć można, że zwiększa się liczba lekarzy w wieku poniżej 35 roku życia (lekarze stażyści, rezydenci i inni lekarze odbywający swoje pierwsze specjalizacje, młodzi lekarze specjaliści), aby spaść w przedziałach od 35 do 44 lat oraz od 45-54 lat, po czym zwiększa się w wieku od 55 do 64 oraz powyżej 65 lat. Rzeczywiście zdecydowana większość lekarzy pracuje nadal pomimo osiągnięcia uprawnień emerytalnych. I to nie tylko z tytułu pracy w warunkach szczególnych, dzięki czemu personel medyczny nabywa uprawnienia emerytalne 5 lat wcześniej, tj. kobiety w wieku 55 lat, mężczyźni w wieku 60 lat. Dzięki temu jednak na rynku usług medycznych jest dostępna większa liczba lekarzy. Kwestię tę prezentuje wykres 5.



**Wykres 5. Lekarze w podziale według wieku w latach 2013-2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Niepokojąca jest również sytuacja, jeśli chodzi o pielęgniarki i położne. Liczba pielęgniarek z roku na rok systematycznie spada – zawód jest mało atrakcyjny dla młodych, starsze zaś odchodzą na emeryturę (średnia wieku w zawodzie to aż 43 lata). Pielęgniarki to nadal duży potencjał społecznego oddziaływania (Wilczyński, 2011, s. 10). Pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu jest coraz mniej. Pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w zawodzie pod koniec 2017 roku było niemal 330 tysięcy. Zgodnie z danymi statystycznymi zatrudnienie w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych od 2013 roku miało tendencję spadkową. Tabele 24 i 25 wskazują na opisaną prawidłowość.

**Tabela 24. Liczba pielęgniarek w placówkach ochrony zdrowia oraz wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Pielęgniarki	
	Liczba bezwzględna	Wskaźnik na 10 tys. ludności
2012	200 138	51,9
2013	189 014	49,1
2014	187 597	48,8
2015	185 860	48,4
2016	184 400	48
2017	183 687	47,8
2018	182 671	47,6
2019	183 016	47,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Jak widać, zarówno liczba bezwzględna, jak i wskaźnik pielęgniarek na 10 tysięcy ludności ulegają permanentnemu zmniejszaniu. Z zestawienia wynika, że największy spadek liczby pielęgniarek nastąpił w 2013 roku.

Dokładnie taka sama sytuacja występuje w przypadku położnych. Jest ich wprawdzie na rynku usług medycznych znacznie mniej niż pielęgniarek, ale jeśli chodzi o deficyt – tak samo problem dotyczy tego zawodu. Tendencję spadkową obserwuje się nie tylko w przypadku liczby bezwzględnej, ale także liczby położnych w przeliczeniu na 10 tysięcy ludności.

**Tabela 25. Liczba położnych w placówkach ochrony zdrowia oraz wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Położne	
	Liczba bezwzględna	Wskaźnik na 10 tys. ludności
2012	24 069	6,2
2013	22 473	5,8
2014	21 949	5,7
2015	22 051	5,7
2016	22 400	5,8
2017	22 257	5,8
2018	22 372	5,8
2019	22 371	5,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Tak jak w przypadku pielęgniarek, liczba położnych w placówkach ochrony zdrowia spadała w latach 2013-2014, by zacząć minimalnie wzrastać w 2015 i 2016 roku, a następnie nieznacznie spadać do 2019 roku. Również wskaźnik położnych w placówkach ochrony zdrowia w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców uległ na przestrzeni lat 2013 do 2019 nieznaczniemu pomniejszeniu, co unaocznia się w kolejnych zestawieniach graficznych. Problem deficytu pielęgniarek i położnych staje się jeszcze bardziej poważny, gdy spojrzeć dodatkowo przez pryzmat ich wieku. Wzrasta wprawdzie liczba pielęgniarek w wieku poniżej 35 lat, jednak spada znacznie w przedziale wiekowym od 35 do 44 lat, aby nieznacznie wzrastać w przedziale od 45 do 54 lat, znacznie wzrastać w wieku od 55 do 64 lat oraz jeszcze bardziej wzrastać w przedziale powyżej 65 lat. Często więc pielęgniarki, podobnie jak lekarze, wykonują swój zawód pomimo nabycia uprawnień do emerytury, pomimo tego, że niektóre z nich mają możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę z tytułu wykonywania pracy w warunkach szczególnych. Istotnym jest także fakt, że nie wszystkie pielęgniarki pomimo posiadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki wykonują. Część z nich wykonuje prace z zakresu administracji, księgowości, rozliczania procedur, związkowe. Dane dotyczące wieku pielęgniarek ogółem z uwzględnieniem płci prezentuje tabela 26.

**Tabela 26. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Razem	Pielęgniarki										
		W tym kobiety	Z tego									
			Poniżej 35		35 - 44		45 - 54		55 – 64		65 i więcej	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
2013	279 979	275 015	21 834	1 349	79 348	2 064	93 847	1 133	66 310	379	13 676	39
2014	282 472	277 295	22 357	1 323	70 263	2 033	94 910	1 270	72 830	503	16 935	48
2015	285 431	279 929	23 748	1 509	61 598	2 044	96 078	1 345	77 233	545	21 272	60
2016	288 446	282 603	24 705	1 668	54 179	2 054	96 907	1 423	79 470	622	27 342	76
2017	291 864	285 618	26 264	1 765	48 988	2 176	96 938	1 513	82 062	702	31 366	90
2018	295 464	288 799	26 874	1 931	41 363	2 114	96 522	1 698	85 761	794	38 279	128
2019	299 629	292 450	28 973	2 119	32 623	2 120	97 449	1 887	88 499	876	44 906	177

K – kobiety

M - mężczyźni

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Analogicznie jak w przypadku pielęgniarek ogólna liczba położnych uprawnionych do wykonywania zawodu wzrasta. Wzrosła również liczba położnych w wieku poniżej 35 lat, spadła znacznie w przedziale wiekowym od 35 do 44 lat, aby nieznacznie spadać w przedziale wieku od 45 do 54 lat, po czym przyjąć tendencję wzrostową w wieku od 55 do 64 lat oraz powyżej 65 lat. Podobnie jak pielęgniarki i lekarze, położne wykonują swój zawód po osiągnięciu wieku emerytalnego, pomimo tego, że niektóre z nich mają możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę z tytułu wykonywania pracy w warunkach szczególnych zgodnie z ustawą o emeryturach pomostowych. I w tym przypadku również nie wszystkie położne pomimo posiadania uprawnień do wykonywania zawodu zawód położnej wykonują. W tabeli 27 przedstawiono opisane informacje.

**Tabela 27. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku i płci w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Rok	Razem	W tym kobiety	Położne									
			Z tego									
			Poniżej 35		35 - 44		45 - 54		55 – 64		65 i więcej	
K	M	K	M	K	M	K	M	K	M			
2013	34 826	34 762	4 711	41	8 782	17	11 956	5	7 443	1	1 870	0
2014	35 468	35 403	4 760	42	8 087	16	12 351	6	8 008	1	2 197	0
2015	36 103	36 035	5 159	44	7 102	17	12 378	6	8 567	1	2 829	0
2016	36 839	36 768	5 616	42	6 484	21	12 279	7	9 125	1	3 264	0
2017	37 694	37 621	6 116	40	6 068	25	12 116	7	9 567	1	3 754	0
2018	38 312	38 237	6 238	37	5 678	29	11 694	8	10 187	1	4 440	0
2019	39 029	38 954	6 864	35	4 970	27	11 234	10	10 783	3	5 103	0

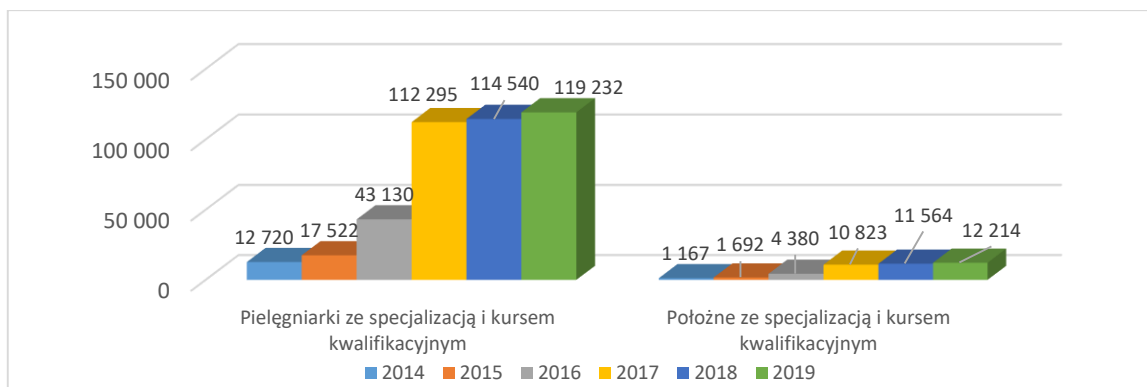
K – kobiety

M - mężczyźni

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Jak w grupie lekarzy, również względem pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia określił niezbędne kwalifikacje oraz wyznaczył dziedziny specjalizacji pielęgniarskich i dla położnych. Jednak ta grupa zawodowa podnosi kwalifikacje na innych zasadach niż lekarze: za zgodą lub ze skierowaniem pracodawcy (z uprawnieniami przysługującymi na podstawie Kodeksu pracy) lub bez zgody pracodawcy we własnym zakresie (finansowym i we własnym czasie wolnym). Specjalizacje pielęgniarek i położnych różnią się od lekarskich m.in. czasem ich odbywania, trwają ok. 2 lat (min. 18 i nie dłużej niż 24 miesiące), natomiast specjalizacje lekarzy od 2 do 6 lat. Okres specjalizacji jest przedłużany o czas nieobecności w trakcie jej odbywania. Poza powyższym lekarze odbywają specjalizacje w pełnym wymiarze czasu pracy, natomiast pielęgniarki i położne poza godzinami czasu pracy. Jak widać specjalizacje w tych grupach zawodowych odbywane są na zupełnie różnych zasadach.

Nie wszystkie pielęgniarki i położne decydują się na podjęcie specjalizacji, ponieważ dla wielu z nich wiąże się to z wyrzeczeniami finansowymi oraz poświęceniem czasu wolnego. Liczbę pielęgniarek oraz położnych posiadających specjalizację i kurs kwalifikacyjny przedstawiono na wykresie 6.

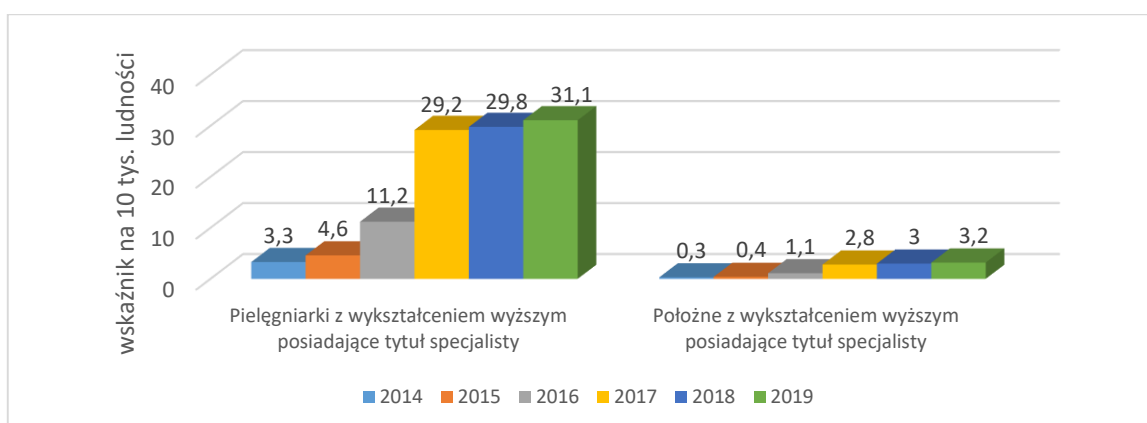


**Wykres 6. Liczba pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym w latach 2014-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Porównując dane w zakresie liczby pielęgniarek ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym w 2019 roku (119 232) do liczby pielęgniarek w placówkach ochrony zdrowia na koniec 2019 roku (183 016) zauważyć można, że to jedynie 65,15%. Jeśli chodzi o położne, to w 2019 roku specjalizację i kurs kwalifikacyjny posiadało 12 214 na 22 371 zatrudnionych w placówkach zdrowia, a więc 54,6%. Optymistycznym jest fakt corocznego wzrostu liczby pielęgniarek i położnych podnoszących kwalifikacje, zwłaszcza w 2017 roku.

Podobnie sprawa wygląda, gdy przeliczymy liczbę pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym na 10 tysięcy ludności. W obydwu przypadkach wskaźniki te w analizowanych latach mają tendencję wzrostową. Znaczący wzrost zarówno u pielęgniarek, jak i położnych odnotować można w 2017 roku (wykres 7).



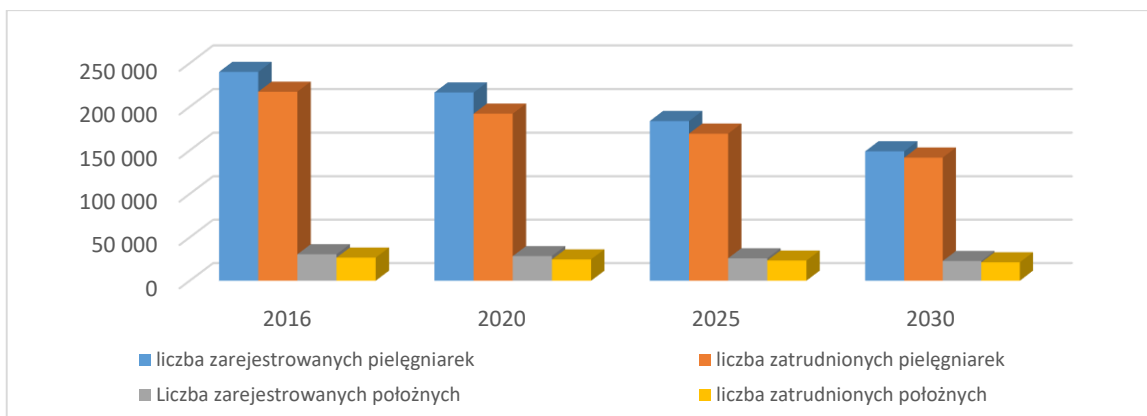
**Wykres 7. Liczba pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym – wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2014-2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Z uwagi na fakt permanentnie spadającej liczby pielęgniarek i położnych na rynku usług medycznych sporządzanych jest wiele analiz i prognoz. Prognozy dotyczące pielęgniarek i położnych zarejestrowanych oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych także wskazują na coraz bardziej pogłębiający się deficyt w tej grupie zawodowej. Okazuje się, że założenia na przyszłe lata są bardziej optymistyczne niż ma to miejsce w rzeczywistości. Jedna z prognoz została przytoczona poniżej. Na koniec 2019 roku zatrudnionych było 183 016 pielęgniarek, natomiast z przedstawionej prognozy wynika, że na koniec 2020 roku miałyby być 192 110. Zauważyć tutaj należy, że założenia dotyczące liczby ludności w Polsce na 2016 rok zostały zaniżone w stosunku do danych rzeczywistych o 110 tys. (w 2016 było 38 478 602 ludności), zatem wskaźniki zarówno zarejestrowanych, jak i zatrudnionych pielęgniarek i położnych są niższe niż podane w prognozowanym raporcie. Wprawdzie z kolejnych wyliczeń i analiz wynika, że pomimo prognozowanych spadków liczby mieszkańców liczba pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 1 tysiąc mieszkańców ulega ciągłemu spadkowi, zauważyć jednak należy, że prognozy dotyczące liczby mieszkańców nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości, gdyż liczba mieszkańców nie ma tendencji spadkowej, ale utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie. Ten fakt powoduje, że pod opieką określonej liczby pielęgniarek i położnych znajduje się jeszcze większa liczba mieszkańców.

Nie wszystkie pielęgniarki i położne wykonują swój zawód zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Niepokój budzi fakt, że pielęgniarki i położne figurujące w rejestrach uprawnionych do wykonywania zawodu decydują się na wykonywanie innych zawodów. Dlatego tak istotnym jest prowadzenie rejestrów pielęgniarek i położnych zarejestrowanych, oraz rejestrów pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zawodzie. Kwestie te wizualizuje wykres 8.





**Wykres 8. Liczba zarejestrowanych oraz zatrudnionych pielęgniarek i położnych nieposiadających uprawnień emerytalnych na lata 2016-2030 według prognoz z 2017 roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (NRPiP, 2017, s. 32 i 34)

W zarządzaniu zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych niezwykle istotne są również prognozy dotyczące personelu nabywającego uprawnienia do emerytury. Zarządzający muszą posiadać tę wiedzę, aby planować wielkość zatrudnienia oraz liczbę i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych. NIPiP opublikowała także prognozy dotyczące liczby pielęgniarek i położnych nabywających prawo do emerytury. W analizie założono, że wszystkie pielęgniarki i położne otrzymujące prawo wykonywania zawodu będą zastępowały te, które odejdą na emeryturę, choć, jak wcześniej zauważono, nie wszystkie pielęgniarki i położne posiadające prawo wykonywania zawodu pracują w tym zawodzie. Wnioski są jednoznaczne (NIPiP, 2017, s. 94).:

1. W przedziale wiekowym 41-60 jest 172 706 pielęgniarek i położnych, a przedział 21-40 lat, mający zastąpić ww. przedział to tylko 32 993 pielęgniarek i położnych, co oznacza, że w 2033 roku będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek i położnych.
2. Zapewnienie zastępowalności pokoleń wymaga, aby w latach 2018-2033 dodatkowo 69 886 osób rozpoczęło wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej, co oznacza, że rocznie oprócz 4 487 osób obecnie uzyskujących prawo wykonywania zawodu (średnia z lat 2014-2016) dodatkowo powinno je uzyskać średnio 4 368 pielęgniarek i położnych.
3. W celu zapewnienia wskaźnika 9,3 pielęgniarek, położnych na jeden tysiąc mieszkańców (średnia krajów OECD) w latach 2018-2033 dodatkowo 132 224 osób powinno rozpocząć wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej. Co oznacza, że rocznie oprócz 4 487 osób obecnie uzyskujących prawo wykonywania zawodu (średnia

z lat 2014-2016) dodatkowo powinno je uzyskać średnio 8 264 pielęgniarek i położnych.

4. W związku z faktem, że nie wszystkie osoby uzyskujące prawo wykonywania zawodu przystępują do jego wykonywania, braki kadrowe w zawodach pielęgniarki i położnej mogą być jeszcze większe.

Prognozę dotyczącą analizowanych kwestii w odniesieniu do liczby pielęgniarek i położnych ukazuje tabela 28.

**Tabela 28. Prognozowana liczba pielęgniarek i położnych nabywających prawo do emerytury oraz brakujących pielęgniarek i położnych w latach 2018–2033**

Rok uzyskania uprawnień	Liczba stwierdzonych praw wykonywania zawodu (średnia z lat 2014-2016)	Nabywające prawo do emerytury (60 r.ż.) w osobach	Liczba brakujących pielęgniarek i położnych	Liczba brakujących pielęgniarek i położnych do wskaźnika OECD 9,3
2018	4 487	8 653	4 166	7 973
2019	4 487	9 006	4 519	8 482
2020	4 487	8 906	4 419	8 338
2021	4 487	8 593	4 106	7 887
2022	4 487	8 603	4 116	7 901
2023	4 487	8 404	3 917	7 615
2024	4 487	9 263	4 776	8 852
2025	4 487	9161	4 674	8 705
2026	4 487	8 875	4 388	8 293
2027	4 487	8 813	4 326	8 204
2028	4 487	9 374	4 887	9 012
2029	4 487	9 705	5 218	9 488
2030	4 487	9 372	4 885	9 009
2031	4 487	9 334	4 847	8 954
2032	4 487	8 210	3 723	7 335
2033	4 487	7 406	2 919	6 178

Źródło: (NIPiP, 2017, s. 95 i 97)

Analiza danych statystycznych zaprezentowanych w niniejszym podpunkcie wskazuje jednoznacznie na pogłębiające się deficyty w zatrudnieniu lekarzy, pielęgniarek i położnych. Jednocześnie przeprowadzona diagnoza skłonić może do poszukiwania rozwiązań mających na celu uzupełnienie braków personelu medycznego w przywołanych grupach zawodowych. Ma się tu na uwadze zarówno rozwiązania niesystemowe – na skutek np. zmian organizacyjnych wprowadzonych przez kierowników w podmiotach leczniczych, jak i systemowe – na skutek zmian wprowadzonych przez ustawodawcę. Istotnym jest, aby wszelkiego rodzaju zmiany wprowadzane były po uprzednich konsultacjach zarówno z kierownikami podmiotów, jak i z przedstawicielami grup zawodowych, gdyż każda zmiana wywiera wiele skutków finansowych mających wpływ na działalność bieżącą podmiotów leczniczych, a jak wiadomo za skutki finansowe odpowiadają kierownicy podmiotów, często swoim wynagrodzeniem lub prywatnym majątkiem.

Znanym i mającym prawne przyzwolenie jest fakt zatrudnienia lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w więcej niż jednym podmiocie leczniczym. Znanym, gdyż personel medyczny wykazywany jest w portalu potencjału świadczeniodawcy NFZ, więc każdy z podmiotów leczniczych wykazuje zatrudnioną specjalistyczną kadrę medyczną. Zastrzeżenia budzi fakt zazębiania się czasu pracy poszczególnych osób w różnych podmiotach leczniczych, ale nie fakt jednoczesnego zatrudnienia w różnych podmiotach leczniczych. Prawne przyzwolenie polega na akceptacji jednoczesnego zatrudnienia personelu medycznego w różnych podmiotach jednocześnie i przejawia się w przyznawaniu wyższego wynagrodzenia w przypadku lekarzy lub dodatku do wynagrodzenia (tzw. „zembalowe”) w przypadku pielęgniarek i położnych.

Zaznaczyć przy tym należy, że sytuacje nadzwyczajne w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych odzwierciedlają często nadzwyczajność sytuacji ogólnospołecznej, czy po prostu globalnej, a kryzysy związane z pandemią, w tym ten ostatni dotyczący pandemii COVID-19, znacząco kształtują stosunek pracowników podmiotów leczniczych do swojej pracy - lęk i stres wywołany pandemią nie pozostaje bez wpływu na podaż pracy pewnych grup zawodowych, w tym na przykład pielęgniarek (De los Santos i Labrague, 2021, s. 57). Z najnowszych opracowań naukowych (w tym raportu wydanego pod patronatem American Psychological Association) wynika, że pewien odsetek tej grupy zawodowej rozważa kwestię rezygnacji z pracy, a nawet z zawodu ze względu na strach przed pandemią (De los Santos i Labrague, 2021, s. 57).

## 2. Popyt ilościowy i jakościowy na kadry medyczne oraz problemy w ich pozyskaniu i utrzymaniu

Strategia personalna określana jest jako wzorzec w stałym strumieniu decyzji kadrowych, można więc stwierdzić, iż jest to wzorcowa koncepcja dotycząca zarządzania kadrami w dłuższym okresie czasu, powiązana z innymi rodzajami strategii, i powinna mieć na celu określenie kształtowania zbiorowości pracowników pod względem liczebności oraz cech i struktury kwalifikacyjnej, aby sprostać przewidywanym zadaniom organizacji, zdecydować jakie działania należy podjąć, jakie przyjąć rozwiązania, aby doprowadzić do zaangażowania się pracowników w celu gotowości do realizacji powierzonych zadań (Juchniewicz i Pasternak, 2000, s. 76). W podmiotach leczniczych, w których na skutek bardzo szybkiego postępu technologicznego dotyczącego medycyny oraz urządzeń i aparatury medycznej, jak i środków farmaceutycznych, strategię personalną muszą przewidywać zatrudnienie specjalistycznej kadry medycznej adekwatne do wprowadzanych i przewidywanych do stosowania nowoczesnych procedur medycznych, jednocześnie dostosowując zatrudnienie do bieżących potrzeb. Strategie te uwarunkowane są różnego rodzaju czynnikami, które należy uwzględnić w procesie (tab. 29).

**Tabela 29. Uwarunkowania planowania kadr systemu zdrowotnego**

Uwarunkowania	Czynniki
Ekonomiczne	<ul style="list-style-type: none"><li>– możliwości finansowe państwa</li><li>– wysokość nakładów finansowych na opiekę zdrowotną</li><li>– oczekiwania pracowników w odniesieniu do wysokości wynagrodzenia</li><li>– rozwój konkurencji i poziom wynagrodzenia w sektorze prywatnym</li></ul>
Prawne	<ul style="list-style-type: none"><li>– regulacje prawa pracy</li><li>– regulacje prawa podatkowego</li><li>– prawo regulujące funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej</li><li>– dyrektywy i inne przepisy UE</li></ul>
Demograficzno-epidemiologiczne	<ul style="list-style-type: none"><li>– starzejące się społeczeństwo</li><li>– zmieniająca się struktura wiekowa kadr medycznych</li><li>– zwiększenie liczby zachorowań na choroby przewlekłe</li><li>– pojawiające się nowe zachorowania, np. na choroby zakaźne</li></ul>
Spółeczno-kulturowe	<ul style="list-style-type: none"><li>– wzrost świadomości i oczekiwań pacjentów</li><li>– siła związków zawodowych</li><li>– globalizacja</li><li>– migracja</li></ul>
Technologiczne	<ul style="list-style-type: none"><li>– dostęp i rozwój nowych technologii</li><li>– postęp w naukach medycznych</li></ul>

Źródło: (Domagała, 2013, s. 150)

Na wiele czynników wymienionych w tabeli 29 kierownicy podmiotów leczniczych nie mają zupełnie wpływu, jednak w planowaniu zatrudnienia muszą te czynniki uwzględniać. Niektóre z tych czynników, jak możliwości finansowe państwa, czy wysokość nakładów finansowych na opiekę zdrowotną oraz uwarunkowania prawne powinny stanowić wsparcie w tak trudnym wyzwaniu, jakim jest obowiązek zabezpieczenia zdrowia i życia pacjentów przez zapewnienie odpowiedniej liczby specjalistycznego personelu medycznego.

Jednym z najbardziej fundamentalnych problemów funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej jest jakość świadczonych usług, która oznacza stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki redukując jednocześnie wystąpienie efektów niepożądanych (Czerw, Religioni i Olejniczak, 2012, s. 269-270). Czynnikiem wpływającym bezpośrednio na jakość usług medycznych są między innymi: struktura zatrudnienia, tj. liczba oraz kwalifikacje i kompetencje zatrudnianej kadry medycznej, organizacja sposobu udzielania świadczeń oraz sposób zarządzania podmiotem leczniczym. W działalności każdego przedsiębiorstwa istnieją określone rodzaje strategii funkcjonalnych, do których należą: marketing i sprzedaż, kadry i personel, organizacja i zarządzanie, potencjał logistyczno-wytwórczy, ekonomika i finanse (Błaszyk, 2011, s. 47). Jak stwierdza M. Kraj (2015, s. 17): pacjenci, w wielu przypadkach, nawet, jeżeli mają możliwość wyboru szpitala, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, decydują się na dłuższe oczekiwanie ze względu na istotne dla nich czynniki jak: odległość od miejsca swojego zamieszkania lub zamieszkania rodziny, renoma placówki czy rekomendacja lekarza kierującego.

Obecnie obowiązujące normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały określone jako minimalne normy zatrudnienia. Natomiast nie ma wytycznych wskazujących konkretnie, ilu lekarzy i z jakimi kwalifikacjami powinno być zatrudnionych w podmiotach leczniczych, aby zapewnić nie tylko minimalne, ale przede wszystkim prawidłowe i odpowiednie zabezpieczenie pacjentów. W stosunku do tej grupy pracowników wymagania, również tylko minimalne, sformułował Minister Zdrowia oraz NFZ. Wytyczne dotyczące zarówno liczby wymaganego personelu, jak i kwalifikacji tego personelu są warunkiem podpisania i utrzymania kontraktu zawartego przez podmiot leczniczy z NFZ.

Kierownicy podmiotów leczniczych raczej nie określają liczby personelu z wykształceniem medycznym, który chcieliby, czy musieliby zatrudnić. W ogłoszeniach o zatrudnieniu

podawane są jedynie stanowiska. Nikt też nie gromadzi tego rodzaju danych. Nie ma więc konkretnych danych na temat liczby brakującego personelu medycznego. Nie ma więc także danych statystycznych w tym zakresie.

Z dniem 1 stycznia 2019 roku zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Rozporządzenie z dnia 11 października 2018) weszły w życie przepisy w zakresie minimalnych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Regulacja ta odnosi się do lecznictwa szpitalnego i dotyczy wymogów kontraktowania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych, a służyć ma wprowadzeniu prostego i szybkiego sposobu wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały określone poprzez wskazanie wymiaru etatu w przeliczeniu na liczbę łóżek w oddziałach oraz kwalifikacje personelu pielęgniarskiego i położniczego.

Zgodnie z założeniem MZ (2020, s. 4) wskazanie podmiotom leczniczym wymogów w zakresie zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do zapewnienia jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne samodzielnie tj. świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz świadczeń z zakresu promocji zdrowia, a także zapewnienia udziału pielęgniarek i położnych w świadczeniach realizowanych przez lekarzy oraz innych pracowników wykonujących zawody medyczne. MZ podaje również, że odpowiedni poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych skutkuje zmniejszeniem liczby powikłań i zakażeń wewnątrzszpitalnych, a więc i związanych z tym kosztów, zmniejszeniem liczby błędów medycznych i skutkiem tego zmniejszeniem kosztów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych, zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów i pielęgniarek/ położnych, racjonalnym zarządzaniem zasobami ludzkimi oraz planowaniem środków finansowych na zadania wykonywane przez pielęgniarki i położne (MZ, 2020, s. 4).

Zgodnie z zaleceniami normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach zachowawczych wynoszą 0,6 na łóżko, 0,7 na oddziałach zabiegowych i 0,8 na oddziałach pediatrycznych. W takiej sytuacji, gdy wprowadzane są konkretne normy zatrudnienia, w przypadku braku personelu pielęgniarskiego kierownicy podmiotów leczniczych zmuszeni są do zmniejszania liczby łóżek szpitalnych.

Jeśli chodzi o lekarzy, to w listopadzie 1984 roku weszła w życie Instrukcja MZiOS w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych (Instrukcja z dnia 15 września 1984) w celu uregulowania spraw związanych z obsadą lekarzy i umożliwienia racjonalnej gospodarki kadrami, w której określono liczbę łóżek jaka powinna być przewidziana na 1 etat lekarski. Akt ten utracił moc i nie obowiązuje w chwili obecnej. Natomiast w 2013 roku zaczęły obowiązywać minimalne wymagania dotyczące zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach szpitalnych (Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012). Dodatkowo Minister Zdrowia określił minimalne wymagania w zakresie zatrudnienia lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013). Wymogi zostały uszczegółowione jeśli chodzi o specjalizacje lekarzy oraz kwalifikacje pielęgniarek i położnych. Podano także przelicznik zatrudnienia w tych grupach na 1 łóżko szpitalne, czy stanowisko intensywnej terapii, wyodrębniając leczenie dzieci oraz uwzględniając opiekę całodobową. W wymogach szczegółowych dotyczących poszczególnych oddziałów Minister Zdrowia określił również organizację udzielania świadczeń. Mimo jednak tak szczegółowo opisanych wymagań w różnych zakresach oraz z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych oddziałów szpitalnych – wciąż są to jedynie wymagania minimalne. Przywołane powyżej uwarunkowania oraz struktura zatrudnienia w oddziałach została ujęta w tabeli 30, która stanowi załącznik nr 4 do niniejszej dysertacji. Minister Zdrowia określił również wymagania dotyczące zapewnienia specjalistycznej kadry medycznej w celu udzielania świadczeń gwarantowanych, specyficznych procedur oraz warunków ich realizacji w zakresach, które mogą być wykonywane w szpitalach, tj.:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- rehabilitacji leczniczej,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- leczenia stomatologicznego,
- ratownictwa medycznego,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- świadczeń wysokospecjalistycznych,

- leków i programów lekowych,
- programów zdrowotnych.

Faktem jest, że w celu realizacji specyficznych procedur wymagania są wyższe, ponieważ kadra niezbędna do ich wykonywania musi, zgodnie z wymogami MZ, posiadać odpowiednie uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Tak sformułowane wymagania nie gwarantują jednak prawidłowej obsady dyżurów medycznych w oddziałach czy wystarczającej liczby personelu na poszczególnych zmianach. Nadal brak informacji w zakresie obsady dyżurowej lekarskiej w poszczególnych oddziałach. Więc to przede wszystkim kierownicy podmiotów leczniczych ustalają niezbędne normy ilościowe oraz jakościowe zatrudnienia na poszczególnych stanowiskach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych w zarządzanych podmiotach leczniczych. Normy te mają zapewnić prawidłowe i bezpieczne zaopatrzenie pacjentów w każdej z jednostek organizacyjnych szpitala. Normy te muszą również zapewnić realizację usług zdrowotnych, które podmioty lecznicze zakontraktowały w NFZ. Normy dotyczą wszystkich wymaganych stanowisk medycznych.

Powyższy wywód w zakresie zatrudnienia lekarzy znajduje potwierdzenie w odpowiedzi Ministra Zdrowia z 2019 roku na interpelację jednego z posłów w 2019 roku w kwestii norm zatrudnienia lekarzy:

„Ustalenie liczby pracowników do wykonania określonego zakresu zadań jest jednym z elementów procesu zarządczego. Zgodnie z przepisami art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik podmiotu leczniczego. Zatem za kształtowanie polityki kadrowej, w tym konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby kadr medycznych niezbędnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym podmiocie leczniczym, pozostaje w kompetencjach kierownika podmiotu leczniczego.” (Minister Zdrowia, 2019, s. 7)

Dlatego kierownicy podmiotów sami określają liczbę personelu medycznego niezbędnego do obsady zmian pracy w poszczególnych oddziałach oraz zakładach. Liczba etatów, ze względu na specyfikę świadczenia określonego rodzaju usług w podmiocie leczniczym, może ulegać pewnym modyfikacjom, np. przy określaniu minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych uwzględnić można było opinie kierowników komórek



organizacyjnych, uwagi związków zawodowych oraz propozycje wskazywane przez pielęgniarki naczelne (Wyszkowska, 2013, s. 92-93). Na liczbę personelu w oddziałach mogą mieć również wpływ media, które donoszą o kolejnych przypadkach błędów medycznych popełnianych w czasie zaopatrywania pacjentów, czy też o braku personelu medycznego, który miałby zająć się pacjentem zgłaszającym się do podmiotu leczniczego.

Problem nadal stanowi brak określonych wymagań w zakresie kwalifikacji personelu medycznego w odniesieniu do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami. Obowiązujące powszechnie przepisy prawa w tym zakresie dotyczą personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Przedsiębiorcy więc muszą opierać się na przepisach szczegółowych dotyczących poszczególnych grup zawodowych oraz na przepisach wewnętrznych u nich obowiązujących. Jest to niezwykle istotny problem, gdyż personel medyczny mający wpływ na życie i zdrowie pacjentów musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania swoich obowiązków.

Obecnie wszystkie podmioty lecznicze w Polsce mają problemy z pozyskaniem oraz utrzymaniem specjalistycznej kadry medycznej. Na rynku brakuje specjalistów, brakuje również lekarzy bez specjalizacji. Podmioty lecznicze występują do konsultantów wojewódzkich i Centrum Monitorowania Kształcenia Podyplomowego (CMKP) o miejsca akredytacyjne w celu prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny. Wiele z tych miejsc jest nieobsadzonych, ponieważ nie ma chętnych na odbywanie specjalizacji w niektórych dziedzinach medycyny. Inne dziedziny medycyny cieszą się wielkim zainteresowaniem, ale liczba miejsc akredytacyjnych jest ograniczona. W zależności od liczby brakujących lekarzy specjalistów w określonych dziedzinach medycyny, Minister Zdrowia określa priorytetowe i pozostałe dziedziny medycyny. Żadna więc z dziedzin medycyny nie jest na stałe uznawana za priorytetową. Jednak faktem jest, że od dekady wiele dziedzin wciąż jest uznawanych za deficytowe. W celu zachęcenia lekarzy do wyboru priorytetowej dziedziny medycyny MZ przyznaje wyższe wynagrodzenie zasadnicze oraz wyższej wartości tzw. boni lojalnościowe przyznawane za podpisanie przez lekarza w trakcie specjalizacji odbywanej w trybie rezydenckim oświadczenia o zamiarze kontynuowania pracy w Polsce przez dwa lata w ciągu pięciu lat od ukończenia specjalizacji.

Kierownicy podmiotów leczniczych prześcigają się w poszukiwaniu i przekonywaniu personelu medycznego specjalistycznego oraz będącego w trakcie specjalizacji do

zatrudnienia w kierowanych przez nich podmiotach. Sposoby są różne, m.in.: zamieszczanie ogłoszeń w gazetach lokalnych, Gazecie Lekarskiej, OIL, OIPiP, na stronie internetowej podmiotu leczniczego, na stronach portali internetowych specjalizujących się w pośrednictwie w zatrudnieniu personelu medycznego, spotkania i prowadzenie rozmów ze studentami wydziałów lekarskich, pielęgniarskich, spotkania i prowadzenie rozmów z lekarzami odbywającymi staż lekarski, lekarzami odbywającymi specjalizację w trybie rezydenckim oraz pozarezydenckim.

Podmioty lecznicze prowadzą rekrutację nie tylko obywateli Polski. Pozyskują personel również z zagranicy, ostatnio przede wszystkim z Ukrainy i Białorusi. Jednak zatrudnienie obywatela państwa niebędącego członkiem UE jest procesem długotrwałym, bardzo mocno sformalizowanym i kosztownym. W przypadku personelu medycznego wymagane jest uzyskanie zgody na pracę na terenie Polski, uzyskanie nostryfikacji dyplomu, zdanie języka polskiego, odbywanie stażu lekarskiego w całości lub w części. Wszystkie z wymienionych czynności administracyjnych trwają kilka lub kilkanaście miesięcy i są kosztowne, a coraz większa liczba osób starających się o zatrudnienie na terenie Polski powoduje, że procesy te ulegają ciągłemu wydłużaniu.

Z drugiej zaś strony Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (ZK OZZL) negatywnie ocenia przyjętą w 2020 roku ustawę o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, która, zdaniem ZK OZZL, pozwoli na wykonywanie w Polsce zawodu lekarza osobom bez żadnej merytorycznej weryfikacji posiadanych kwalifikacji i bez praktycznych umiejętności (ZK OZZL, 2020). Dalej w oświadczeniu ZK OZZL (2020) wyraża obawy, że przyjęte rozwiązania wprowadzą w Polsce zasadniczą metodę zmniejszenia lub likwidacji niedoboru lekarzy (i innych kadr medycznych) poprzez ich „import” z innych krajów, nie należących do UE. Może to oznaczać brak zamiaru zlikwidowania zasadniczych przyczyn niedoboru lekarzy w Polsce czyli złych warunków pracy, płacy i szkolenia podyplomowego oraz zbyt niskich limitów liczby studentów medycyny (ZK OZZL, 2020).

W Polsce rynek usług medycznych należy do pracownika. To specjalistyczny personel medyczny decyduje, gdzie będzie pracować lub świadczyć usługi. A decyzje podejmowane są nie tylko w zależności od wysokości stawki, ale zależą również od innych warunków, jak np. warunki lokalowe, liczba oraz kwalifikacje zatrudnianego personelu medycznego, liczba

przyjmowanych w podmiocie leczniczym pacjentów, wyposażenie w sprzęt medyczny i aparaturę medyczną. Wiadomym jest natomiast, że w sytuacji niewystarczającej liczby pielęgniarek i położnych może dochodzić do sytuacji niepożądanych, jak: wydłużenie hospitalizacji, zwiększenie liczby powikłań np. zapalenia płuc, zakażenia odcewnikowe, odleżyny, zwiększenie liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenie liczby błędów medycznych, a w konsekwencji ponownych hospitalizacji, co z kolei ma wpływ na zwiększone koszty podmiotu leczniczego (MZ, 2020, s. 4).

Wysokość nakładów na ochronę zdrowia nie umożliwia ani pokrycia realnych kosztów świadczeń, ani zapotrzebowania, a czas przeznaczony dla pacjenta w przypadku większości lekarzy w Polsce jest w około połowie zajęty przez czynności biurowe, więc powszechna jest frustracja, spadek motywacji do wykonywania zawodu, poczucie zagrożenia wywołanego nagonką w mediach (Krajewski i Perendyk, 2014, s. 29). Także pielęgniarki mają coraz więcej obowiązków związanych z wypełnianiem dokumentów i systemów informatycznych. Czynności związane z rozliczaniem pobytu pacjenta, niezbędne dla NFZ, oraz obowiązki określone w standardach związanych z systemami jakości, powodują, że każda niemal czynność musi zostać obecnie udokumentowana.

Prowadzone na różnych szczeblach i w odniesieniu do skali międzynarodowej badania oraz wynikające z nich prognozowania kreują scenariusze, z których może wynikać, iż wzrost zapotrzebowania i dostępności w związku z zatrudnieniem pracowników służby zdrowia będzie najwolniejszy w krajach o najniższych dochodach - podkreśla się nawet, iż może dochodzić do paradoksalnej sytuacji, kiedy to pojawią się deficyty kadr medycznych, a jednocześnie wielu potencjalnych pracowników będzie bezrobotnymi, ze względu na różne ograniczenia krajowe w obszarze zatrudnienia (Liu, Goryakin, Maeda, Bruckner i Schefflers, 2016, s. 10).

### **3. Przyczyny deficytu kadr medycznych i zagrożenia z nim związane**

Niedobór pracowników może wystąpić w wymiarze jakościowym lub ilościowym, albo jednym i drugim. Powstanie niedoboru pracowników spowodować mogą czynniki ekonomiczne i/lub organizacyjne. Do czynników ekonomicznych należy dobra koniunktura w gospodarce na skutek zaistnienia większego zapotrzebowania na określone produkty, do czego niezbędni są odpowiednio wykwalifikowani pracownicy, których w danym okresie lub

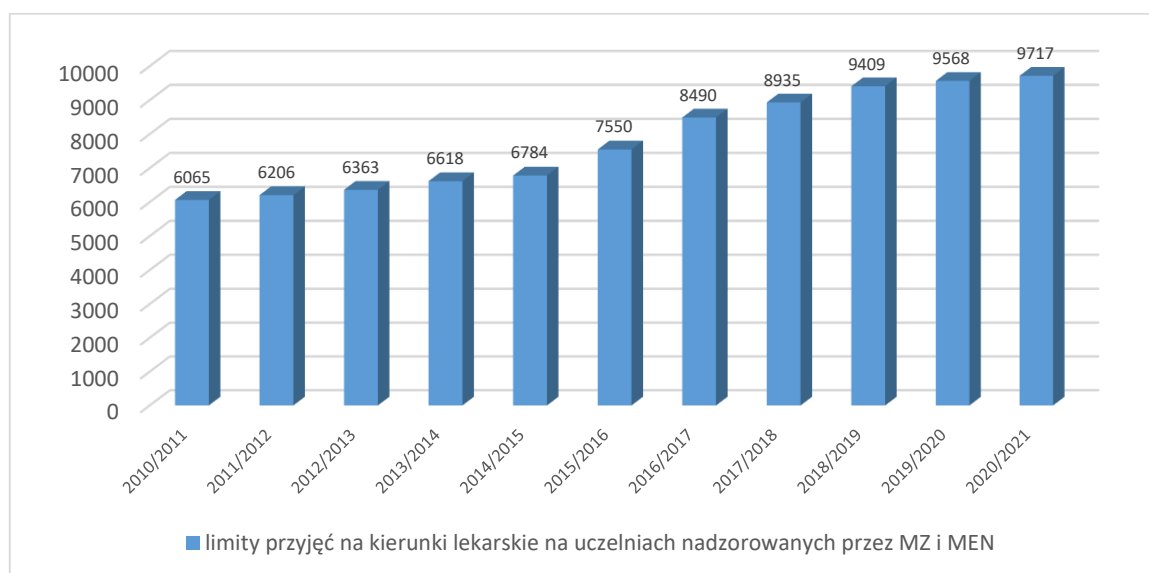
na danym terenie nie szkoli się, co można zaobserwować obecnie w podmiotach leczniczych (Marek, 2008, s. 51). Czynniki organizacyjne natomiast to przede wszystkim zarządzanie zatrudnionym personelem oraz czasem pracy personelu. Niestety, coraz częściej specjalistyczna kadra medyczna traktowana jest nie jako znaczące zasoby podmiotów leczniczych, tylko jako realizator świadczeń zdrowotnych i medycznych zakontraktowanych przez podmioty lecznicze w NFZ. Istotne są również warunki pracy w podmiotach leczniczych, do których w przypadku zatrudnienia grup zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych należą: liczba zaopatrywanych pacjentów, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, dostęp i możliwość szkolenia oraz podnoszenia kwalifikacji, liczba zatrudnianego personelu specjalistycznego oraz pomocniczego, głównie przy pielęgnacji pacjentów i czynnościach administracyjnych. Deficyt specjalistycznych kadr medycznych nie jest problemem tylko Polski, co nie sprzyja jego rozwiązaniu w naszym kraju:

„Deficyt kadr medycznych to problem uniwersalny, występujący w większości krajów na świecie. Wiele prac poświęcono wskazaniu przyczyn i formułowaniu rekomendacji adresowanych zarówno do władz krajowych, jak i organizacji międzynarodowych, m.in w 2008 roku raport pt. *Green Paper on the European Workforce for Health*, prognozujący skalę przyszłego deficytu kadr, a w latach 2012-2014 realizowano specjalny projekt badawczy (NEUJOBS) poświęcony szacowaniu potrzeb w zakresie kształcenia i zatrudniania lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Deficyt kadr medycznych w państwach UE szacowano na poziomie 1 mln zatrudnionych (UE-27), a prognozowana skala deficytu była najwyższa w nowych krajach członkowskich UE”. (Bociąga-Jasik i in., 2021, s. 2)

Jeden z problemów stanowi liczba miejsc na studiach medycznych. Limity przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym określane są corocznie przez Ministra Zdrowia. Zwiększanie limitów wiąże się również z problemem dotyczącym zatrudniania przez uczelnie odpowiedniej kadry dydaktycznej, a także infrastruktury niezbędnej do prowadzenia kształcenia wraz z bazą szpitalną.

Z danych statystycznych wynika, że liczba miejsc jest corocznie zwiększana (wykres nr 9). Jak można zauważyć, liczba miejsc w roku 2020 w stosunku do roku 2010 uległa zwiększeniu o 3 652, w związku z powyższym pierwsze roczniki ze zwiększonych naborów (naborów od roku

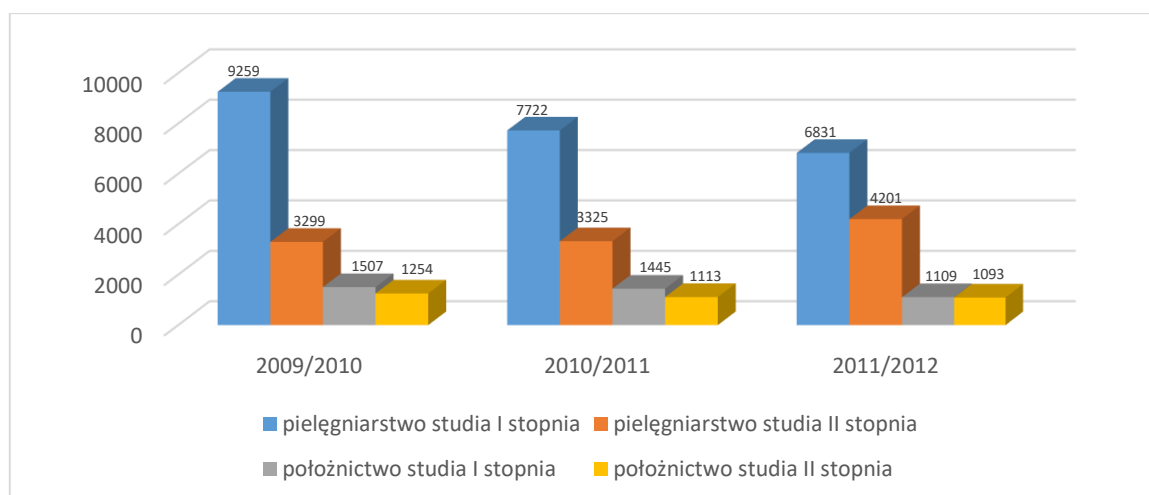
akademickiego 2015/2016) powinny kończyć studia w 2022 roku, a w 2023 roku - staż podyplomowy i wtedy też nastąpi znaczny wzrost liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne (MZ, 2021, s. 11). Przynajmniej takie są założenia. Zakłada się również, że liczba młodych lekarzy będzie na tyle wysoka, że zastąpią oni z czasem obecnych specjalistów z długoletnim stażem.



**Wykres 9. Limity przyjęć na kierunki lekarskie na uczelniach nadzorowanych przez MZ i MEN**

Źródło: (MZ, 2021, s. 11)

Odmienne zjawisko zauważa się w przypadku kierunków takich jako pielęgniarstwo i położnictwo. Od roku akademickiego 2012/2013 Minister Zdrowia nie określa limitów przyjęć na tych kierunkach, gdyż zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym uczelnie mają prawo do określania liczby przyjmowanych osób (MZ, 2021, s. 12). Jak widać na wykresie 10, liczba przyjęć na studia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w latach szkolnych 2019/2010 do 2011/2012 z roku na rok malała.



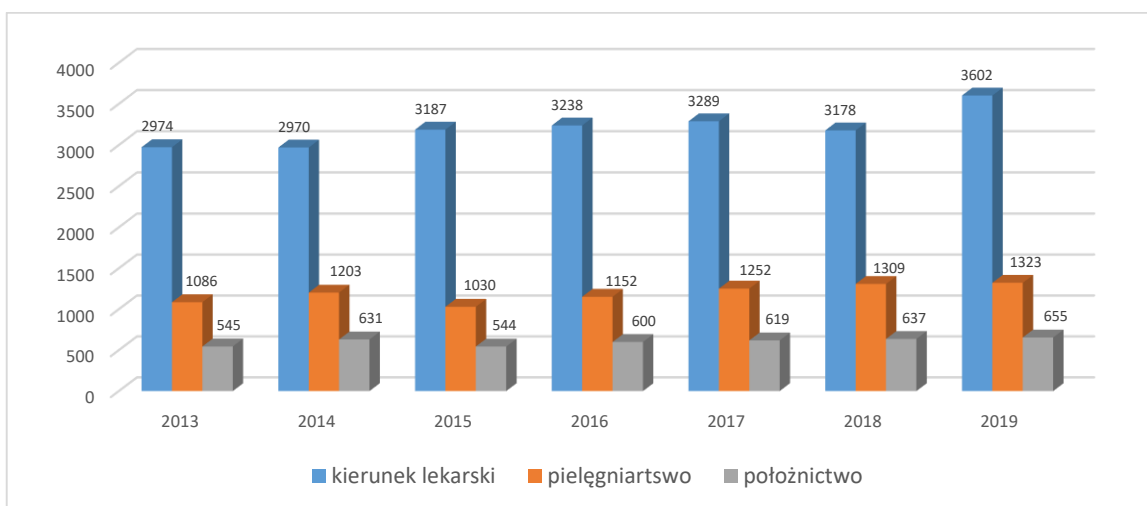
**Wykres 10. Limity przyjęć na studia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo**

Źródło: (MZ, 2021, s. 12)

Biorąc pod uwagę sytuację stopniowego zmniejszania się liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia Minister Zdrowia przygotował określone dokumenty, o których warto w tej części pracy wzmiankować (MZ, 2021, s. 12-13):

1. W 2018 roku – „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, która obejmuje między innymi: kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek i położnych, ich rolę oraz kompetencje w systemie ochrony zdrowia, normy zatrudnienia – określenie liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń (tzw. rozporządzenia „koszykowe”).
2. W 2019 roku uchwałą nr 124/2019 Rady Ministrów przyjęta została „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, której głównym celem jest wypracowanie rozwiązań zapewniających wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostępność do opieki pielęgniarskiej i położniczej dla pacjentów i społeczeństwa przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne.

W przypadku danych dotyczących liczby absolwentów kierunków medycznych: lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo od roku 2013 widać tendencję wzrostową. Poniżej przedstawiono liczbę absolwentów wybranych kierunków kształcenia na uczelniach medycznych w podziale na obywateli polskich oraz obcokrajowców.

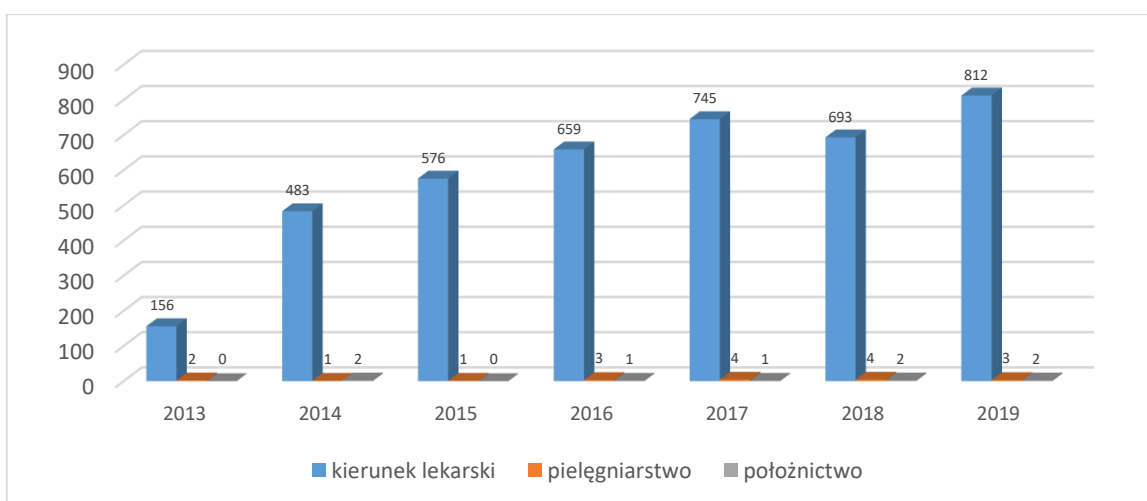


Uwaga: w roku 2019 uwzględniono absolwentów CMUJ w Krakowie, CMUMK w Toruniu i CMUWM w Olsztynie

**Wykres 11. Absolwenci wybranych kierunków kształcenia na uczelniach medycznych – obywatele polscy**

Źródło: (MZ, 2021, s. 2)

Jak można zauważyć na wykresie 11, w Polsce wzrasta również liczba lekarzy obcokrajowców studiujących na kierunkach lekarskich. Natomiast liczba studiujących obcokrajowców na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo jest niewielka więc trudno ją poddawać analizie.



Uwaga: w roku 2019 uwzględniono absolwentów CMUJ w Krakowie, CMUMK w Toruniu i CMUWM w Olsztynie

**Wykres 12. Absolwenci wybranych kierunków kształcenia na uczelniach medycznych – obcokrajowcy**

Źródło: (MZ, 2021, s. 3)

Kolejnym powodem braku lekarzy specjalistów na rynku usług medycznych może być brak lub ograniczona możliwość kontynuacji kształcenia. Obecnie specjalizacje lekarskie odbywa się tzw. nowym trybem – jednostopniowo, tj. po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz zdaniu egzaminu specjalizacyjnego przyznawany jest lekarzom od razu drugi stopień specjalizacji. Wcześniej specjalizacje odbywane były dwustopniowo (tzw. „starym” trybem). Każdy stopień specjalizacji lekarskich przyznawany był po określonym ustawowo czasie odbywania szkolenia. Lekarze więc najpierw zdawali egzamin na pierwszy stopień specjalizacji i dopiero wtedy mogli odbywać drugi stopień. Niektóre ze specjalizacji można było odbywać jako tzw. podspecjalizacje po uzyskaniu specjalizacji głównej, tj. np. specjalizacje w dziedzinie kardiologii, nefrologii, onkologii można było odbywać dopiero po uzyskaniu specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Do obecnej chwili funkcjonują na rynku usług medycznych lekarze posiadający jedynie pierwszy stopień specjalizacji. W związku z tym faktem Naczelna Rada Lekarska (NRL) zwróciła się z apelem do NFZ o wprowadzenie na dziesięcioletni okres przejściowy zmian warunków kontraktowych świadczeń zdrowotnych, które umożliwić będą wykonywanie świadczeń specjalistycznych lekarzom i lekarzom denty stom posiadającym pierwszy stopień specjalizacji (NIL, 2013, s. 1). Podkreślano także, iż kryteria oceny ofert przyjęte w postępowaniach konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, sprzyjają eliminowaniu lekarzy z tzw. „jedyneką” (pierwszy stopień specjalizacji lekarskiej w specjalizacji odbywanej tzw. „starym” trybem), co pozbawia ich możliwości wykorzystania zdobytych umiejętności zawodowych, a w konsekwencji może prowadzić do utraty pracy (NIL, 2013, s. 1). Jednak lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji pracując wiele lat, ratują ludzkie zdrowie i życie. W tej sprawie również na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy przyjęto m.in. uchwałę mającą formułę apelu do ministra zdrowia i NFZ, w której stwierdzono, iż utrzymanie przez NFZ takiego sposobu oceny konkursów pogłębia istniejący deficyt lekarzy specjalistów w Polsce i prowadzi do znacznego ograniczenia dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (Krysiak, 2014, s. 14). Zaniechanie podjęcia zmian prawa w tym zakresie uderza po pierwsze w pacjentów, wydłużając kolejki do specjalistów, a w mniejszych ośrodkach może nawet wyłączyć możliwość uzyskania porady specjalistycznej (Krysiak, 2014, s. 14).

Problem stanowi także sam proces odbywania przez lekarzy specjalizacji. Dbłość o zaspokajanie potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach medycyny należy do zadań



stawianych zarówno przed konsultantami krajowymi powoływanymi przez ministra zdrowia, jak i przed konsultantami wojewódzkimi powoływanymi przez właściwych wojewodów, gdyż to konsultant wojewódzki prowadzi politykę kadrową w zakresie danej specjalności na terenie województwa, natomiast do zabezpieczenia potrzeb kadrowych w skali kraju zobowiązany jest konsultant krajowy w reprezentowanej przez siebie dziedzinie medycyny (Włodarczyk, 2011, s. 3). Liczba miejsc szkoleniowych i jednostek posiadających miejsca akredytacyjne do szkolenia lekarzy z roku na rok rośnie. Problem polega jednak na ograniczonej liczbie miejsc w poszczególnych podmiotach leczniczych. Skutkuje to często koniecznością rozpoczęcia przez lekarza specjalizacji w mieście odległym od miejsca zamieszkania. Po rozpoczęciu specjalizacja może być przeniesiona do innego ośrodka po roku jej odbywania. Niektórzy lekarze decydują się na rozpoczęcie jakiegokolwiek specjalizacji, aby nie tracić roku, po czym po roku jej odbywania zmieniają dziedzinę specjalizacji. Od kilku lat ten sposób postępowania lekarzy jest utrudniony, gdyż aby zmienić dziedzinę odbywanej specjalizacji, należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że dotychczasowej specjalizacji lekarz odbywać nie może.

Sposób odbywania specjalizacji ma wiele trybów, więc lekarze mogą wybrać dla siebie najdogodniejszą formę (pod warunkiem znalezienia miejsca akredytacyjnego). Tryby odbywania specjalizacji to: rezydentura, umowa o pracę, umowa cywilnoprawna. W trybie rezydenckim lekarze mogą odbywać tylko pierwszą swoją specjalizację.

Pałącym problemem jest utrzymanie lekarzy specjalistów. Bywają sytuacje, gdy personel medyczny decyduje się na dodatkowe zatrudnienie w szpitalach odległych od miejsca zamieszkania za niższą stawkę od tej, jaka oferowana jest w szpitalu będącym głównym źródłem pracy z uwagi na mniejsze obciążenie pracą w tych szpitalach. Jednym z rozwiązań mających na celu zatrzymanie specjalistycznej kadry medycznej w podmiotach leczniczych stosowanym w ostatnich latach jest wręczanie do podpisu umów tzw. lojalnościowych – o zakazie konkurencji. Umowy wręczane są nie tylko lekarzom, ale i pielęgniarkom. Kierownicy podmiotów leczniczych uzasadniają ten fakt uczestnictwem w – jak to określają – brutalnej walce o kontrakty z funduszem, więc aby uniknąć sytuacji, że cały zespół odchodzi do konkurencji tuż przed rozpoczęciem kontraktowania, postanawiają zatrzymać specjalistów (Lisowska, 2012, s. 2).

Odmowa podpisania przez lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym umowy lojalnościowej w czasie trwania stosunku pracy może stanowić uzasadnioną przyczynę wypowiedzenia umowy o pracę, gdyż świadczenie usług w konkurencyjnym podmiocie leczniczym może stanowić ewidentne działanie na niekorzyść pracodawcy. Świadczenie pracy przez lekarza na rzecz innych podmiotów powoduje zmniejszony przychód lub nawet niższą wartość kontraktu zawartego przez podmiot leczniczy z NFZ. W sytuacji jednak, gdy wszyscy specjaliści w danej dziedzinie nie podpiszą umowy o zakazie konkurencji i odepdą z podmiotu leczniczego, następuje rozwiązanie umowy z NFZ na skutek niespełniania wymagań funduszu w zakresie posiadanego potencjału specjalistycznej kadry medycznej przez podmiot leczniczy. Jak podkreśla Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL), pracodawca musi rozważyć co jest dla niego bardziej opłacalne: brak danego pracownika i brak jakiegokolwiek korzyści z jego pracy, czy pozostawienie pracownika mimo potencjalnych strat, które mogłyby wynikać z braku umowy o zakazie konkurencji, przy czym pracodawca nie miał prawa żądać od pracownika informacji o miejscach, w których dodatkowo wykonuje świadczenia zdrowotne (OZZL, 2012, s. 2-3).

Faktem powszechnie znanym jest to, że pozyskanie nowych lekarzy specjalistów jest zadaniem trudnym do wykonania. Skutkiem tego może być nawet zamknięcie oddziału czy poradni w podmiocie leczniczym. Trudności z pozyskaniem specjalistycznej kadry medycznej nie są uzależnione jedynie od wysokości stawek wynagrodzenia, ale również od usytuowania podmiotu leczniczego, liczby zaopatrywanych pacjentów, możliwości wykonywania procedur specjalistycznych, sprzętu medycznego, jakim dysponuje podmiot leczniczy, potencjału w zakresie zatrudnienia personelu pomocniczego. Lekarze, bez względu na formę zatrudnienia, nie chcą podpisywać umów lojalnościowych. Nie chcą też deklorować pracy w jednym tylko podmiocie, ponieważ w sytuacji deficytu lekarzy specjalistów na rynku usług medycznych świadczenie przez nich pracy w jednym tylko podmiocie leczniczym ograniczyłoby znacząco dostęp pacjentom do specjalistycznych usług zdrowotnych.

MZ już wiele lat wcześniej zastanawiało się nad możliwością zakazu łączenia pracy przez lekarzy w szpitalach publicznych i np. w prywatnych gabinetach, czemu zdecydowanie przeciwnie jest środowisko lekarskie, gdyż dzięki dodatkowej pracy w prywatnych placówkach lub we własnych gabinetach, lekarze mają możliwość zwiększenia swoich zarobków (Sikora, 2008, s. 1). Należałoby jednak rozważyć, czy rozwiązanie brane pod uwagę przez MZ byłoby

zgodne z konstytucyjną zasadą swobody zatrudnienia, poza tym lekarz wykonuje wolny zawód i nie pracuje tylko na rzecz konkretnego pracodawcy, ale przede wszystkim leczy pacjentów, więc zakaz w jeszcze większym stopniu ograniczyłby dostęp do usług zdrowotnych (Sikora, 2008, s. 1). W takiej sytuacji pojawia się także problem pacjentów oczekujących bardzo długo na interwencję lekarską. Obecnie pacjenci zmuszeni są oczekiwać na wizytę u specjalisty lub na wykonanie badania specjalistycznego, refundowanych przez NFZ, w długich kolejkach wiele miesięcy, a nawet lat. Pierwszeństwo mają oczywiście pacjenci ze skierowaniami oznaczonymi przez lekarza kierującego jako „pilne”.

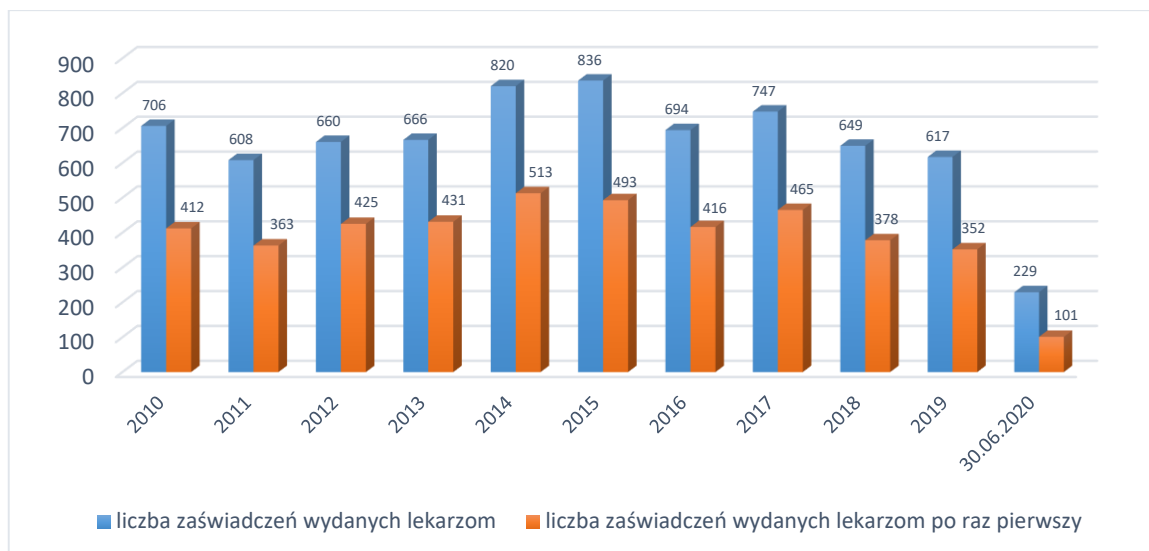
Informacje o mobilności personelu medycznego są ważne dla każdego systemu ochrony zdrowia – pomagają lepiej szacować i planować zapotrzebowanie na kadry, zapobiegać utracie specjalistów, podejmować adekwatne decyzje kadrowe, jednak większość krajów nie posiada dokładnych danych w zakresie ruchów kadr medycznych – trudno więc prognozować, można tylko śledzić tendencje i reagować doraźnie poprzez np. zawieranie dwustronnych umów, wymianę kadr czy wsparcie edukacyjne (Domagała, 2014, s. 41). Mobilność przestrzenna oraz społeczno-zawodowa mogą iść w parze, przenikając się nawet, ukazując pełnię możliwości w zakresie mobilności na rynku pracy, odsłaniając jednocześnie strukturę możliwości związaną ze zniesieniem ograniczeń instytucjonalnych (Grabowska-Lusińska, 2012, s.57).

Jak stwierdza P. Kaczmarczyk (2005, s. 36), wydaje się, że u źródeł ekonomicznej teorii migracji leży przekonanie, które jako jeden z pierwszych sformułował J. Hicks, opierając się w pewnym stopniu na wnioskach wynikających z pism A. Smitha. To przekonanie, że „różnicowanie korzyści ekonomicznych netto, głównie zaś różnicowanie płac, to główna przyczyna migracji” dało podstawy jednej z najbardziej wpływowych szkół w badaniach migracji (Kaczmarczyk, 2005, s. 36). Niewątpliwie dzięki zatrudnieniu personelu medycznego deficytowych grup zawodowych w więcej niż jednym podmiocie leczniczym pacjenci mają dostęp do specjalistów i mają zapewnioną opiekę. Z drugiej zaś strony personel medyczny jest tak obciążony pracą i odpowiedzialnością, że skutkiem tego dochodzić może do błędów medycznych. W Polsce nie prowadzi się badań dotyczących nadmiernego obciążenia personelu medycznego. Nie prowadzi się również statystyki w zakresie błędów lekarskich spraw z nimi związanych.

Problem migracji oraz czasu pracy dotyczy nie tylko lekarzy. Nie ma podstaw prawnych, aby pielęgniarki, położne czy inny personel posiadający wykształcenie medyczne, nie mogli

pracować lub świadczyć usług w kilku podmiotach leczniczych. Niejednokrotnie więc pielęgniarki i położne z 12-godzinnego dyżuru w jednym szpitalu jadą do drugiego, oddalonego nawet o ponad 100 km. Jest to fakt powszechnie znany i ma odgórne przyzwolenie, gdyż żadna z instytucji kontrolujących dotychczas nie podważyła zatrudnienia jednej pielęgniarki czy położnej w więcej niż jednym podmiocie leczniczym. Informacje na temat zatrudnienia wykazywane są w Portalu Potencjału NFZ przez każdy podmiot, z którym NFZ zawiera umowę na udzielanie świadczeń. Z jednej więc strony, pielęgniarka nie może pracować dłużej niż 12 godzin w jednym miejscu zatrudnienia, ponieważ zostanie to zakwestionowane przez np. Państwową Inspekcję Pracy, ale może po tym dyżurze udać się do innej jednostki i świadczyć tam usługi przez kolejnych 12 godzin, co jest generalnie dozwolone, gdyż nie jest sprzeczne z prawem powszechnie obowiązującym.

Migracja polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych w celu podjęcia pracy dotyczy także innych krajów. Są to przede wszystkim Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy i kraje skandynawskie. Poniższy wykres przedstawia dane w zakresie liczby zaświadczeń wydawanych przez OIL polskim lekarzom na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej w poszczególnych latach od 2010 roku do 30 czerwca 2020 r. Jak zaznaczono w odpowiedzi na interpelację, „liczba wydanych zaświadczeń nie jest tożsama z liczbą osób, które faktycznie wyjechały za granicę i podjęły pracę w zawodzie lekarza, z uwagi na fakt, że część osób po pobraniu zaświadczenia zmienia plany życiowe i podejmuje pracę w innym zawodzie za granicą lub pozostaje w Polsce” (MZ, 2021, s. 5). O tych okolicznościach mówią dane przedstawione na wykresie 13.



**Wykres 13. Zestawienie wydanych lekarzom zaświadczeń w poszczególnych latach od 2010 roku do 2019 roku oraz w okresie od 01-06.2020 roku**

Źródło: (MZ, 2021, s. 5)

Fakt wydawania zaświadczeń jest monitorowany – prowadzony jest rejestr zaświadczeń. Istotnym jest, że „liczba wydanych zaświadczeń nie jest tożsama z liczbą osób, które faktycznie wyjechały za granicę i podjęły pracę w zawodzie lekarza, z uwagi na fakt, że część osób po pobraniu zaświadczenia zmienia plany życiowe i podejmuje pracę w innym zawodzie za granicą lub pozostaje w Polsce” (MZ, 2021, s. 5; NIPiP, 2017, s. 21).

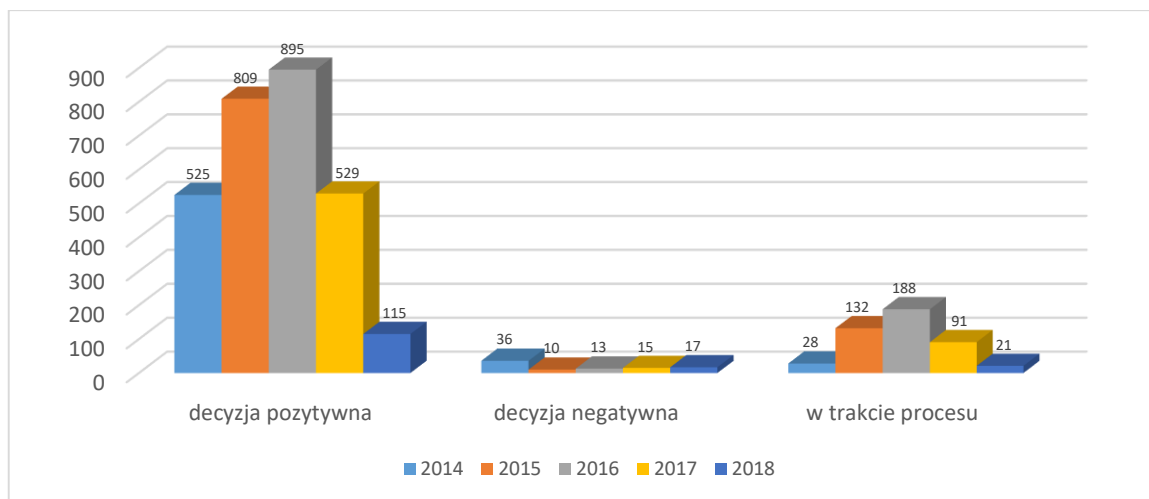
Pielęgniarka i położna, która zamierza wyjechać za granicę np. do krajów członkowskich UE w celu wykonywania zawodu składa wniosek do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, której jest członkiem, o wydanie zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki lub innych zaświadczeń wymaganych przez państwo przyjmujące UE (NIPiP, 2017, s. 37). Liczba zaświadczeń wydanych od 2016 roku uległa znacznemu zmniejszeniu w stosunku do liczby zaświadczeń wydanych w latach 2012–2015, co pokazuje kolejne zestawienie graficzne (tab. 31).

**Tabela 31. Liczba pielęgniarek i położnych, którym wydano zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01.05.2004 r do 31.12.2019 r.**

rok	Mgr pielęgniarstwa	Mgr położnictwa	Licencjat pielęgniarstwa	Licencjat położnictwa	Absolwenci medycznych - szkół zawodowych - pielęgniarki	Absolwenci medycznych - szkół zawodowych - położne	Absolwenci liceów medycznych	suma
2019	85	13	190	21	27	8	69	413
2018	118	16	215	16	42	7	74	488
2017	134	23	273	35	46	12	97	620
2016	207	15	462	32	67	24	87	987
2015	321	35	721	43	121	23	263	1 527
2014	283	31	548	45	127	35	255	1 324
2013	307	34	532	36	114	28	202	1 253
2012	204	32	431	39	163	37	248	1 154
2011	165	20	315	32	163	45	199	939
2010	122	7	281	25	144	46	181	806
2009	148	12	253	33	311	74	367	1 198
2008	123	8	434	58	290	95	441	1 449
2004-2007	555	24	665	57	3 040	670	4 305	9 316
razem:	2 772	270	5 320	472	4 655	1 104	6 881	21 474

Źródło: (NIPiP, 2017, s. 37; MZ, 2020b, s. 23)

Polskie pielęgniarki, w celu podjęcia pracy poza granicami Polski, ubiegały się o uznanie kwalifikacji (*General care nurse*) w innych krajach europejskich. Z danych MZ wynika, że w poszczególnych państwach europejskich w 2017 roku kwalifikacje zawodowe uznano 529 polskim pielęgniarkom, natomiast w 2018 roku 115 osobom (tj. spadek o 78,26%). Decyzji negatywnych w zakresie uznania kwalifikacji zawodowych dla polskich pielęgniarek w 2017 roku wydano 15, a w 2018 roku 17. Liczba wniosków w trakcie procesu decyzyjnego złożonych przez pielęgniarki w 2017 roku wynosiła 91, natomiast w 2018 roku 21 (czyli spadek o 76,92%) (MZ, 2020b, s. 27). Dane w tym zakresie przedstawia wykres 14.

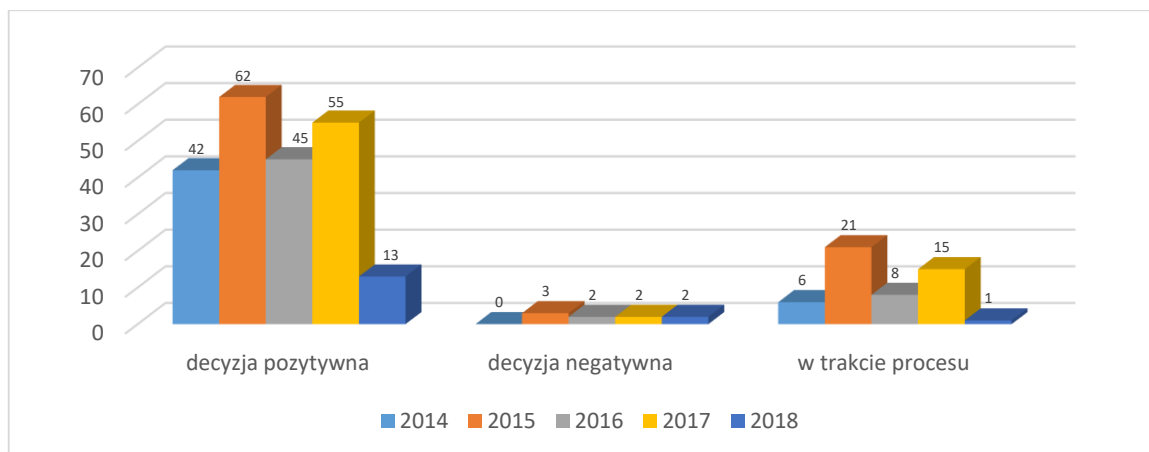


**Wykres 14. Liczba pielęgniarek będących obywatelami Polski, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w innych krajach europejskich (narastająco)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (MZ, 2020b, s. 27)

łącznie na koniec 2018 roku było 1 437 nierozpatrzonej wniosków, zaś na koniec 2017 – 1 416 wniosków (tj. wzrost o 1,48%), w tym najwięcej w Niemczech (849), Wielkiej Brytanii (202), Szwajcarii (146) (MZ, 2020b, s. 27).

Jeśli chodzi o położne będące obywatelami Polski, które ubiegały się o uznanie kwalifikacji zawodowych w innych krajach europejskich (*Midwife*) w latach 2010-2018, dane przedstawia wykres 15. Z danych MZ wynika, że kwalifikacje zawodowe polskich położnych w poszczególnych europejskich państwach w 2017 roku uznano 55 osobom, natomiast w 2018 roku - 13 (tj. spadek o 76,36%). Decyzji negatywnych odmawiających polskim położnym uznania kwalifikacji zawodowych w poszczególnych państwach europejskich w roku 2017 oraz 2018 było po 5, zaś wniosków w trakcie procesu decyzyjnego w 2017 roku było 8, a w 2018 roku – 1 wniosek (tj. spadek o 80%) (MZ, 2020b, s. 32). Na podstawie poniższego zestawienia (wykres 15) można przekonać się o tych prawidłowościach.



**Wykres 15. Liczba położnych będących obywatelami Polski, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w innych krajach europejskich (narastająco)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (MZ, 2020b, s. 32)

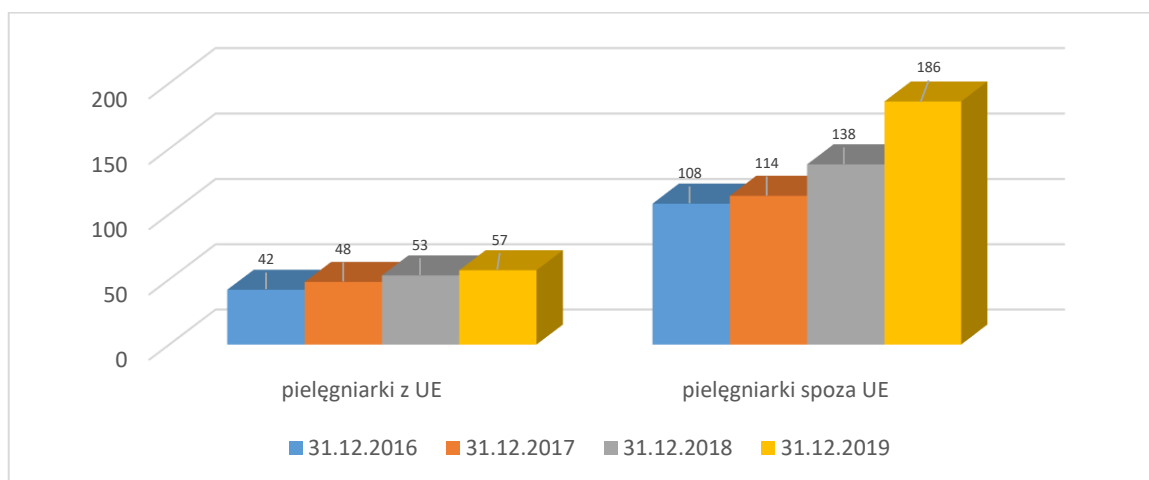
łącznie, na koniec 2018 roku, kwalifikacje w krajach europejskich uznano 529 położnym, będącym obywatelami Polski, w tym najwięcej w: Wielkiej Brytanii (187 położnym), Niemczech (107 położnym), Norwegii (64 położnym) (MZ, 2020b, s. 32).

Po przyjęciu Polski do UE problemem były nasilające się wyjazdy polskich lekarzy oraz pielęgniarek. Migracja, choć widoczna, nie jest tak duża, by mogła poważnie zagrozić systemowi. Bardziej niepokojące jest to, że Polska traci specjalistów na rzecz innych krajów (Domagała, 2014, s. 41). K. Lurka (2018) napisał, że w ostatnich 20-25 latach polska medycyna przeżyła „sporo zawirowań”, co zostało spowodowane m.in. faktem wyjazdu lekarzy z Polski (szacuje się, że w tym okresie z naszego kraju wyjechało ok. 25-30 tys. lekarzy). Dalej podaje, że wykształcenie lekarza, w zależności od specjalizacji, kosztuje od 0,5 mln zł do 1 mln zł więc orientacyjnie koszt wykształcenia lekarzy - tych, którzy wyjechali, wyniósł nasz kraj 20-30 mld zł (Lurka, 2018).

Pielęgniarki i położne podejmują pracę zagranicą nie tylko w szpitalach, ale również jako opiekunki osób starszych. Wykonują więc pracę znacznie poniżej posiadanych przez nie kwalifikacji. Pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiotach leczniczych w Polsce na stanowiskach pielęgniarki i położnej na podstawie umowy o pracę mają dużo więcej pracy i odpowiedzialności. Deklarowane przyczyny migracji, to przede wszystkim niskie zarobki, trudne warunki pracy, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego w kraju, a zagranicą nadzieja na wyższe wynagrodzenie oraz większy prestiż zawodowy (Domagała, 2014, s. 41).



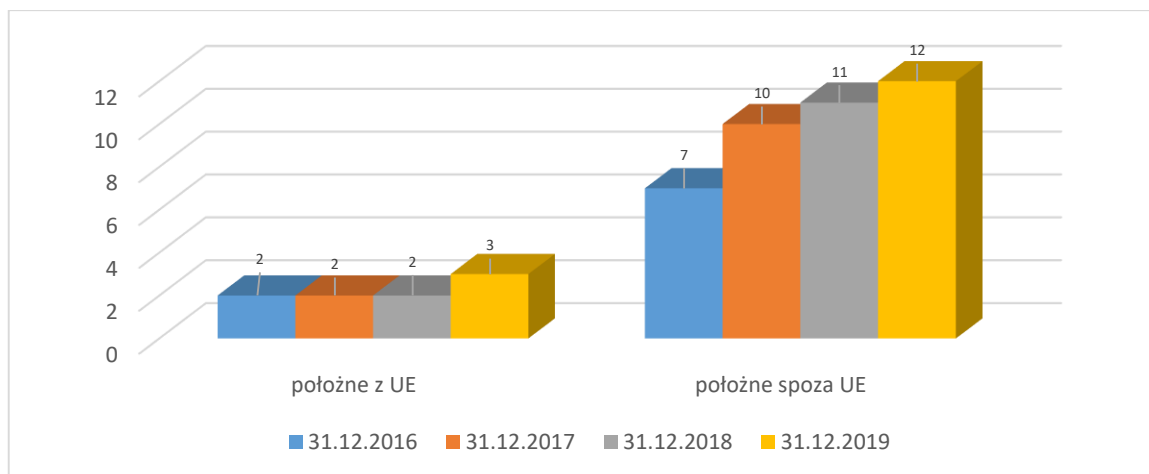
Z drugiej jednak strony zdarzają się sytuacje, gdy o wydanie prawa wykonywania zawodu w Polsce występują pielęgniarki niebędące obywatelkami Polski. W 2019 roku prawo wykonywania zawodu wydano 243 pielęgniarkom, w tym 57 z krajów członkowskich UE (m.in.: 29 z Litwy, 6 ze Słowacji, 5 z Niemiec, 5 z Austrii) oraz 186 spoza UE (w tym m.in.: 149 z Ukrainy, 17 z Białorusi, 8 z Rosji) podczas, gdy w 2016 roku analogicznie 150 pielęgniarkom, w tym 42 z krajów członkowskich UE oraz 108 spoza UE, co dokumentuje wykres 16.



**Wykres 16. Liczba pielęgniarek nieposiadających obywatelstwa polskiego, którym stwierdzono i przyznano w Polsce prawo wykonywania zawodu w latach 2016-2019**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (MZ, 2020b, s. 22)

Natomiast w przypadku położnych niebędących obywatelkami Polski sytuacja kształtowała się następująco: w 2019 roku prawo wykonywania zawodu wydano 15, w tym 3 z krajów członkowskich UE oraz 12 z państw niebędących członkami UE (w tym m.in.: 8 z Ukrainy), gdy w 2016 roku: ogółem 9 położnym, w tym 2 z krajów członkowskich UE (z Niemiec) i 7 z państw niebędących członkami UE – o czym zaświadcza wykres 17.



**Wykres 17. Liczba położnych nieposiadających obywatelstwa polskiego, którym stwierdzono i przyznano prawo wykonywania zawodu**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (MZ, 2020b, s. 23)

Poza powyższym, nadal palącym problemem, pomimo systematycznie przyznawanych podwyżek wynagrodzenia, jest właśnie wynagrodzenie, a dokładnie jego wielkość. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki i położne uważają, że ich wynagrodzenia są niskie, niewystarczające i niewspółmierne do zakresu obowiązków i warunków pracy. Przedstawiciele tych grup zawodowych odczuwają skutki deficytu i uważają, że powinni zarabiać więcej. Pomimo upływu lat wciąż można usłyszeć, że organizacje nierzadko „zjadają” i wyzyskują swoich pracowników, biorąc to czego potrzebują, a wyrzucając resztę - wielu menedżerów oraz pracowników na różnych szczeblach organizacji stwierdza, że ich życie osobiste i zdrowie stanowią ofiarę składaną na ołtarzach wzniesionych przez organizacje (Morgan, 1997, s. 326).

W podmiotach leczniczych zatrudnienie odpowiedniej liczby specjalistycznej kadry medycznej stanowi warunek podpisania, a następnie wykonania kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych. A ponieważ podmioty lecznicze mają na celu podpisanie jak najbardziej intratnych kontraktów, dzięki którym wykorzystają posiadaną infrastrukturę, w tym nowoczesny sprzęt medyczny, zaczynają konkurować ze sobą. Konkurencja, to rywalizacja między poszczególnymi osobami lub grupami zainteresowanymi w osiągnięciu tych samych celów, zaś w odniesieniu do jednostek gospodarczych, oznacza współubieganie się o rynki zbytu, zakup surowców, materiałów, pozyskanie siły roboczej, więc powyższe rozumienie konkurowania nadaje pojęciu szeroki sens, właściwy zachowaniom podmiotów gospodarczych na rynku (Urbanowska-Sojkin, Banaszyk i Witczak, 2007, s. 114).

Podmioty lecznicze rywalizują więc w procesach kontraktowania usług w NFZ. Rywalizują również przy pozyskiwaniu specjalistycznych kadr medycznych, zwłaszcza specjalistycznych i deficytowych. I tu pojawia się kolejny problem – obowiązek przeprowadzania postępowań konkursowych w przypadku zatrudniania personelu medycznego przez podmiot leczniczy. Mimo, iż powszechnie wiadomo o deficycie specjalistycznych kadr medycznych, postępowania konkursowe muszą być przeprowadzane. Również wtedy, gdy personel pozyskiwany jest „na bieżąco” np. w przypadku, gdy brakuje obsady na dyżurze medycznym. Postępowania konkursowe i związane z nimi obowiązki w zakresie tworzenia dokumentacji zniechęcają również personel medyczny mający wziąć udział w postępowaniu. Jest to kolejne wyzwanie dla ustawodawcy.

Decyzje związane z zapotrzebowaniem na określoną liczbę pracowników uzależnione są od potrzeb oraz prognoz podaży polegających na szacowaniu potrzebnej w przyszłości liczby pracowników, umiejętności i kompetencji jakie będą im potrzebne (Armstrong, 2007, s. 82). W przypadku podmiotów leczniczych szacowanie liczby personelu medycznego jest niezwykle istotne i dokonywane jest stosownie do kontraktów zawartych oraz kontraktów, które podmiot leczniczy zamierza zawrzeć w najbliższej przyszłości z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Na ich podstawie szacuje się liczbę niezbędnego personelu medycznego specjalistycznego w poszczególnych grupach zawodowych przy uwzględnieniu wymaganych kwalifikacji. Pozostały personel traktowany jest jako personel pomocniczy i tutaj zatrudnienie zależy od ilości zatrudnionego personelu medycznego oraz związanych z tym zadań i obowiązków wykonywanych przez podmiot leczniczy. Najczęściej oznacza to nic innego, jak przyjęcie koncepcji minimum zatrudnianych pracowników, która to zaadaptowana przez pracodawcę może, co nigdy nie powinno się zdarzyć, wpłynąć na jakość oferowanych świadczeń, jednak owe oszczędności związane są z faktem, iż obsada i działalność personalna jest źródłem nakładów wających w strukturze kosztów (Kapała, 2001, s. 4).

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i położnych niedostosowanie zatrudnienia do obowiązujących minimalnych norm zatrudnienia, określonych w rozporządzeniu MZ zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Rozporządzenie z dnia 11 października 2018), skutkować może zmniejszeniem liczby łóżek szpitalnych w oddziałach. Brak pielęgniarek i położnych stanowi również problem, z którym borykają się na co dzień kierujący oddziałami szpitalnymi. Pacjenci natomiast są coraz

bardziej świadomi swoich praw, wymagają od systemu opieki zdrowotnej profesjonalnej pomocy, opieki oraz leczenia, zaś od pielęgniarek nie tylko zawodowej, kompleksowej i na bieżąco aktualizowanej wiedzy, odpowiedniej postawy moralnej, ale także ogromnego zaangażowania (Łodzińska, 2018, s. 79). Niewystarczająca więc liczba pielęgniarek i położnych powoduje, że są one obciążane coraz większą liczbą obowiązków, muszą zajmować się coraz większą liczbą pacjentów. Zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem pięknym, lecz bardzo niewdzięcznym. To przedstawiciele tej właśnie grupy odczuwają najbardziej niezadowolenie i irytację pacjentów. Będąc pierwszą osobą w kontakcie, jako swego rodzaju bufor pomiędzy pacjentem a lekarzem, są często narażone ze strony pacjentów nie tylko na ataki psychiczne, ale zdarza się, że również fizyczne.

Medycyna zorientowana jest problemowo, więc lekarze dążą do znalezienia właściwego rozwiązania konkretnego problemu pacjenta, przy czym cechą charakterystyczną zawodu lekarza jest poszukiwanie rozwiązania tak szybko, jak to tylko możliwe, gdyż od tego zależy zdrowie i życie człowieka (Piątkowski, 2010, s. 146-147). Zagrożenia związane z niedoborem specjalistycznych kadr medycznych to przede wszystkim wydłużenie kolejek oczekujących na badania, zabiegi i operacje, przy występujących obecnie odległych terminach, jak również ograniczenie dostępności pacjentów do lekarzy specjalistów w poradniach i przychodniach przyszpitalnych co powoduje coraz bardziej odległe terminy wizyt u lekarzy specjalistów. Problemy wydłużania kolejek oczekujących mają natomiast wpływ na cały system opieki zdrowotnej. Pacjenci nie są szybko diagnozowani. Wobec tego proces diagnostyki i/lub leczenia ulega wydłużeniu. Stan pacjenta może się pogorszyć i wymagana jest bardziej zaawansowana interwencja. To z kolei skutkuje wyższymi nakładami finansowymi na leczenie.

Negatywne skutki dotyczyć również mogą personelu medycznego. Przeciążenie pracą, presja pacjentów czekających w kolejkach i leżących w oddziałach, ogromne ilości dokumentów do wypełnienia i przemęczenie skutkować mogą niezadowoleniem oraz wypaleniem zawodowym. Wypalenie zawodowe jest zespołem, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi i objawia się (Łodzińska, 2018, s. 134-135):

- wyczerpaniem emocjonalnym, które odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone;

- depersonalizacją, która objawia się negatywnym, bezduśnym lub zbyt obojętnym reagowaniem na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony;
- obniżonym poczuciem dokonań osobistych odnoszącym się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy.

F.A. Dąbrowski (2014, s. 5) stwierdza zdecydowanie, że brak możliwości odbywania wybranej specjalizacji przez młodych polskich lekarzy, przekraczanie norm czasu pracy przy nikłej gratyfikacji finansowej oraz brak możliwości rozwoju swoich umiejętności (w Wielkiej Brytanii szpitale finansują pracownikom minimum dwa kursy w roku – jeden krajowy, drugi zagraniczny) są powodem wypalenia zawodowego, które jest ogromnym i stale narastającym problemem.

Problemy, będąc wysoce złożonymi i zmiennymi, niosą ze sobą potencjalną możliwość wystąpienia zjawisk nieprzewidzianych w różnych miejscach systemu, zatem nie można popadać w aktywną inercję, lecz zawsze poszukiwać różnych alternatywnych rozwiązań, próbować przewidzieć ich wszelkie konsekwencje, porównywać je ze sobą oraz pamiętać, że nie ma jednej jedynie słusznej odpowiedzi na pytania nurtujące współczesnych kierowników (Kuc i Żemigąła, 2010, s. 90). Należy mieć na uwadze, że „głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji. (...) Według M. Lalonde’a największy wpływ na stan zdrowia każdego człowieka, sięgający 53%, ma styl życia. W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia jest środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). Najmniejszy wpływ na stan zdrowia ma opieka zdrowotna (10%). Nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności sięga 43%” (NIK, 2019, s. 11).

Obecnie, w dobie permanentnych zmian otoczenia, zarządzanie organizacją powinno kreować zarówno postawy odpowiedzialności, jak i skłonności do podejmowania ryzyka, jednak wybierając metody zarządzania w podmiotach leczniczych nie należy zapominać, iż podmiot ten nie jest typową organizacją i nie można traktować go na równi z pozostałymi (Czerw i Religioni, 2012, s. 477).

## **Rozdział V. Formy zatrudnienia i organizacji pracy oraz możliwości ich wykorzystania w sytuacji deficytu kadr medycznych**

Warunki zatrudnienia, m.in. forma zatrudnienia oraz organizacji pracy, to czynniki mające wpływ na satysfakcję z pracy i wykonywanych obowiązków. Dodatkowo dbałość kadry kierowniczej o warunki pracy zatrudnionego personelu może przyczynić się do zatrzymania tego personelu w podmiocie leczniczym oraz ograniczenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Znaczenie zadowolenia z pracy zarówno dla pracowników, jak i dla przedsiębiorstwa, stawia określone zadania przed kadrą kierowniczą, na której spoczywa obowiązek uświadomienia sobie roli zadowolenia z pracy jako jednej z podstawowych potrzeb człowieka oraz jednego z bodźców do pracy poprzez m.in. budowanie trwałych, przejrzystych relacji z pracownikami, troskę o ich potrzeby oraz kształtowanie właściwych warunków pracy (Korpus, 2006, s. 118).

### **1. Metodyka badań empirycznych**

Rozwiązanie problemu badawczego (i odpowiedź na pytania badawcze) oraz realizacja określonych celów nastąpi poprzez realizację postępowania badawczego. Główny problem badawczy sformułowano następująco: *jakie są przyczyny deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych oraz uwarunkowania i konsekwencje wykorzystania form zatrudnienia i organizacji pracy do rozwiązania tego problemu?*

Przy rozwiązywaniu powyższego problemu należy rozważyć następujące zagadnienia, stanowiące szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie formy zatrudnienia i organizowania pracy są obecnie wykorzystywane przez organizacje i dostępne z formalnego punktu dla podmiotów leczniczych?
2. Czy zastosowanie odpowiednich form zatrudnienia, preferowanych przez osoby z deficytowych grup specjalistycznej kadry medycznej wpływa na zwiększenie ich zatrudnienia w podmiotach leczniczych?
3. Czy zastosowanie elastycznej organizacji czasu pracy i zmiana zakresu kompetencji wymaganych od pracowników na określonych stanowiskach zwiększa dostępność kadr medycznych w niektórych grupach zawodowych?

4. Czy rozwijające się elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy odpowiadają potrzebom pracowników i stwarzają więcej szans czy zagrożeń dla zapewnienia potrzebnej kadry medycznej?
5. Jakie są czynniki warunkujące stosowane obecnie i możliwe w przyszłości formy zatrudnienia i organizacji pracy w podmiotach leczniczych w odniesieniu do specjalistycznej kadry medycznej?

W pracy zrezygnowano ze stawiania hipotez badawczych ze względu na przyjętą metodykę badań i ich zakres, który nie pozwoliłby na ich weryfikację. Podkreśla się również, że w badaniach jakościowych niezbędne jest opracowanie ciekawych pytań badawczych, ale nie hipotez (Jemielniak, 2012, p. X). A. Grobler pisze: hipoteza – z greckiego oznacza przypuszczenie, ponieważ w wyniku procesu badawczego jest ona weryfikowana, a w naukach społecznych również falsyfikowana (Adamkiewicz-Drwiłło, 2008, s. 69). W badaniach ekonomicznych szczególną rolę przypisuje się hipotezom stochastycznym, ponieważ ich testowanie nie daje rozstrzygających wyników, a więc decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu hipotezy opiera się na prawdopodobieństwie błędów oraz ich relatywnej ważności (Adamkiewicz-Drwiłło, 2008, s. 74). S. Nowak (2011, s. 35) stwierdza natomiast, że w wielu podręcznikach badań społecznych spotkać można dyrektywę zalecającą przed rozpoczęciem badań wyraźne sformułowanie hipotezy, o której prawdziwości czy fałszywości miałyby rozstrzygać wyniki badania. Nie wydaje się, aby to było niezbędne. Hipoteza jest zdaniem nie w pełni uzasadnionym, rozważanym jako racja dla pewnych uznanych już zdań i stanowi założenie oparte na prawdopodobieństwie wymagające sprawdzenia, mające na celu odkrycie nieznanych zjawisk lub praw, niezupełnie pewne, mające często charakter przypuszczenia (Adamkiewicz-Drwiłło, 2008, s. 75). K. Zimniewicz (2016, s. 5) uzasadnia, że trudno jest mówić o odkrywaniu prawdy w naukach o zarządzaniu oraz w naukach społecznych, gdyż oznaczałoby to, że prawda lub prawdy takie istnieją i są niezależne od woli człowieka – tylko należy je odkryć. I dalej K. Zimniewicz (2016, s. 5): odkrywanie prawdy w naukach społecznych nie jest możliwe z tego względu, że: po pierwsze, wszelkie wypowiedzi w tych naukach mają charakter subiektywny, po drugie, w naukach społecznych nie można przeprowadzić intersubiektywnych badań, mających na celu oddzielenie ziarna od plew, a więc dojścia do prawdy z powodu nieprecyzyjnej terminologii, ponieważ dżungla pojęciowa występująca w naukach o zarządzaniu jest przykładem bariery występującej w porozumiewaniu się między naukowcami.

Każdy więc opiniodawca, recenzent, ekspert ma na dany temat swoją subiektywną prawdę (Zimniewicz, 2016, s. 5). K. Kuciński (2010, s. 94) pisze, że hipotezy badawcze są zatem zdaniem o nieustalonej wartości logicznej, które na gruncie istniejącej wiedzy zostały prowizorycznie przyjęte za prawdziwe, ponieważ łącznie ze zdaniem zawartym w posiadanej przez badacza wiedzy, stanowią rację dla zdań uprzednio stwierdzonych. K. Zimniewicz podaje, że dopuszcza się rezygnację z hipotezy (Jeszka, 2013, s.37).

Głównym celem rozprawy jest wskazanie możliwości zmniejszenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych poprzez wykorzystanie różnorodnych form zatrudnienia i organizacji pracy. W odniesieniu do powyższego celu głównego sformułowano cele szczegółowe o charakterze teoretycznym, badawczym i aplikacyjnym:

1. Zidentyfikowanie i scharakteryzowanie form zatrudnienia i organizacji pracy, ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań stosowanych w podmiotach leczniczych w odniesieniu do specjalistycznych kadr medycznych.
2. Zdefiniowanie istoty deficytu specjalistycznych kadr medycznych i określenie przyczyny jego powstania i pogłębiania się, a także związanych z tym zagrożeń.
3. Zidentyfikowanie możliwości i konsekwencji zatrudniania specjalistycznych kadr medycznych na podstawie wybranych form zatrudnienia i organizacji pracy.
4. Opracowanie wniosków i rekomendacji dotyczących form zatrudnienia i organizacji pracy w odniesieniu do deficytu specjalistycznych kadr medycznych.

Zakres przedmiotowy dysertacji obejmuje:

- formy zatrudnienia, czyli rodzaje umów, które wiążą strony oraz kształtują prawa, obowiązki i odpowiedzialność strony zatrudniającej oraz strony zatrudnianej,
- formy organizacji pracy w wymiarze czasowym,
- możliwości przeciwdziałania deficytowi specjalistycznych kadr medycznych.

Zakres przedmiotowy został ograniczony do form organizacji pracy w wymiarze czasowym z uwagi na specyficzny charakter działalności prowadzonej przez szpitale. Formy organizacji pracy w wymiarze przestrzennym w okresie przyjętym do analiz nie były stosowane w szpitalach powszechnie i dotyczyły głównie konsultacji lekarskich oraz opisów badań. W niniejszej dysertacji autorka nie zajmuje się również pracą zdalną, ponieważ personel medyczny przede wszystkim realizuje świadczenia zdrowotne osobiście w podmiotach



lecniczych (w tym przypadku w szpitalach). Procedury mogą być i są wykonywane zdalnie, jednak większość z nich wciąż wymaga bezpośrednich działań przy pacjentach. Nawet w czasie pandemii lekarze, pielęgniarki i położne w oddziałach, zakładach i poradniach pracowali na dotychczasowych zasadach, gdyż procesy diagnostyczne, zabiegi operacyjne oraz leczenie szpitalne odbywały się w sposób tradycyjny, choć przy zwiększonym zabezpieczeniu (m.in. w środki ochrony indywidualnej).

Zakres rzeczowy rozprawy odnosi się do szpitali jako wyodrębnionego rodzaju podmiotów leczniczych, a badaniami objęto osoby zatrudnione w szpitalach, a konkretnie grupy specjalistycznych kadr medycznych: lekarzy, pielęgniarki i położne. Poruszono także tematy związane z działalnością podmiotów leczniczych, przede wszystkim szpitali oraz regułami kontraktowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w celu zobrazowania sytuacji w przestrzeni rynku medycznego.

Zakres przestrzenny pracy obejmuje obszar Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem uwarunkowań i tendencji występujących w Europie, a szczególnie w krajach Unii Europejskiej.

Zakres czasowy rozprawy obejmuje dane statystyczne za lata 2013-2019. Problem można by znacząco poszerzyć wykraczając poza przyjęty zakres czasowy. Z uwagi jednak na sytuację epidemiologiczną, która spowodowała, że stan opieki zdrowotnej oraz zatrudnienie specjalistycznych kadr medycznych przybrały jeszcze bardziej specyficzny charakter niż w czasie przed pandemią, zastosowano cezurę czasową do roku 2019. Specyfika organizacji pracy związana z rygorami epidemiologicznymi w oddziałach, poradniach i zakładach w szpitalach, a zwłaszcza w oddziałach covidowych i jednoimiennych szpitalach zakaźnych była zupełnie odmienna, zwiększono też znacznie nakłady finansowe na działalność tych oddziałów i szpitali. Uznano więc, że dane za 2020 rok, wyjątkowy z uwagi na stan epidemiologiczny oraz z uwagi na ich specyfikę nie są porównywalne z danymi z lat sprzed pandemii. W sytuacji, gdy dynamika zmian była znacząca, do niektórych analiz przyjęto także rok 2012, aby unaocnić trend. Z kolei niektóre dane statystyczne zaczęły być gromadzone przez instytucje zajmujące się analizą z w późniejszych latach, np. od 2016 roku za 2015 rok, i te dane zostały przedstawione począwszy od roku, za który były zbierane. Badania własne przeprowadzono w okresach: od marca do sierpnia 2018 roku oraz od sierpnia do grudnia 2020 roku.

Postawione pytania badawcze oraz cele i zakres rozprawy przesądziły o zastosowanych metodach badawczych. W części teoretycznej wykorzystano literaturę przedmiotu polską i zagraniczną oraz artykuły naukowe, zamieszczone w czasopismach i związane tematycznie z rynkiem pracy, zatrudnieniem, organizacją pracy. Powoływano się również na akty prawa powszechnie obowiązującego. Specyfika aktów prawnych polega na nieustannych zmianach, nowelizacjach i aktualizacjach. W związku z powyższym w pracy przywoływane są akty prawne według roku i oznakowania numerycznego aktualnego w chwili pisania pracy.

W części empiryczno-analitycznej podstawę badań stanowiły dane wtórne: statystyczne i dostępne informacje dotyczące podmiotów leczniczych, szpitali, liczby, wieku, kwalifikacji oraz form zatrudnienia specjalistycznego personelu medycznego w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, a także liczby leczonych pacjentów, liczby i wykorzystania łóżek szpitalnych, osobodni, uzyskane z biuletynów statystycznych i raportów GUS, MZ, OIL, OIPiP. Wykorzystano właśnie te źródła, gdyż dane w nich publikowane są opracowane na podstawie stanów rzeczywistych sprawozdawanych przez podmioty lecznicze. Podmioty lecznicze nie chcą udostępniać danych dotyczących ich działalności, a zwłaszcza w zakresie zatrudnienia i finansów (autorka odbyła spotkania z kierownikami trzech szpitali). Wprawdzie każdy z podmiotów leczniczych ma obowiązek sprawozdawania informacji o jednostce, jednak ostatecznie do publicznej wiadomości informacje o podmiotach leczniczych podawane są zbiorczo. W związku z powyższym zdecydowano dokonać analizy deficytu specjalistycznych kadr medycznych na podstawie danych wtórnych.

Następnie przeprowadzono badanie ankietowe z wykorzystaniem dwóch rodzajów ankiet. Pierwsza ankietą dostarczyła danych w zakresie zatrudnionych w szpitalach pielęgniarek i położnych, którzy udzielili (odpowiedzi udzieliło kilku mężczyzn pielęgniarzy) odpowiedzi na pytania dotyczące m.in. ich płci, wieku, stanowiska, wykształcenia, specjalizacji, stażu pracy, miejsca zamieszkania oraz formy zatrudnienia. Dzięki drugiej ankiecie pozyskano dodatkowe informacje w zakresie zmiany formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne zatrudnionych w szpitalach na terenie Polski. W wyniku przeprowadzonego badania otrzymano zwrotnie ankietę wypełnioną przez 391 osób: pracowników oraz osób świadczących usługi, w grupach zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych. Stosując dwa rodzaje ankiet autorka miała na celu dotarcie do dwóch grup respondentów, tj. osób zatrudnionych w szpitalach, które nie

zmieniły formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia oraz do osób, które zdecydowały się z różnych powodów formę zatrudnienia zmienić. Ankiety wypełnili również ordynatorzy oraz kierownicy oddziałów, pielęgniarki/położne oddziałowe i pielęgniarki/położne koordynujące. Z uwagi na przewidywane i faktyczne ograniczenia związane z badaniami ankietowymi – rzeczywiście zwrotnie otrzymano ankiety w liczbie mniejszej niż na początku zakładano, jak również w związku z faktem nie otrzymania zwrotnego pierwszego rodzaju ankiety od lekarzy (ankietę wypełnił tylko jeden lekarz) - zdecydowano o uwzględnieniu w planie badawczym oraz przeprowadzeniu wywiadów pogłębionych. Wywiad pogłębiony przeprowadzono z 30 osobami zatrudnionymi w szpitalach, w tym z 15 lekarzami i 15 pielęgniarkami. Uzyskane podczas przeprowadzanych rozmów telefonicznych odpowiedzi oraz informacje spisywano odręcznie oraz w wersji elektronicznej. Powodem przyjęcia takiego rozwiązania były: sytuacja epidemiologiczna spowodowana COVID-19 i wprowadzone w kraju obostrzenia z nią związane oraz brak zgody osób ankietowanych na ujawnienie ich danych osobowych.

Istotną rolę w kształtowaniu problematyki empirycznych badań i teoretycznych dociekań odgrywać mogą motywacje dwojakiego rodzaju: względem na praktyczno-społeczne lub względem na naukowo-poznawcze implikacje uzyskania odpowiedzi na pewne pytania (Nowak, 2011, s. 26). Poszukiwanie i pozyskiwanie informacji odbywa się na drodze wdrażania różnorodnych metod, technik, przy zastosowaniu wielorakich narzędzi badawczych i poznawczych. Wiele zależy od tego, którą metodę zastosuje się w odniesieniu do diagnozowanego zagadnienia oraz jakie z racji tego wyboru pojawią się efekty. Jednym z takich narzędzi poznawczych jest ankieta. Gromadzenie niezbędnych informacji to jedno z najważniejszych zamierzeń, które badacz wiąże z przygotowaniem i zastosowaniem ankiety. Nie inaczej dzieje się w przypadku realizowanego badania w tej dysertacji. Zarówno z badaniem opartym o ankietę, jak i poprzez zastosowanie pozostałych metod i technik badawczych wiązały się oczekiwania natury teoretyczno-poznawczej jak i praktyczno-społecznej. Motywacje i implikacje tego typu wyraziły się w formie sporządzonych ankiet, w sposobie ich zastosowania, a następnie – przede wszystkim – w wykorzystaniu do szerszej i pogłębionej analizy tego materiału, który dzięki nim udało się pozyskać. Oprócz danych statystycznych zastanych, ważną częścią aspektu metodycznego pracy jest przeprowadzenie badań ilościowych z wykorzystaniem dwóch rodzajów ankiet oraz badań jakościowych w formie wywiadów indywidualnych pogłębionych IDI (*individual in-depth interview*), dzięki którym pozyskano istotne dla tematu dysertacji

informacje. S. Kvale (2020, s. 92-93) sądzi, że różne metody jako odrębne narzędzia, pozwalają odpowiedzieć na innego typu pytania, i tak: metody jakościowe odpowiadają na pytania o cechy pewnego rodzaju obiektów, natomiast metody ilościowe - na pytania dotyczące częstości występowania obiektów tego rodzaju. Jednak, niezależnie od tego, z jakimi danymi pracujemy: słowami, liczbami, konstruujemy scenariusz i prowadzimy analizy statystyczne, czy przygotowujemy scenariusz wywiadu i stosujemy techniki analityczne, jeżeli badania mają mieć wysoką jakość, to wszystkie wymagają specjalistycznej wiedzy nabytej dzięki wieloletniej praktyce (Kvale, 2020, s. 92-93). P. Tarka (2017, s. 3) napisał, że przyjmuje się, iż realizacje cechy jakościowej (kwalitatywnej) wyrażają naturę obiektów, zaś cechy ilościowej (kwantytatywnej) wyrażają moc (liczebność) zbioru obiektów i jego podzbiorów (podzbiorowości, próbek). Wobec powyższego w założeniach teorii zajmującej się jakością (kwalimetrii) przyjmuje się, że opis jakościowy jest równoznaczny z opisem na poziomie cech, natomiast opis ilościowy jest równoznaczny z opisem na poziomie realizacji cech obiektów (Tarka, 2017, s. 3).

Uznano więc, że istotne jest przeprowadzenie wywiadów indywidualnych pogłębionych, ponieważ jak stwierdziła J. Szymczak (2016, s. 2): nierzadko zdarza się, że to uczestnik badania zachęca do podjęcia określonego problemu badawczego i jako uważny obserwator dostrzega potrzebę profesjonalnego „przyglądania się” rzeczywistości. Uczestnik dysponuje określoną wiedzą oraz umiejętnościami, natomiast badacz proponuje określony warsztat metodologiczny i teoretyczny więc taka sytuacja sprawia, że obie strony doskonale się uzupełniają (Szymczak, 2016, s. 2). Jeśli chodzi o liczbę wywiadów pogłębionych S. Kvale podaje, że w typowych badaniach liczba respondentów waha się między 10 a 15 (Kvale, 2020, s. 88). Ostatecznie wywiad pogłębiony przeprowadzono z trzydziestoma osobami, w tym z 15 lekarzami oraz z 15 pielęgniarkami.

Można przywołać i przypomnieć siłę i słabości obu metod badawczych, by w kontekście ich komplementarności zobrazować i uzasadnić zabieg zastosowania jednych i drugich, w tym także zasadności ulokowania ich w sąsiadujących, jakkolwiek oddzielnych układach strukturalnych tekstu dysertacji. Amerykański badacz E. Babbie (2004, s. 48) konstatuje: każda obserwacja ma na początku charakter jakościowy - bez względu na to, czy jest to doświadczenie czyjejs inteligencji, czy umiejscowienie wskazówki na skali pomiaru, czy też odpowiedź zaznaczona w kwestionariuszu. I dalej: natura żadnej z tych rzeczy nie jest liczbowa

czy ilościowa, czasem jednak korzystnie jest nadać im formę numeryczną, gdyż *kwantyfikacja* często sprawia, że nasze obserwacje stają się bardziej wyraziste, może również ułatwić agregację, porównywanie i podsumowywanie danych, poza tym otwiera możliwość zastosowania analiz statystycznych, począwszy od prostych średnich, aż do złożonych wzorów i modeli matematycznych (Babbie, 2004, s. 48). Dane ilościowe mają te same zalety, co liczby użyte jako mierniki jakiejś cechy w stosunku do słów, mają też te same co liczby wady, włączając w to potencjalną utratę bogactwa znaczeniowego, zaś dane jakościowe mogą być bogatsze znaczeniowo niż dane kwantytatywne, choć mają te same wady co czysto słowne opisy (Babbie, 2004, s. 48).

W tabeli 32 przedstawiającej schemat procesu badawczego ujęto kolejne etapy badań do poszczególnych części niniejszej rozprawy.

**Tabela 32. Schemat procesu badawczego**

Etapy badań	Części rozprawy
ETAP I	
Analiza źródeł literatury polskiej i zagranicznej oraz opracowań z zakresu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– definicji i kategoryzacji form zatrudnienia,</li> <li>– istoty i rodzajów rozwiązań w zakresie organizacji pracy,</li> <li>– uelastycznienia form zatrudnienia i organizacji pracy jako przejaw ich rozwoju.</li> </ul>	Rozdział I Istota i ewolucja form zatrudnienia i organizacji pracy
ETAP II	
Analiza źródeł literatury polskiej i zagranicznej, aktów prawa powszechnie obowiązującego oraz opracowań z zakresu uwarunkowań formalnoprawnych, społeczno–kulturowych oraz ekonomiczno–organizacyjnych stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy.	Rozdział II Uwarunkowania stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy
ETAP III	
Analiza źródeł literatury polskiej i zagranicznej, aktów prawa powszechnie obowiązującego w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– podstaw prawnych funkcjonowania podmiotów leczniczych,</li> <li>– rodzajów i charakterystyki podmiotów leczniczych w Polsce,</li> <li>– rodzajów grup zawodowych w podmiotach leczniczych, w tym: lekarzy, pielęgniarek i położnych, pozostałych medycznych grup zawodowych oraz pracowników administracji i obsługi.</li> </ul>	Rozdział III Podmioty lecznicze i ich zasoby ludzkie
ETAP IV	
Opracowanie i analiza danych statystycznych zebranych przez instytucje: Główny Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Centrum e-Zdrowie, Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczby szpitali, liczby pacjentów, liczby oraz wykorzystania łóżek, przychodów,</li> </ul>	Rozdział IV Analiza dostępności i deficytu kadr medycznych

<ul style="list-style-type: none"> <li>– podaży i dostępności specjalistycznych kadr medycznych na polskim rynku pracy - analiza zatrudnienia specjalistycznych kadr medycznych w grupach zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych,</li> <li>– popytu ilościowego i jakościowego na specjalistyczną kadrę medyczną oraz problemy w ich pozyskaniu i utrzymaniu,</li> <li>– przyczyn deficytu specjalistycznych kadr medycznych i zagrożeń z nimi związanych.</li> </ul>	
ETAP V	Rozdział V Formy zatrudnienia i organizacji pracy oraz możliwości ich wykorzystania w sytuacji deficytu kadr medycznych
Analiza literatury oraz innych opracowań, jak również analiza sytuacji kształtującej się na przestrzeni ostatnich lat w miejscu zatrudnienia autorki w celu sformułowania problemów w pozyskaniu oraz utrzymaniu specjalistycznej kadry medycznej.	
ETAP VI	
Opracowanie metodyki badań empirycznych.	
ETAP VII	
Rozprowadzenie dwóch rodzajów ankiet wśród personelu medycznego (pielęgniarki i położne oraz lekarze).	
ETAP VIII	
Zebranie ankiet, opracowanie oraz analiza uzyskanych informacji od respondentów nt. ich wieku, płci, formy zatrudnienia, wykształcenia, posiadanej specjalizacji, zajmowanego stanowiska pracy, miejsca zamieszkania.	
ETAP IX	
Przeprowadzenie wywiadu pogłębionego w celu pozyskania informacji w zakresie form zatrudnienia i organizacji pracy stosowanych w podmiotach leczniczych oraz czynników wpływających na wybór form zatrudnienia i organizacji pracy przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne, funkcjonowania struktury organizacyjnej szpitali i organizacji pracy oraz strukturalnych uwarunkowań zatrudniania w podmiotach leczniczych i deficytów kadrowych.	
ETAP X	
Opracowanie wniosków i rekomendacji dotyczących form zatrudnienia i organizacji pracy w odniesieniu do deficytu specjalistycznych kadr medycznych.	

Źródło: opracowanie własne.

W pierwszej kolejności podjęto prace nad częścią teoretyczną rozprawy (etapy od I do III). W lipcu 2016 roku podjęto czynności polegające na zgromadzeniu, opracowaniu i analizie danych wtórnych (etapy: IV, V i VI). Kolejny etap (VII) podczas, którego rozprowadzono dwa rodzaje ankiet wśród personelu medycznego (pielęgniarki i położne oraz lekarze) w celu pozyskania danych pierwotnych zrealizowano w okresie od marca do czerwca 2018 roku. Prace nad tymi danymi (etap VIII) prowadzone były w miesiącach lipcu i sierpniu 2018 roku. Wywiad pogłębiony przeprowadzono w okresie od sierpnia do grudnia 2020 roku (etap IX). W tym też okresie zestawiono pozyskane informacje i przeprowadzono ich analizę. Na podstawie

analiz: literatury, aktów prawa, danych wtórnych oraz pierwotnych zrealizowano etap X w postaci opracowania wniosków oraz rekomendacji dotyczących form zatrudnienia i organizacji pracy w odniesieniu do deficytu specjalistycznych kadr medycznych.

## **2. Formy zatrudnienia i organizacji pracy stosowane w podmiotach leczniczych**

Podmioty lecznicze dostosowują wysokość zatrudnienia i organizację pracy do potrzeb związanych z ich działalnością statutową oraz wymagań ustawowych. Formy zatrudnienia oraz organizacji należy traktować jako pojęcia oddzielne (zob. Jagoda, 2017, s. 54), gdyż formy zatrudnienia dotyczą stricte zatrudnienia. Organizacja pracy zaś obejmuje (Jagoda, 2017, s. 54):

- podział pracy, czyli rodzaj i zakres działań, jakie ma wykonywać pracownik,
- czas pracy,
- miejsce świadczenia pracy,
- formy zespolenia pracy.

Szpitaly, to sprawujące opiekę nad chorymi ludźmi instytucje, w których koszty pracy generują obecnie największą część wydatków, i chociaż wcześniej największe wydatki pochłaniało wyżywienie pacjentów oraz zapewnienie im dachu nad głową, to obecnie wynagrodzenia wykwalifikowanego personelu niezbędnego do obsługi każdego nowego aparatu medycznego przewyższają koszty użytkowania samego urządzenia, co z kolei powoduje dążenie do redukcji kosztów (Getzen, 2000, s. 204-205).

Forma zatrudnienia oddaje znaczenie pracy dla obu stron stosunku pracy – im ważniejsza dla pracodawcy dana pula zadań i/lub związane z nim kompetencje, tym bardziej będzie dążył do zagwarantowania sobie pewności ich wykonania poprzez stabilną formę zatrudnienia (Skowron-Mielnik, 2012, s. 99). Wybór najbardziej korzystnych form zatrudnienia zależy przede wszystkim od charakteru i specyfiki pracy, zmienności zapotrzebowania na pracę, grup pracowników, rodzaju wykonywanej przez nich pracy oraz warunków otoczenia, a właściwie dobrany model zatrudnienia skutkować będzie wieloma korzyściami dla podmiotu, takimi jak (Ulatowska, 2007, s. 4):

- obniżeniem kosztów pracy;
- optymalizacją stanu i struktury zatrudnienia do potrzeb podmiotu, nawet w krótkich w okresach;

- zwiększeniem produktywności i efektywności zatrudnienia;
- ograniczeniem ryzyka i kosztów rozwiązywania umów o pracę;
- ograniczeniem rozmiarów świadczeń pracowniczych.

Podmioty lecznicze zatrudniają personel w różnych formach: na podstawie umów o pracę oraz na podstawie umów cywilnoprawnych. Niezwykle ważnym jest, aby zarządzający podmiotem leczniczym wykorzystywali odpowiednio szerokie możliwości w zakresie organizacji pracy poprzez stosowanie różnych norm i systemów czasu pracy. Umowy o pracę powodują wiele ograniczeń i odpowiedzialność z tym związaną, zarówno przed pracownikami, jak i przed instytucjami kontrolującymi. Dużo większe możliwości daje zawarcie umów tzw. kontraktowych o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w których strony kształtują swoje prawa oraz obowiązki. Wprowadzenie kontraktowania świadczeń pielęgniarских daje również pielęgniarcom szereg możliwości, jak chociażby (Rogała-Pawelczyk, 2004, s. 220):

- zaistnienie na rynku usług zdrowotnych;
- uzyskanie pełnej samodzielności w pracy zawodowej;
- jednoznaczne określenie zadań i odpowiedzialności za realizację zadań zawodowych;
- poprawę wynagrodzeń;
- określenie pozycji pielęgniarki w procesie prywatyzacji podstawowej opieki zdrowotnej, zmuszając je jednocześnie do poznawania przepisów prawa, uczenia się prowadzenia własnej działalności, przyswojenia i stosowania w praktyce zasad kierowania oraz organizowania pracy własnej.

Choć występuje duże zróżnicowanie form prawnych umów cywilnoprawnych, wszystkie one posiadają cechy wspólne (Musiała, 2011, s. 83-84):

- dają stronom szeroką swobodę kształtowania warunków świadczenia usług;
- eliminują podległość na rzecz samodzielności;
- wypierają dyrektywną władzę pracodawcy.

W podmiotach leczniczych stosowane mogą być wszystkie rodzaje typowych umów o charakterze pracowniczym (umowa o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy w ustalonych z góry dniach i godzinach), jak również umowy o pracę uelastycznione, tj. na czas określony, w niepełnym wymiarze czasu pracy, z możliwością wykonywania obowiązków pracowniczych w dostosowanych dniach i w określonych godzinach, z wykorzystaniem wszystkich systemów i rozkładów czasu pracy w przyjętym okresie



rozliczeniowym dla jak najbardziej efektywnej organizacji pracy oraz w celu poszanowania potrzeb pracowników. Jedyne ograniczenie stanowi okres rozliczeniowy, który w podmiotach leczniczych można wydłużać maksymalnie do 4 miesięcy, natomiast zgodnie z Kodeksem pracy przedsiębiorstwa mogą stosować okres rozliczeniowy nawet do 12 miesięcy.

Jednym z ograniczeń wynikających z zatrudnienia pracowniczego jest czas pracy. W podmiotach leczniczych, czas pracy pracowników w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, z zastrzeżeniem równoważnego systemu czasu pracy. Zaś czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami (np. masażyści), w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, natomiast pracowników z ustalonym przynajmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i przeciętnie 35 godzin w tygodniu w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy nie może przekraczać 3 miesięcy. Tygodniowy czas pracy łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ograniczenie to nie dotyczy pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy. Czas pracy wynikający z normy nazywany jest normalnym czasem pracy, przy czym praca w czasie całkowicie zgodnym z normą stanowi pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, zaś poniżej normy – w niepełnym wymiarze czasu pracy (Skowron-Mielnik, 2003, s. 18).

Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy, nie więcej jednak niż do 12 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. W podmiotach leczniczych stosuje się również rozkład pracy zmianowy, czyli wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni. I choć brakuje normatywnej definicji pojęcia rozkładu czasu pracy, w literaturze wskazuje się, że oznacza on sposób organizacji czasu pracy, w ramach którego ustala się dni świadczenia pracy oraz godziny pracy pracowników w poszczególnych dniach

(Szurgacz, 2011, s. 19). Praca zmianowa jest dopuszczalna bez względu na stosowany system czasu pracy.

Szczególnie w podmiotach leczniczych, gdzie pełnione są dyżury medyczne 24-godzinne istotne jest zachowanie 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku. Przepis ten nie dotyczy pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy oraz przypadków konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii. Tym pracownikom przysługuje, w okresie rozliczeniowym, równoważny okres odpoczynku. Pracownik ma również prawo do 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu oraz przynajmniej 1 niedzieli wolnej w miesiącu. Odpoczynek powinien przypadać w niedzielę i obejmować 24 kolejne godziny, poczynając od godziny 6:00 w tym dniu, chyba że u danego pracodawcy została ustalona inna godzina. W przypadkach dozwolonej pracy w niedzielę odpoczynek może przypadać w innym dniu niż niedziela. W określonych sytuacjach, np. w przypadku zmiany pory wykonywania pracy przez pracownika w związku z jego przejściem na inną zmianę, zgodnie z ustalonym rozkładem czasu pracy, tygodniowy nieprzerwany odpoczynek może obejmować mniejszą liczbę godzin, nie może być jednak krótszy niż 24 godziny.

Powszechnie mówi się o konieczności przestrzegania czasu świadczenia usług z uwagi na przypadki zgonów lekarzy w czasie pełnienia kolejnego dyżuru medycznego (zdarza się, że lekarze pełnią dyżury medyczne przez kilka kolejnych dni). Również pielęgniarki i położne świadczą usługi na dyżurach następujących po sobie. Prawdą jest, że ograniczenia i sankcje związane z nieprzestrzeganiem norm czasu pracy przez podmiot leczniczy na nic się zdadzą, gdy personel świadczący usługi na podstawie umów cywilnoprawnych nie będzie przestrzegał tych przepisów. Niejednokrotnie personel zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej nie przestrzega prawa w zakresie czasu świadczenia usług powołując się na fakt, że postanowienia w tym zakresie regulowane są przez Kodeks pracy, więc te przepisy ich nie dotyczą. Zdarza się więc, że dyżury medyczne pełnione są bez przerwy przez 2 i więcej dób. Jednak w kontekście kontraktowych dyżurów lekarskich należy wskazać na następujące stanowisko J. Jończyka: przepisy o ochronie zdrowia i bezpieczeństwa dotyczą nie tylko zatrudnienia pracowniczego, ale również zatrudnienia niepracowniczego - niedopuszczalne byłyby próby ograniczenia skutków dyrektywy za pomocą zatrudnienia na podstawie umów

cywilnoprawnych, w mylnym przekonaniu, że dyrektywa (unijna regulująca czas pracy) dotyczy tylko pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy (Kubot, 2011, s. 8).

Co istotne w przypadku umów cywilnoprawnych, nie ma konieczności osobistego wykonywania zadań zawartych w umowie, zatem w przypadku niemożności świadczenia usług zadania mogą zostać wykonane przez inną osobę o podobnych kwalifikacjach. Poza tym nie ma obowiązku, aby w umowie określać wymiar etatu, liczbę godzin czy dni pracy, pracy w godzinach nadliczbowych, urlopu wypoczynkowego, świadczeń za czas choroby ani innych świadczeń, które musiałby zagwarantować zatrudniający, jak: szkolenia bhp, ppoż., badania lekarskie, odzież i obuwie robocze. Nie ma tu odpowiedzialności, jak w przypadku umowy o pracę, do wysokości trzech miesięcznych pensji. W umowie cywilnoprawnej określa się odpowiedzialność jako solidarną.

Zatrudnianie w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych dało szerokie pole do podejmowania decyzji podmiotowi leczniczemu jako świadczeniobiorcy, a nie pracodawcy. Wymienione powyżej obowiązki pracodawcy względem pracowników w znaczący sposób obciążają pracodawcę nie tylko finansowo, ale i organizacyjnie.

Umowy cywilnoprawne stosowane w podmiotach leczniczych, to przede wszystkim umowy nienazwane, a więc umowy tzw. kontraktowe lekarzy, personelu posiadającego wyższe lub średnie wykształcenie medyczne, pielęgniarek i położnych. Poza tym umowa zlecenia, umowa menedżerska w celu zatrudniania kierowników podmiotów, umowy o wolontariat.

W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę, albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną. Istotnym jest, że kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, zatrudniony na powyższych zasadach, wykonujący zawód medyczny, może udzielać świadczeń zdrowotnych, jeżeli zawarta z nim umowa przewiduje taką możliwość. W tej sytuacji w umowie określa się również warunki udzielania świadczeń zdrowotnych łącznie z wymiarem czasu pracy. Istotnym jest również fakt, iż kierownik takiego podmiotu, nie może podjąć innego zatrudnienia bez zgody podmiotu tworzącego, która powinna być wyrażona w formie pisemnej.

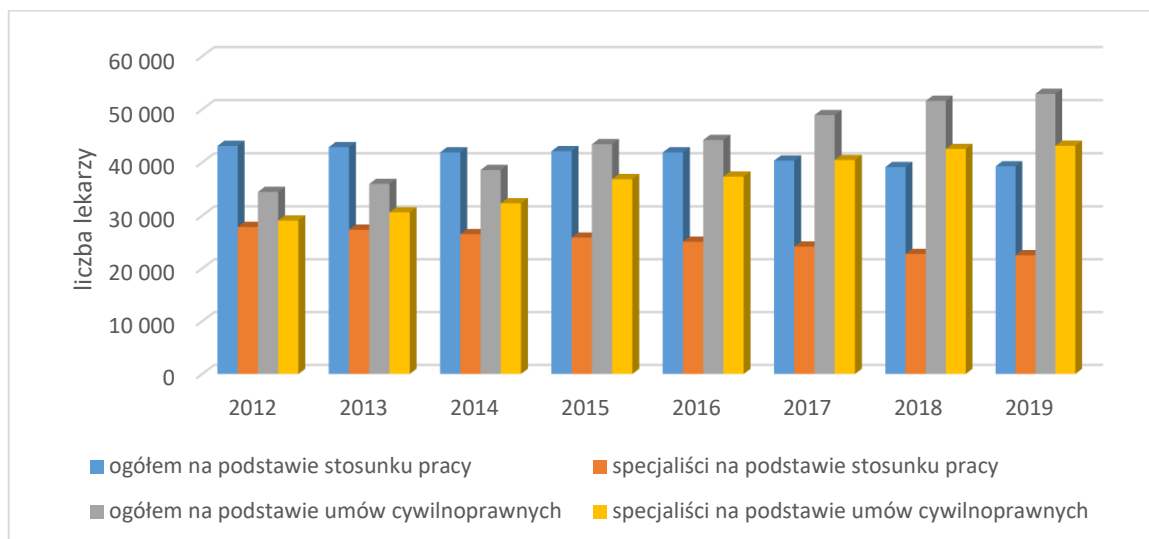
Podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych lekarzowi wykonującemu jednoosobowo działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,

indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Podobnie w przypadku pielęgniarek i położnych podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych pielęgniarce lub położnej wykonującej działalność jako indywidualna praktyka pielęgniarki indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Zarówno w przypadku lekarzy, jak i pielęgniarek oraz położnych, przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dercz, 2011, s. 1). Praktyka zawodowa jest jedną z form prawnych wykonywania zawodu lekarza oraz pielęgniarki, a istnienie praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek – trwałym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce (Kozik, 2012, s. 287).

Nie ma już także przeszkód formalnoprawnych do zatrudniania lekarzy posiadających odpowiednie wymagane kwalifikacje, którzy nie prowadzą indywidualnej praktyki lekarskiej, na podstawie innego rodzaju umowy cywilnoprawnej, tj. umowie zlecenia.

Niezwykle interesująco przedstawia się sytuacja w zakresie zatrudnienia lekarzy w szpitalach. W grupie zawodowej lekarzy obserwuje się tendencję spadkową, jeśli chodzi o zatrudnienie na podstawie umowy o pracę. Zatrudnienie wszystkich lekarzy w 2019 roku (39 267 lekarzy) spadło o 8,93% w stosunku do roku 2012 (43 119 lekarzy), w tym lekarzy specjalistów: w 2019 – 22 478, zaś w 2012 roku – 27 841, czyli 5 363 (19,26%) lekarzy specjalistów zrezygnowało z zatrudnienia na podstawie stosunku pracy. Być może na rzecz zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych. Równocześnie w przypadku zatrudnienia lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych obserwuje się tendencję wzrostową. Zatrudnienie w 2019 roku (52 909 wszyscy lekarze) wzrosło o 53,61% w stosunku do 2012 roku (34 443 lekarzy). W tym w grupie lekarzy specjalistów zatrudnienie na podstawie umów

cywilnoprawnych wzrosło w 2019 roku (43 136 lekarzy specjalistów) o 14 086 (48,49%) w stosunku do 2012 roku (29 050 lekarzy specjalistów). Przedstawione kwestie wizualizuje wykres 18.

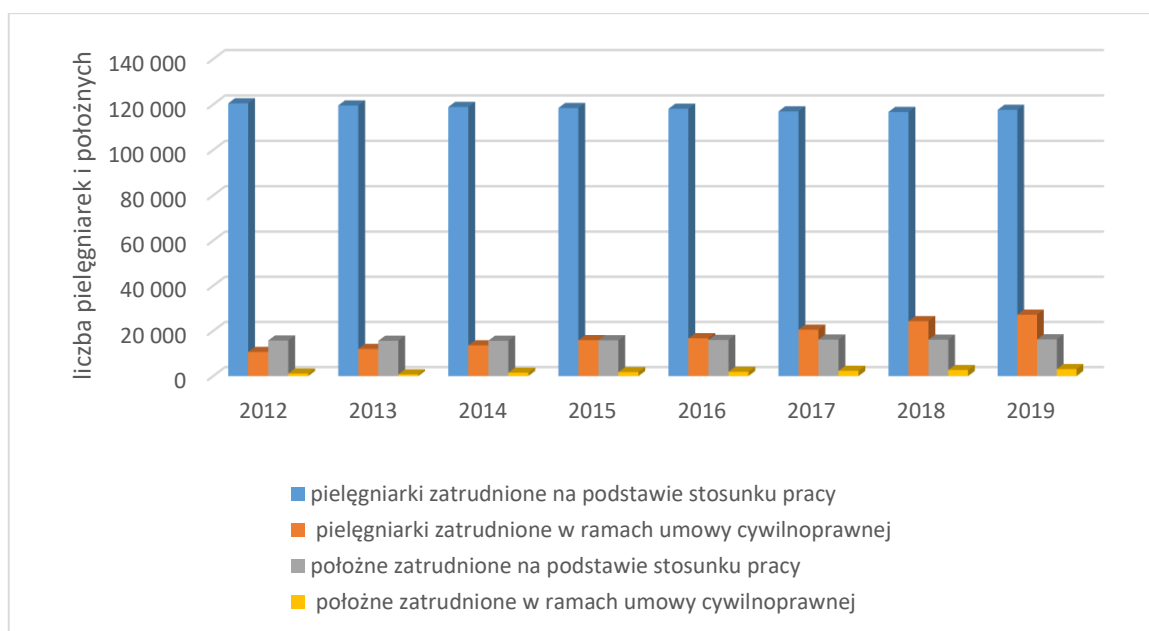


**Wykres 18. Zatrudnienie lekarzy według formy zatrudnienia w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31.12 danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Podobne tendencje jak w grupie zawodowej lekarzy (wzrostowe) obserwuje się analizując zatrudnienie w grupie zawodowej pielęgniarek – zatrudnienie na podstawie umów o pracę w 2019 roku (117 622 pielęgniarek) spadło w stosunku do 2012 roku (120 509 pielęgniarek) o 2 887 (2,4%), z jednoczesnym wzrostem zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych w zadanych okresach o 16 484 (154,29%) (10 684 pielęgniarek w 2012 roku i 27 168 pielęgniarek w 2019 roku).

Także wśród położnych zatrudnienie na podstawie umów o pracę w 2019 roku (16 240 położnych) wzrosło w stosunku do 2012 roku (15 754 położne) o 486 (3,08%), zaś zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych w zadanych okresach wzrosło o 2 000 (182,48%) (1 096 położnych w 2012 roku i 3 096 położnych w 2019 roku), co przedstawiono na wykresie 19.



**Wykres 19. Pielęgniarki i położne uprawnione do wykonywania zawodu według formy zatrudnienia w latach 2012 – 2019 według stanów w dniu 31.12 danego roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CSIOZ, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; CeZ, 2020)

Jak wynika z analizy danych formy zatrudnienia niepracowniczego są bardziej preferowane przez personel medyczny aniżeli zatrudnienie pracownicze. Dla kierownika podmiotu leczniczego taka forma zatrudniania specjalistycznej kadry medycznej jest również dogodna, gdyż stosując racjonalną organizację czasu pracy i świadczenia usług można zminimalizować problemy w zakresie obsady dyżurów medycznych, które często występują w przypadku zatrudnienia lekarzy na podstawie umów o pracę (klauzula opt-out). Dzięki temu istnieje również możliwość zmniejszenia kosztów pracy poprzez lepsze dostosowanie struktury i wielkości zatrudnienia do rzeczywistych potrzeb podmiotu oraz zastosowania efektywnej organizacji i lepszego wykorzystania czasu pracy. Jednak w miarę skracania ustawowego czasu pracy pojawiła się konieczność wyraźnego oddzielenia kategorii czasu roboczego (*working time*) – czas pracy określony w Kodeksie pracy, od kategorii czasu zakładowego (*capital operating time*), który ma różne definicje w różnych krajach i w różnych badaniach jest on odmiennie określany (w zakładach produkcyjnych chodzi o czas wykorzystywania urządzeń zakładowych, w zakładach usługowych i urzędach dotyczy to czasu otwarcia i godzin przyjęć interesantów) (Frieske, 2003, s. 131).

Z uwagi na pogłębiający się deficyt w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych w niektórych grupach zawodowych, podmioty lecznicze zatrudniają lekarzy oraz pielęgniarki i

położne jednocześnie w dwu różnych formach zatrudnienia, a więc na podstawie umowy o pracę i dodatkowo na podstawie umowy cywilnoprawnej np. na pełnienie dyżurów medycznych lub w celu wykonywania innych obowiązków niż określone w zakresie obowiązków stanowiącym załącznik do umowy o pracę. Taki sposób zatrudnienia jest bardzo kontrowersyjny, ale niekiedy to jedyne rozwiązanie, aby zapewnić zabezpieczenie zdrowia i życia pacjentów.

Decyzje w zakresie zatrudnienia personelu, czyli doboru form zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych i na stanowiskach pracy, oraz decyzje dotyczące organizacji pracy mają znaczący wpływ na finanse podmiotów leczniczych.

Warunkiem prawidłowego działania w procesie zatrudnienia jest wola stron umowy oraz wspólne poszanowanie zamiaru stron. Wysokospecjalistyczny personel medyczny ma obecnie, i raczej będzie miał w kolejnych latach, możliwość wyboru podmiotu leczniczego, z którym podpisze umowę, i w którym będzie wykonywać swoje obowiązki zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Jediną przeszkodą może być miejsce zamieszkania. Nie wszyscy godzą się na jego zmianę dla zmiany miejsca zatrudnienia. Zadaniem statutowym podmiotu leczniczego jest zabezpieczanie zdrowia i życia ludzkiego. Idealnym stanem byłaby świadomość kierowników jednostek, że dbać należy również o zatrudniany personel.

### **3. Analiza czynników wpływających na wybór form zatrudnienia i organizacji pracy przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne w świetle badań ankietowych**

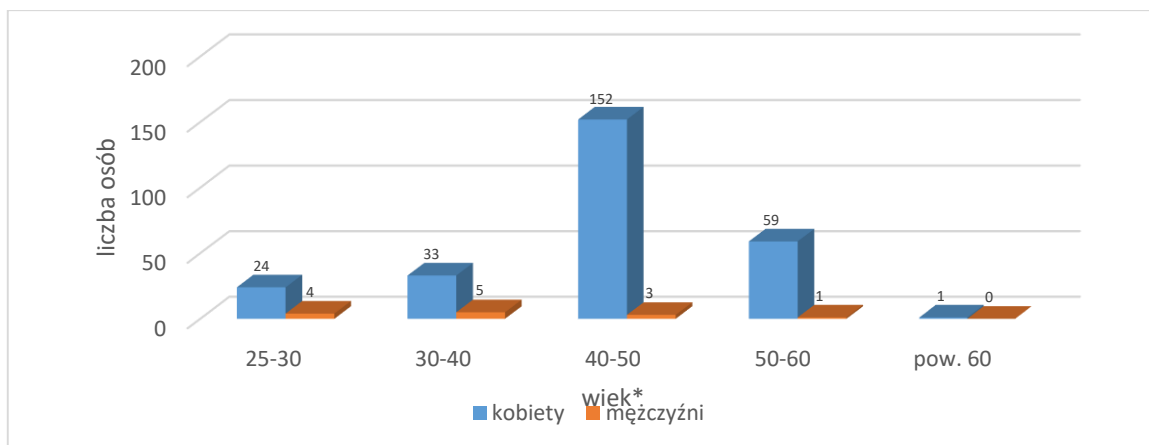
Personel medyczny podejmując decyzje o zatrudnieniu ma pewne wyobrażenie oraz oczekiwania dotyczące formy oraz warunków zatrudnienia. Sama forma zatrudnienia powinna być rozumiana jako bardziej lub mniej formalna umowa/kontrakt dotycząca regulacji wiążących ze sobą pracodawcę z osobą świadczącą pracę/udzielającą świadczeń zdrowotnych na jego rzecz (Jagoda, 2017, s. 53). Regulacje w prawie pracy mają charakter głównie semiimperatywny – jednostronnie bezwzględnie obowiązujący, a więc jakiegokolwiek odstępstwa od rozwiązań przyjętych w przepisach prawa pracy mogą być wprowadzane jedynie na korzyść pracownika (Bąk-Grabowska, 2016, s. 97). Oprócz formy zatrudnienia pracownicy oraz osoby świadczące usługi zainteresowani są rozwiązaniami w zakresie organizacji pracy.

Z ankiet – rozdysponowanych wśród specjalistycznej kadry medycznej, a po ich wypełnieniu ponownie zebranych – wynika, że forma zatrudnienia jest istotnym czynnikiem w procesie zatrudnienia. Respondenci doceniają możliwość wyboru formy zatrudnienia, czasu pracy, czy organizacji pracy. Można przypuszczać, iż wynika to z silnego poczucia podmiotowości oraz wyjątkowej specyfiki wykonywanej pracy (ratowanie zdrowia i życia ludzkiego) przez osoby badane w deficytowych grupach zawodowych. Kierownictwo podmiotów leczniczych, w tym szpitali, nie zawsze ma tego świadomość lub nie ma możliwości akceptacji proponowanych przez specjalistyczny personel medyczny warunków zatrudnienia.

W badaniach o charakterze ilościowym wykorzystano dwa formularze ankiet (zał. nr 1 i 2), które wypełniło 391 osób, przy czym ankietę dotyczącą formy zatrudnienia – 282 osoby, w tym 269 kobiet (pielęgniarki) oraz 13 mężczyzn (12 pielęgniarzy i 1 lekarz), natomiast ankietę dotyczącą zmiany formy zatrudnienia – 109 osób. Ankiety zostały przekazane do wypełnienia lekarzom, pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w szpitalach na terenie Polski. Pierwszą ankietę – dotyczącą formy zatrudnienia – otrzymano zwrotnie od 281 pielęgniarek i położnych oraz od jednego lekarza. Jest to jedno z ograniczeń w zakresie przeprowadzonego badania ankietowego. Wobec powyższego faktu dane z pierwszej ankiety zostały przeanalizowane jedynie w odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Fakt ten również przyczynił się do podjęcia decyzji o przeprowadzeniu wywiadu pogłębionego. Analiza informacji otrzymanych w wyniku rozmów z piętnastoma lekarzami oraz piętnastoma pielęgniarkami została przedstawiona w dalszej części niniejszej dysertacji.

Obie ankiety mają swoje odrębne cele i tylko pozornie mogą wydawać się zbieżnymi czy traktującymi zasadniczo o tych samych, bądź podobnych kwestiach. W dalszej części analiz powinno wyraźniej wyłonić się potwierdzenie tezy, że faktyczna forma zatrudnienia oraz zmiana tej formy jako dwa odrębne aspekty, dostarczają dla naszych badań i analiz wiele komplementarnej wiedzy. Poniższe zestawienia dostarczają wspomnianych informacji.



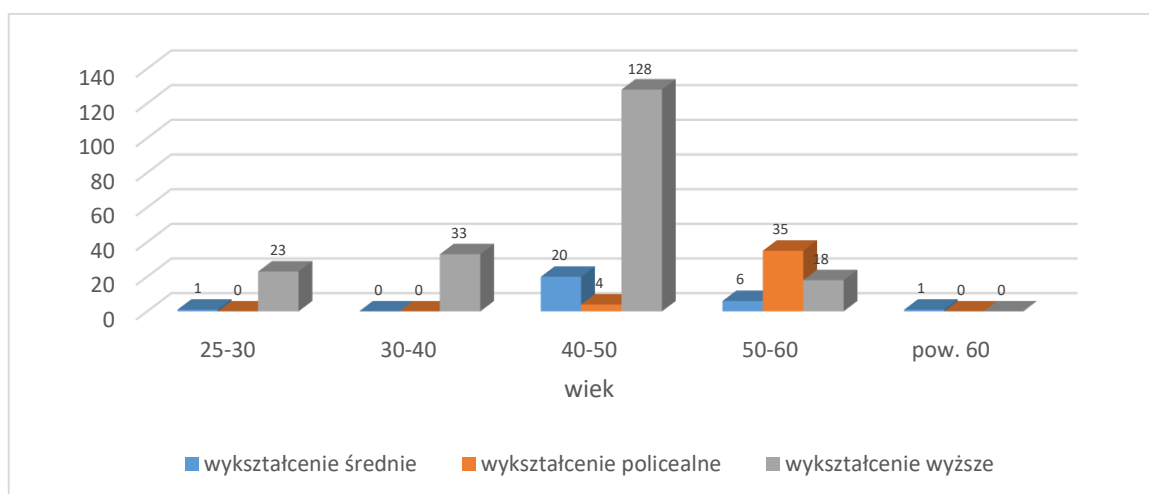


\* W ankietach przyjęto tak określone przedziały wiekowe z uwagi na zapytania pierwszych respondentów. Mieli oni wątpliwości, do której grupy się przypisać, np. osoba mająca 30 lat i 6 m-cy stwierdziła, że nie należy ani do grupy od 25 do 30 lat, ani do grupy od 31 do 40 lat. Po przeprowadzeniu kilku pierwszych ankiet autorka zmieniła grupy wiekowe.

### Wykres 20. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz płci

Źródło: opracowanie własne

Jak wcześniej wspomniano, pierwszą z ankiet wypełniło i przekazało zwrotnie 269 kobiet oraz 13 mężczyzn w sześciu grupach wiekowych (wykres 20). Największą liczbę wypełnionych ankiet otrzymano od respondentów w grupie wiekowej 40-50 lat, a następnie 50-60 lat. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być fakt, że są to grupy wiekowe, w których obecnie zatrudniona jest największa liczba personelu medycznego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Nie wchodząc zanadto w analizę typów psychologicznych respondentów, można jedynie założyć, że w tej grupie wiekowej istnieje, najprawdopodobniej, większe poczucie potrzeby wywiązania się z zadania udziału w tego typu badaniu.



### Wykres 21. Kobiety, które wypełniły ankietę według wieku i posiadanego wykształcenia

Źródło: opracowanie własne

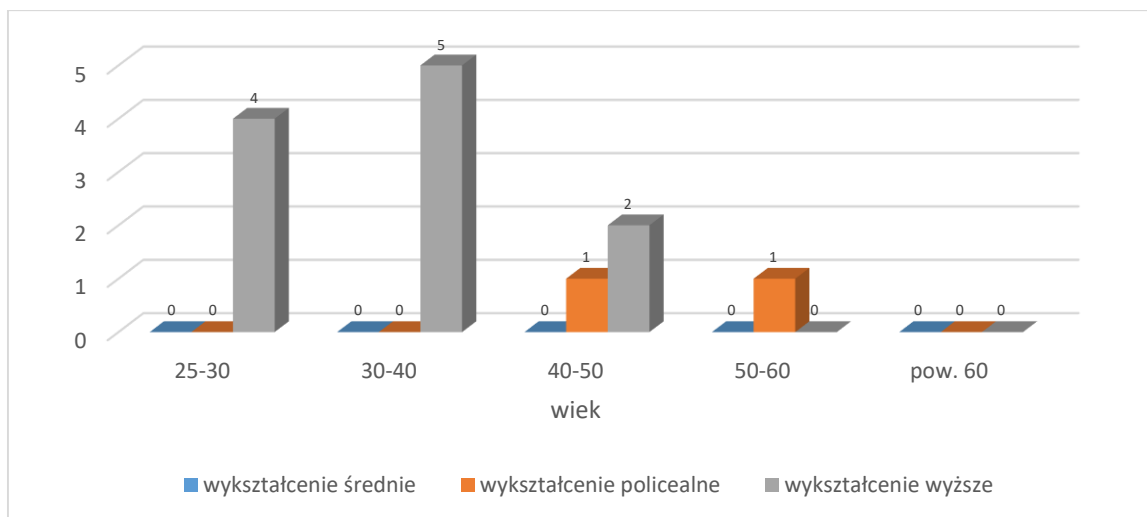
Z otrzymanych od respondentów (kobiet) informacji zwrotnych wynika, że w grupach wiekowych: 25-30 lat oraz 30-40 lat wszystkie ankietowane pielęgniarki i położne posiadają wykształcenie wyższe (wykres 21). Jedna z osób w grupie wiekowej 25-30 zaznaczyła wprawdzie wykształcenie średnie, jednak autorka dysertacji uważa, że osoba ta popełniła błąd zaznaczając tego rodzaju wykształcenie, gdyż licea pielęgniarskie przestały istnieć w 1998 roku. Stąd nie ma możliwości, aby pielęgniarka w tym wieku posiadała wykształcenie średnie pielęgniarskie. Natomiast w pozostałych grupach wiekowych poszczególne rodzaje wykształcenia kształtują się w sposób zróżnicowany, tzn. nie obserwuje się żadnej zależności (informacja ta będzie dotyczyć także kolejnych wykresów). Zauważalny jest jednak wysoki odsetek pielęgniarek i położnych z wykształceniem wyższym w grupie wiekowej 40-50 lat, co może świadczyć o ciągłym kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji przez pielęgniarki i położne. Taka sytuacja może mieć obecnie związek z uzależnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia zasadniczego od poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych, gdzie do wzrostu wynagrodzenia zasadniczego ustawodawca przyjął następujące grupy (Ustawa z dnia 8 czerwca 2017):

lp. 7 – grupa z najwyższym minimalnym wynagrodzeniem zasadniczym: pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,

lp. 8 – grupa ze średnim minimalnym wynagrodzeniem zasadniczym: pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa,

lp. 9 – grupa z najniższym minimalnym wynagrodzeniem zasadniczym w tej grupie zawodowej: pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Istotne jest również, że jedną z respondentek jest pielęgniarka w wieku powyżej 60 lat, czyli w wieku emerytalnym.

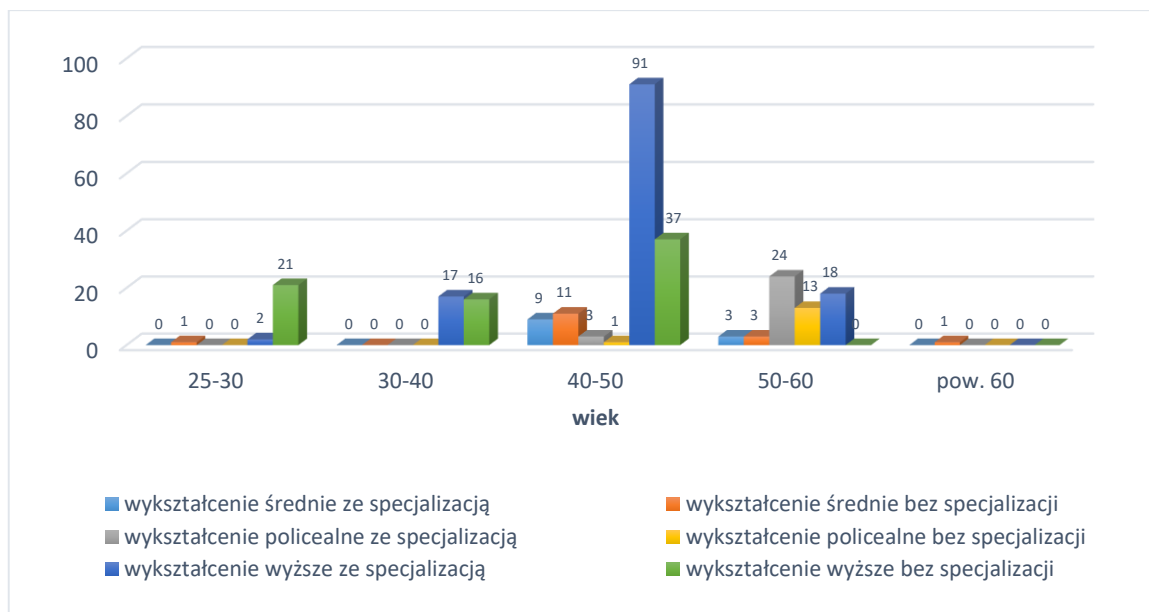


**Wykres 22. Pielęgniarze, którzy wypełnili ankietę według wieku i posiadanego wykształcenia**

Źródło: opracowanie własne

W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych zwrotnie ankiety otrzymano jedynie od 13 mężczyzn (wykres 22). Uzasadnieniem tej kwestii może być fakt znacznie mniejszej liczby mężczyzn niż kobiet wykonujących zawody pielęgniarki i położnej. Analizując wykształcenie osób w przyjętych grupach wiekowych zauważyć można również, jak w przypadku kobiet, że w grupach 25-30 oraz 30-40 lat ankiety wypełnili respondenci posiadający wykształcenie wyższe, zaś w pozostałych grupach wiekowych nie zauważa się żadnej zależności. W zasadzie trudno w sytuacji, gdy ankiety wypełniło 13 mężczyzn w czterech grupach wiekowych, mówić o jakiegokolwiek zależności. Jest to kolejne ograniczenie przeprowadzonego badania ankietowego. Mimo tego faktu mężczyźni zostali ujęci odrębnie, aby podkreślić, że też wzięli udział w badaniach.

Biorąc jednak pod uwagę informacje dotyczące kobiet i mężczyzn w zakresie wieku oraz wykształcenia zauważa się następujące zależności: z przeprowadzonej analizy wynika, że kryterium płci nie wpływa w żaden sposób na rodzaj wykształcenia. Z wyłączeniem przypadku osób do 40 roku życia, w którym można mówić, że poziom wykształcenia uzależniony jest od systemu szkolnictwa, gdyż od 1998 roku zlikwidowano licea medyczne, więc nie ma możliwości kształcenia się w tego rodzaju szkołach.

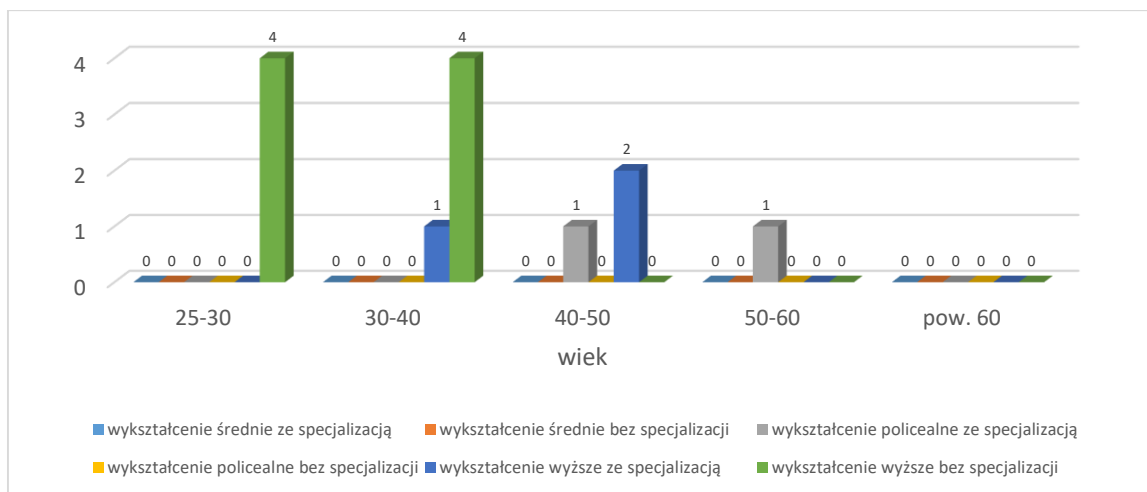


**Wykres 23. Kobiety, które wypełniły ankietę według wieku, posiadanego wykształcenia i specjalizacji**

Źródło: opracowanie własne

Interesująco przedstawiają się dane w zakresie posiadania przez pielęgniarki i położne specjalizacji (wykres 23). Wyłączając pielęgniarkę z wykształceniem średnim w grupie wiekowej 25-30 lat zauważyć można, że niemal wszystkie pielęgniarki i położne w tej grupie wiekowej posiadają specjalizację. W kolejnej grupie: 30-40 lat znajduje się podobna liczba pielęgniarek i położnych ze specjalizacją, jak w sytuacji bez posiadanej specjalizacji, natomiast w grupach wiekowych 40-50 oraz 50-60 lat ponad dwie trzecie respondentów tych grup posiada specjalizację w każdym z rodzajów wykształcenia. Sytuacja ta sprzyja wnioskowaniu, że fakt posiadania specjalizacji, zwłaszcza w obecnym kontekście kulturowym, społecznym oraz ekonomicznym, stanowi istotną kwestię zarówno dla zainteresowanych osób, jak i dla pewnej świadomości ogólnej, uniwersalnej czy też mentalnej ogółu społeczeństwa. Jeśli chodzi o mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu, jak uzasadniano wyżej, nie ma możliwości przeprowadzenia rzetelnej analizy zależności wieku, posiadanego wykształcenia i specjalizacji, gdyż liczba ankiet wypełnionych przez mężczyzn jest niewystarczająca (wykres 24).

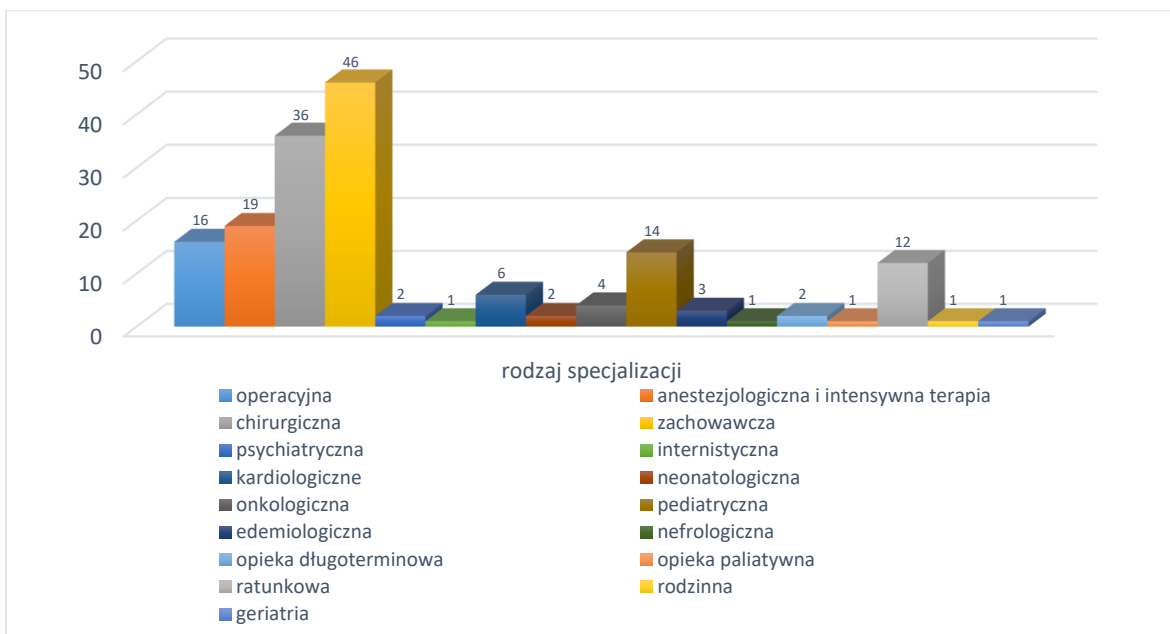
Poddając analizie ankiety wypełnione przez kobiety stwierdza się, że nie ma żadnego powiązania pomiędzy kryteriami: wieku, wykształcenia oraz posiadania lub nie specjalizacji. Można jedynie przyjąć – jak już wyżej sygnalizowano – że świadomość i poczucie posiadania specjalizacji (a więc w jakimś sensie poczucie, iż jest się specjalistą w danej dziedzinie), stanowi rodzaj wartości autotelicznej, czyli wartości samej w sobie.



**Wykres 24. Mężczyźni, którzy wypełnili ankietę według wieku, posiadanego wykształcenia i specjalizacji**

Źródło: opracowanie własne

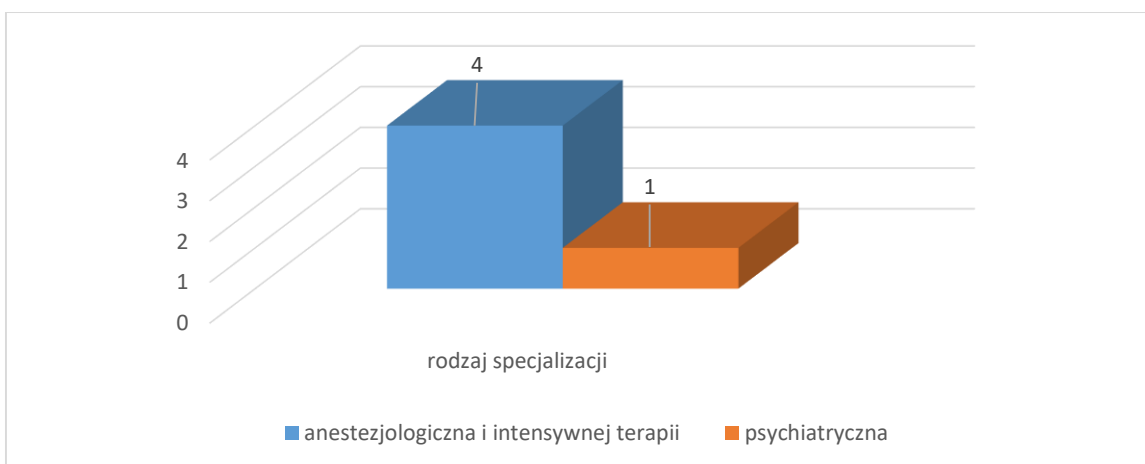
Jak przedstawiono na wykresie 25, w badaniu ankietowym udział wzięły pielęgniarki i położne posiadające specjalizacje w wielu dziedzinach medycyny, co może świadczyć o tym, że w chwili wypełniania ankiet były zatrudnione w różnych oddziałach szpitalnych. Specyfika każdego z oddziałów szpitalnych związana z ich funkcjonowaniem uzależnionym od rodzajów przeprowadzanej diagnostyki, leczeniem poszczególnych rodzajów jednostek chorobowych oraz obsługą różnego rodzaju sprzętu medycznego, jak również deficyt w zatrudnieniu personelu w tej grupie zawodowej, wymusza wręcz na kierownikach szpitali zatrudnianie kadry medycznej zgodnie z posiadaną specjalizacją. Poza powyższym w szpitalach istnieje jeszcze jedno kryterium doboru: dobór stanowiska do rodzaju oddziału. Sytuacja taka ma miejsce w przypadku oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz ginekologii onkologicznej, w których powinny być zatrudniane położne, i nie powinny być one zastępowane pielęgniarkami.



**Wykres 25. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według posiadanej specjalizacji w dziedzinach medycyny**

Źródło: opracowanie własne

Rozpatrując przypadek pielęgniarzy, zauważono dzięki badaniu ankietowemu, iż posiadali oni specjalizacje w dwóch dziedzinach: anestezjologicznej i intensywnej terapii oraz psychiatrycznej.

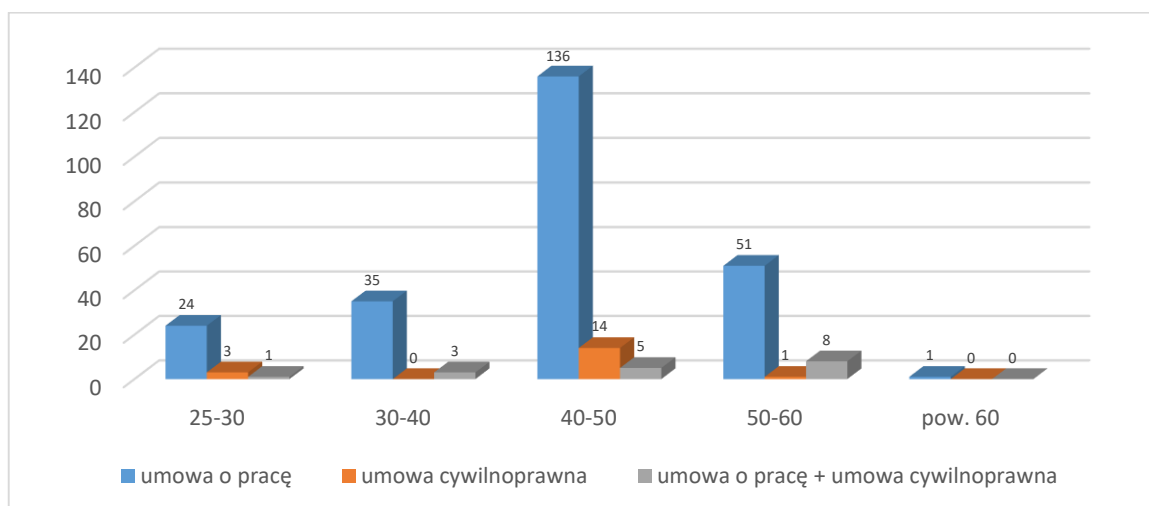


**Wykres 26. Pielęgniarze, którzy wypełnili ankietę według posiadanej specjalizacji**

Źródło: opracowanie własne

Zestawiając wiek osób ankietowanych oraz formę ich zatrudnienia (wykres 27) można dostrzec, że w każdej z tych grup przeważające ich części są zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Niewielki odsetek jest jednak zatrudniony równocześnie na podstawie dwóch

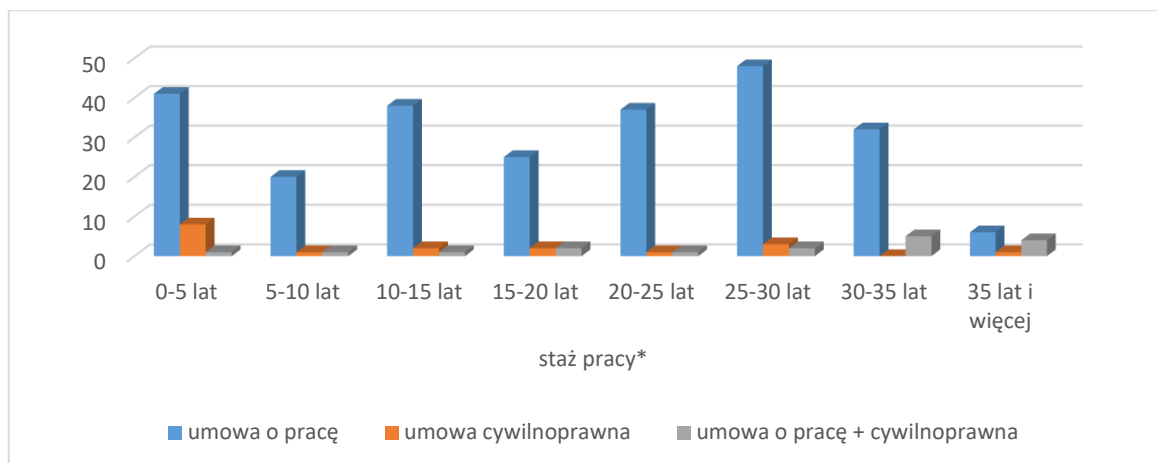
rodzajów umów, tj. na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umowy cywilnoprawnej. Takie rozwiązanie stosowane jest przez kierowników szpitali w celu zmniejszenia deficytu w zatrudnieniu specjalistycznej kadry medycznej. Jednocześnie takie rozwiązanie odpowiada części personelu, gdyż są osoby, które chcą „dopracować” dodatkowe godziny w celu uzyskania wyższego wynagrodzenia, stąd podejmowane są decyzje o zatrudnieniu tego personelu w oddziale oraz dodatkowo w poradni, czy zakładach diagnostycznych.



**Wykres 27. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne

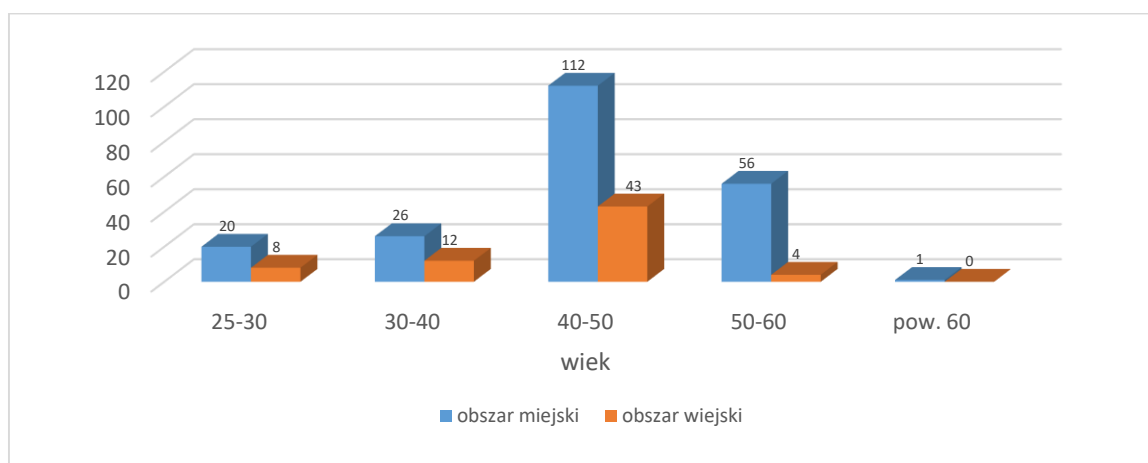
Dzięki przeprowadzeniu kolejnej analizy badania ankietowego, tym razem w odniesieniu do wieku oraz formy zatrudnienia (wykres 27) okazuje się, że również w tym przypadku nie ma zależności pomiędzy przywołanymi wyżej kryteriami. W badaniu zdecydowana większość osób zadeklarowała formę zatrudnienia pracowniczego, ale biorąc nawet pod uwagę grupy wiekowe respondentów, nie zauważa się żadnych uwarunkowań. Stwierdzić jednak należy, że zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej preferowane jest w grupie wiekowej 40-50 lat. To w tej właśnie grupie najwyższy odsetek ogólnej liczby respondentów zatrudniony jest w formie niepracowniczej.



\* W ankietach przyjęto tak określone przedziały stażu pracy z uwagi na zapytania pierwszych respondentów. Mieli oni wątpliwości, do której grupy się przypisać, podobnie jak w przypadku przedziałów wiekowych. Po przeprowadzeniu kilku pierwszych ankiet autorka zmieniła grupy wiekowe.

**Wykres 28. Liczba osób, które wypełniły ankietę według formy zatrudnienia oraz stażu pracy**  
Źródło: opracowanie własne

Kolejnej analizie poddano formy zatrudnienia oraz staż pracy respondentów w przedziałach pięcioletnich (wykres 28). Okazało się, że największa liczba respondentów znajduje się w przedziale stażu pracy od 25 do 30 lat. Nie analizowano zależności wykształcenia i stażu pracy oraz wieku i stażu pracy, gdyż zbyt wiele wątpliwości nasuwa się w przypadku próby korelacji tych kryteriów. Choćby fakt podejmowania pracy na stanowisku pielęgniarki niekoniecznie od razu po ukończeniu szkoły czy podnoszenia kwalifikacji w trakcie zatrudnienia. Również badanie korelacji wieku oraz obszaru zamieszkania (wykres 29) wydaje się w tym przypadku, zdaniem autorki, nie dostarczać jakichś wyraźnych i znaczących wniosków.

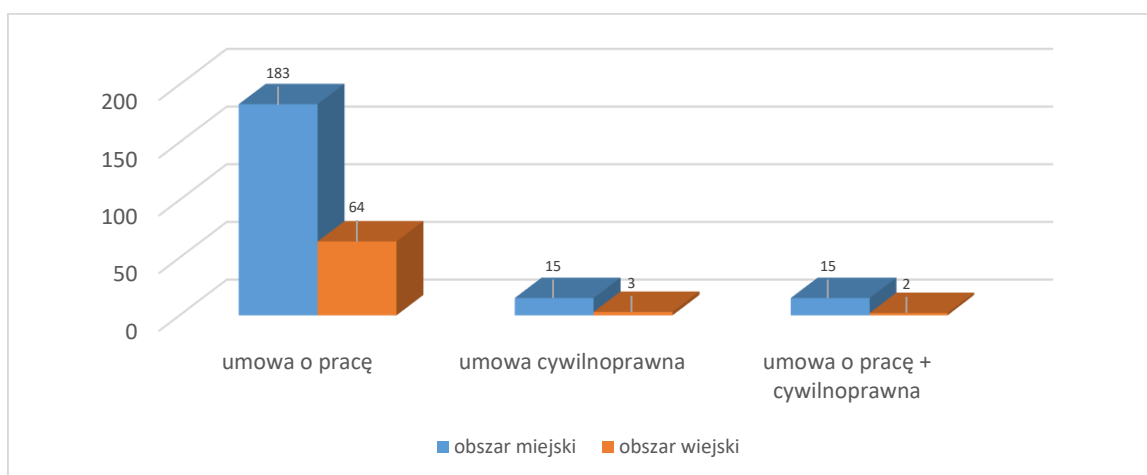


**Wykres 29. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz miejsca zamieszkania**  
Źródło: opracowanie własne



Można zauważyć tutaj jedynie ciekawą zależność (jeśli chodzi o wiek i obszar zamieszkania). Wśród pielęgniarek i położnych w grupie wiekowej: 25-30 lat około 29% grupy zamieszkuje obszar wiejski, w grupie 30-40 lat – 33% grupy zamieszkuje obszar wiejski, w grupie wiekowej 40-50 lat także w odniesieniu do tego obszaru zamieszkania występuje odsetek 28% grupy, zaś w grupie 50-60 lat, tylko ok. 7%. Problem ten nie został zgłębiany w niniejszych badaniach, ponieważ wymagałby ewentualnego wyjścia poza nakreślony w dysertacji plan badań.

Natomiast w kolejnym etapie (wykres 30) analizie poddano zależność formy zatrudnienia oraz obszaru zamieszkiwanego przez personel medyczny.

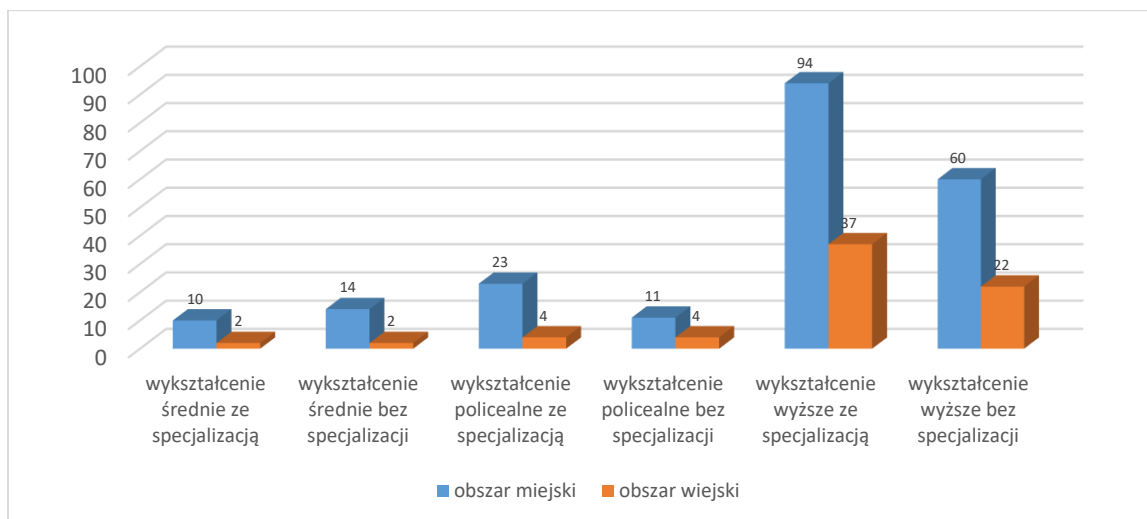


**Wykres 30. Liczba osób, które wypełniły ankietę według formy zatrudnienia oraz miejsca zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie danych, które ilustruje wykres 30 zauważa się, że pielęgniarki i położne zatrudnione w poszczególnych formach zatrudnienia zamieszkują przede wszystkim obszar miejski. Osoby zamieszkujące obszar wiejski stanowią różnej wielkości odsetek respondentów zatrudnionych w poszczególnych formach. Wnioskuje się, że w tym przypadku, przyjęte do tej analizy kryteria nie wywierają na siebie wpływu.

Następnie poddano analizie wykształcenie i specjalizację w zestawieniu z obszarem zamieszkania (wykres 31).



**Wykres 31. Osoby, które wypełniły ankietę według wykształcenia i miejsca zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

Jak przedstawiono na wykresie 31, przeważająca część pielęgniarek i położnych zamieszkuje obszar miejski, a liczba osób zamieszkujących obszar wiejski rozłożona jest w zróżnicowany sposób w zależności od posiadanego wykształcenia. I tak, zauważyć można, że w grupie osób z wykształceniem policealnym bez specjalizacji, osób zamieszkujących obszar wiejski jest około 27%, z wykształceniem wyższym ze specjalizacją 28%, zaś z wykształceniem wyższym bez specjalizacji około 27%. Badania w tym zakresie nie były kontynuowane i nie były rozwijane (z powodów, o których wspomniano już wyżej). Trudno więc stwierdzić jednoznacznie, jaka zależność występuje, oraz, czy w ogóle jakakolwiek zależność ma miejsce w przypadku doboru kryteriów wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.

Badania ankietowe wykazały konkretną prawidłowość. Otóż wynika z nich, że spośród 282 osób, które wypełniły ankietę, aż 264 osoby były zatrudnione na podstawie umowy o pracę, w tym 17 osób jednocześnie dodatkowo na podstawie umowy cywilnoprawnej (w czasie, gdy ankietę była przeprowadzana). Umowa o pracę jest w opinii badanych nie tylko stanem pożądanym, lecz także faktycznym. Współczesne trendy w zatrudnieniu, a zwłaszcza oczekiwania ze strony pracobiorców spotykają się zasadniczo z rzeczywistą realizacją tych dążeń. Nie oznacza to jednak, że nie istnieją inne formy zatrudnienia, jako alternatywne względem tej najbardziej powszechnej.

Osoby ankietowane dostarczają wielorakich argumentów, które uzasadniają stan rzeczy. Jednak można je pogrupować i wykazać pewną tendencję. Jako argumenty zatrudnienia pracowniczego, które dotyczyło ich przypadku, podawano następujące: brak alternatywy

względem tej właśnie formy zatrudnienia, adekwatność formy zatrudnienia wobec statusu i oczekiwań pracy pielęgniarki, bezpieczeństwo zatrudnienia, możliwość uzyskania wyższych zarobków, potrzeba stabilizacji zatrudnienia i wynagrodzenia, kwestia finansowa, możliwość korzystania z urlopu oraz ubezpieczenia, poczucie świadomości rozwoju zawodowego w pracy, gwarancja stabilizacji życiowej, sprzyjające oczekiwaniom pracowniczym warunki urlopowe, korzystne pod różnym względem formy zatrudnienia, możliwości zaciągania kredytu, tryb odbywania specjalizacji, rozwój zawodowy i stabilizacja zawodowa umożliwiające wzmocnienie dobrostanu życia prywatnego, wytwarzanie się potencjalnego kontekstu sprzyjającego dofinansowaniom szkoleń, kursów, rozwoju zawodowego. Pojawiły się też odpowiedzi bez podawania argumentacji. Przyjrano się pokrótce każdemu z wymienionych argumentów, próbując jednocześnie wskazać na pewne prawidłowości oraz okoliczności, z których mogą one wynikać. W tabelach ujęto grupy wiekowe respondentów, którzy podali argumenty zawarte w danej tabeli.

**Tabela 33. „W chwili zatrudnienia była to jedyna możliwa forma zatrudnienia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	9 osób	umowa o pracę
30-40 lat	16 osób	umowa o pracę, w tym 1 osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej – forma zatrudnienia mieszana
40-50 lat	99 osoby	umowa o pracę, w tym 5 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej – forma zatrudnienia mieszana
50-60 lat	51 osób	umowa o pracę, w tym 5 osób na podstawie umowy o pracę i cywilnoprawnej – forma zatrudnienia mieszana, przy czym jedna osoba dodała stabilizację życiową
powyżej 60 lat	1 osoba	umowa o pracę
<b>ogółem</b>	<b>176 osób</b>	<b>w tym 11 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej - forma zatrudnienia mieszana, pozostałe osoby (165) na podstawie umowy o pracę,</b>

Źródło: opracowanie własne

W sytuacjach, w których osoba starająca się o zatrudnienie nie ma możliwości dokonywania wyboru formy zatrudnienia, negocjowania warunków zatrudnienia, podejmowania decyzji zgodnych z własnymi przekonaniem, a jest zdeterminowana, aby to zatrudnienie podjąć, jedynym dla niej rozwiązaniem jest przyjęcie warunków zaproponowanych przez pracodawcę. Jak widać z ankiety, największy odsetek osób, które spotkały się z taką okolicznością,

występuje w grupie wiekowej od 40 do 50 lat (tabela 33). Nie wchodząc zbyt głęboko w psychologiczno-motywacyjną sferę zagadnienia, można jednak zasygnalizować, że dla pracowników, którzy spotykają się z jedyną możliwą opcją, gdzie kwestia wyboru nie może mieć miejsca, taka sytuacja może być jednak nieco demotywująca, „hamująca” i dostarczająca pewnych sygnałów, że miejsce zatrudnienia charakteryzuje się pewną specyfiką funkcjonowania i zarządzania. Od samego początku podejmowanej zawodowej ścieżki zatrudnienia w danym podmiocie, pracownik spotyka się z narzuconą odgórnie i systemowo wizją rzeczywistości, do której wejście oznacza konieczność zaakceptowania i przyjęcia pewnego statycznego modelu instytucjonalnego. Można jednak dostrzegać w takim rozwiązaniu dążenie do pewnego typu dobrze rozumianego ujednoczenia zasad zatrudnienia, ułatwiającego współpracę między pracownikami, porozumiewanie się, a przez to również i zarządzanie.

**Tabela 34. „Forma zatrudnienia dostosowana do potrzeb” pielęgniarki jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
30-40 lat	2 osoby	umowa o pracę
40-50 lat	11 osób	umowa o pracę
50-60 lat	2 osoby	umowa o pracę
<b>ogółem</b>	<b>15 osób</b>	<b>wszystkie zatrudnione na podstawie umowy o pracę</b>

Źródło: opracowanie własne

Interesująco przedstawia się druga sytuacja, w której to 15 pracowników (w tym 11 pracowników w przedziale wiekowym 40-50 lat) stwierdza, że zatrudnienie na podstawie umowy o pracę było w chwili zatrudnienia formą dostosowaną do ich potrzeb. I choć argument nie został przez respondentów rozwinięty odnośnie tego która strona podjęła decyzję o tej właśnie formie zatrudnienia, czy o możliwości negocjacji warunków zatrudnienia, faktem jest, że zatrudnienie pracownicze było formą odpowiadającą tym respondentom.

Kolejnym argumentem jaki został podany przez respondentów jest bezpieczeństwo zatrudnienia. Został podany przez 30 osób, najwięcej w przedziale wiekowym 40-50 lat (tab. 35).

**Tabela 35. „Bezpieczeństwo zatrudnienia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	4 osoby	umowa o pracę
30-40 lat	7 osób	umowa o pracę, w tym 1 na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej – forma zatrudnienia mieszana
40-50 lat	17 osób	umowa o pracę, w tym 4 osoby dodały poczucie stabilizacji
50-60 lat	2 osoby	umowa o pracę, w tym 1 osoba dodała: wygoda, niechęć do wypełniania dokumentów
<b>Ogółem:</b>	<b>30 osób</b>	<b>w tym 29 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 1 osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej - forma zatrudnienia mieszana</b>

Źródło: opracowanie własne

Bezpieczeństwo można traktować zarówno w sensie subiektywnym, jak i obiektywnym. Bezpieczeństwo zatrudnienia jest analogiczne w stosunku do potocznego i dosłownego rozumienia tego pojęcia. Pracownik, który ma poczucie bezpieczeństwa, ma także powody, by to odczuwać. Zależy ono od doświadczenia nie tylko tego pracownika, ale i innych. Poczucie bezpieczeństwa rozumiane jako stabilność, pewność i przewidywalność zatrudnienia i realizacji podejmowanej pracy nie wydaje się elementem mało istotnym (tabela 35). Analiza współczesności rozumianej jako system różnych czynników i kierunków transformacji świata społecznego i gospodarczego pokazuje jednak, że nie sposób chronić się całkowicie i w pełnym tego słowa znaczeniu przed wszelkimi przejawami niepewności i ryzyka. Dotyczy to także zatrudnienia.

**Tabela 36. „Wyższe zarobki” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	3 osoby	umowa o pracę
40-50 lat	4 osoby	umowa o pracę
50-60 lat	1 osoba	zatrudniona na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej - forma zatrudnienia mieszana
<b>Ogółem:</b>	<b>8 osób</b>	<b>w tym 7 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 1 osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej - forma zatrudnienia mieszana</b>

Źródło: opracowanie własne

Kwestia zatrudnienia nieodzownie wiąże się także z wynagrodzeniem. Dla osób podejmujących pracę, w tym dla specjalistycznego personelu medycznego, ten element stanowi jeden z konstytutywnych warunków regulujących podejmowanie aktywności

zawodowej. Wydaje się, że jest on po prostu niezmienny co do skali jego wartości. Choć zdecydowana mniejszość respondentów (8 osób) wskazała na ten element (tabela 36), to nie sposób zasadnie pominąć go jako jednego z determinujących w podejmowaniu zatrudnienia. Oferowanie wyższych zarobków przez szpital określa zarówno stosunek respondenta do specyfiki wykonywanej przez niego pracy, jak i do własnych kompetencji zawodowych w tym zakresie. Można założyć, że upatrywanie w poziomie wynagrodzenia za wykonywaną pracę bezpośredniej gratyfikacji za to, co dana osoba oferuje podmiotowi zatrudniającemu pracownika, określa szpitale jako usługodawcę nie tylko dla pacjentów, lecz i dla zatrudnionych.

**Tabela 37. „Stabilizacja, stabilizacja zatrudnienia i stabilizacja wynagrodzenia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	3 osoby	umowa o pracę
30-40 lat	4 osoby	w tym 2 osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, dodatkowo podano: pakiet socjalny, regularne wypłaty, oraz 2 osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę i cywilnoprawnej – forma zatrudnienia mieszana
40-50 lat	3 osoby	umowa o pracę
50-60 lat	2 osoby	umowa o pracę
<b>Ogółem:</b>	<b>12 osób</b>	<b>w tym 10 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 2 osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę i cywilnoprawnej - forma zatrudnienia mieszana</b>

Źródło: opracowanie własne

Problem stabilizacji (tab. 37), rozumianej szeroko – nie tylko w odniesieniu do wynagrodzenia – nie jest jedynie subiektywnym i psychologicznym aspektem, który warto uwzględnić. Stabilizacja zatrudnienia to także – niejako automatycznie – cały splot pośrednich i pochodnych konsekwencji, jakie ponosi zatrudniony w szpitalu pracownik. Z zatrudnieniem wiąże się przecież nierzadko „kwestia logistyczna”, na przykład zmiana miejsca zamieszkania, znalezienie żłobka, przedszkola czy szkoły dla dzieci. Dla wielu osób fundamentalną sprawą jest wiązanie pracy z miejscem zamieszkania, z wyborem lokalizacji, co przekłada się na codzienne funkcjonowanie w całym splocie i konfiguracjach społecznych, rodzinnych, a nawet kulturowych. Może jednak nieco zaskakiwać, że ten wątek stabilizacji zatrudnienia, a więc także konsekwencji codziennego życia, nie był aż tak licznie eksponowany przez respondentów

(12 osób). Być może jest to efekt większej niż we wcześniejszych dekadach gotowości ludzi do przemieszczania się, do zmiany pracy czy wprowadzania pewnej korekty w życiu codziennym.

**Tabela 38. „Warunki finansowe” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	1 osoba	umowa o pracę
30-40 lat	5 osób	umowa o pracę
<b>Ogółem:</b>	<b>6 osób</b>	<b>wszystkie zatrudnione na podstawie umowy o pracę</b>

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym argumentem podanym przez respondentów były warunki finansowe. Kwestia ta nie oznacza jedynie wysokości wynagrodzenia. Warunki finansowe to także wielość możliwości w zarządzaniu indywidualnymi finansami. Pracownik mający wiele możliwości kreowania własnej, także rodzinnej, sytuacji stabilizacji finansowej, jest najprawdopodobniej w stanie zrezygnować z optymalnie najwyższego wynagrodzenia, na rzecz stabilniejszej, dłuższej w perspektywie czasu i szerszej co do wyboru podejmowanych inwestycji finansowych, zwłaszcza gdy takie przedkładają mu się jako realne i oczywiste. W przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę pracownicy korzystają z wielu praw zagwarantowanych zatrudnieniem pracowniczym: urlopu wypoczynkowego, urlopu dodatkowego (osoby z niepełnosprawnościami), nieobecności z tytułu podnoszenia kwalifikacji. Poza tym oprócz miesięcznego wynagrodzenia otrzymują dodatkowe wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy (tzw. średnia urlopową), mogą otrzymać świadczenia z funduszu socjalnego, dofinansowania wczasów wypoczynkowych, świadczenia z tytułu choroby, są objęte ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, a w przypadku kary finansowej obciążane są maksymalnie do wysokości trzech miesięcznych pensji. Te świadczenia z reguły nie przysługują osobom udzielającym świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, osoby udzielające świadczeń mają obowiązek same wykupić ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, a w przypadku szkody ponoszą odpowiedzialność solidarną wraz ze szpitalem, z którym podpisały umowę.

**Tabela 39. „Urlop, ubezpieczenie” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Forma zatrudnienia
25-30 lat	1 osoba	umowa o pracę
30-40 lat	2 osoby	umowa o pracę
40-50 lat	1 osoba	umowa o pracę
<b>Ogółem:</b>	<b>4 osoby</b>	<b>wszystkie zatrudnione na podstawie umowy o pracę</b>

Źródło: opracowanie własne

Praca, także ta realizowana w przestrzeni podmiotów leczniczych, jest niewątpliwie wymagająca, stresująca, niosąca ze sobą ryzyka i niepewności. Jak wiadomo, z pracą wiąże się potrzeba i konieczność jej chwilowego i cyklicznego „zawieszania”, co ma miejsce wówczas, kiedy pracownik korzysta z urlopu i odpoczynku. Regeneracja sił oraz niezbędne uzupełnianie wyczerpującego się potencjału jego możliwości fizycznych i psychicznych jest zasadniczym elementem dla zachowania równowagi i zdrowia pracownika oraz dla efektywności jego pracy. Ten element jest gwarantowany i regulowany przez prawo i pracodawcę. Jak wspomniano w opisie do tabeli 38, pracownicy objęci są ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej szpitala, w którym są zatrudnieni. Taka sytuacja w przypadku personelu medycznego jest niezwykle istotna z uwagi na coraz większą liczbę roszczeń wysuwanych przez pacjentów i ich rodziny (sprawy prowadzone przez Policję, prokuraturę, sądy).

Niektórzy z respondentów wskazali na czas wolny jako decydujący, bądź ważny w ich decyzji o zatrudnieniu. I tak jak w poprzednim przypadku, ten także może nieco zaskakiwać, że jedynie tylko czworo spośród wszystkich respondentów podało go jako wiodący argument.

Poza powyższymi argumentami pojedyncze osoby podały jeszcze kilka innych argumentów. Wśród nich są następujące: duża możliwość rozwoju w pracy, gwarancja stabilizacji życiowej, korzystne formy urlopowe, korzystne warunki zatrudnienia, możliwość zaciągnięcia kredytu, tryb odbywania specjalizacji, rozwój zawodowy, stabilizacja zawodowa i prywatna, możliwość dostępu do świadczeń finansowych (urlop, świadczenia socjalne, możliwość dofinansowania przez zakład pracy szkoleń, specjalizacji). I tylko sześć osób nie podało żadnego uzasadnienia.

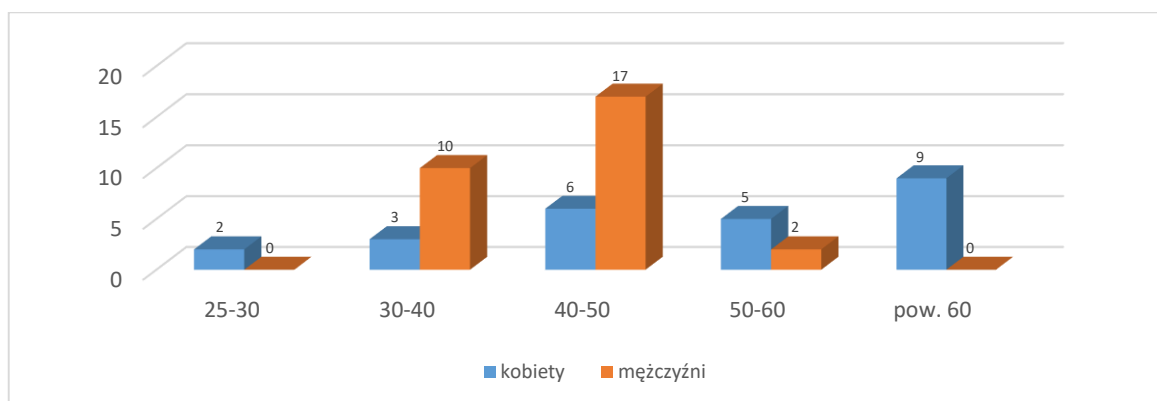
Podsumowując, zarówno same dane dostarczone za pośrednictwem wypełnionych ankiet, jak i ich analizę, należałoby skonstatować, że podawana przez respondentów argumentacja tworzy ostatecznie pewien splot prawidłowości. Wyłania się konkretny obraz: większość (62,41%) osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w procesie zatrudnienia nie miała żadnego wpływu na wybór formy zatrudnienia. Decyzja została podjęta przez pracodawcę



jednostronnie, bez uwzględnienia zdania, zamiaru, oczekiwań osoby zatrudnianej. Być może osoba zatrudniana nie miała nawet możliwości artykułowania swoich preferencji i oczekiwań. Istotnym jest przy tym to, że argument istnienia jedynej formy zatrudnienia podawały nie tylko osoby obu płci z wieloletnim stażem pracy, ale również te osoby, które podczas przeprowadzania badania ankietowego wykazywały się bardzo krótkim, bo tylko rocznym stażem pracy w zawodzie.

Po przeprowadzonej analizie ankiet można stwierdzić, że żadne z kryteriów, tj.: płeć, wiek, staż pracy, wykształcenie, posiadanie specjalizacji, czy miejsce zamieszkania osób zatrudnionych nie miały wpływu na ich formę zatrudnienia. Istotnym jest również fakt, że osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę cenią sobie ten rodzaj zatrudnienia przede wszystkim z uwagi na bezpieczeństwo, poczucie stabilizacji zatrudnienia oraz wynagrodzenia. Niektóre z nich, jak już wyżej zaznaczono, podawały także względy finansowe, a wręcz wyższe lepsze warunki finansowe, ubezpieczenie. W grupie respondentów pojawiła się także interesująca okoliczność, mianowicie to, że zatrudnienie pracownicze dopasowane jest do potrzeb pielęgniarek.

Drugą ankietę (zał. nr 2), dotyczącą zmiany formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną wypełniło 109 osób, w tym 77 kobiet i 32 mężczyzn.



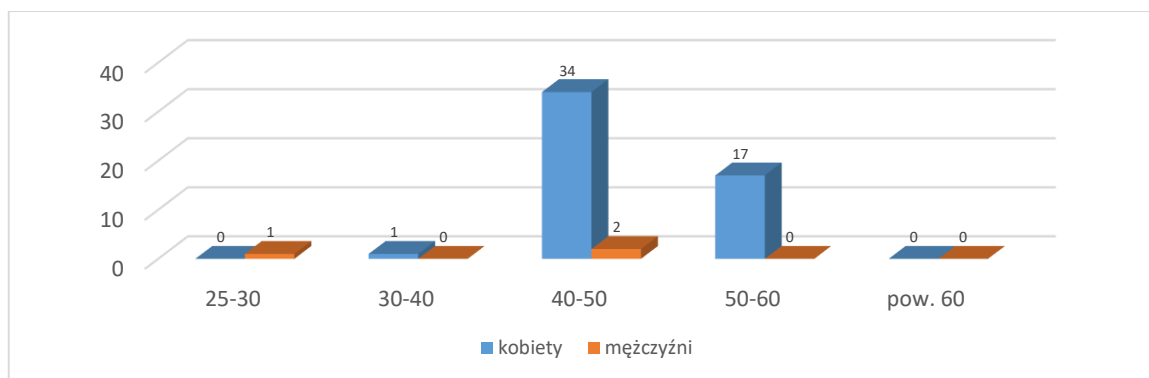
**Wykres 32. Liczba lekarzy, którzy wypełnili ankietę według płci i wieku**

Źródło: opracowanie własne

Ankiety wypełniło 54 lekarzy, w tym 25 kobiet oraz 29 mężczyzn. Jak wynika z wykresu 32 Liczba kobiet-lekarzy, które wypełniły ankiety wzrasta w kolejnych grupach wiekowych (za wyjątkiem 50-60 lat), natomiast mężczyźni-lekarze reprezentowali grupy wiekowe w

zakresach od 30-60 lat, przy czym największa ich grupa znalazła się w grupie 40-50 oraz 30-40 lat.

Kolejny wykres (33) prezentuje liczbę pielęgniarek i położnych w poszczególnych grupach wiekowych.

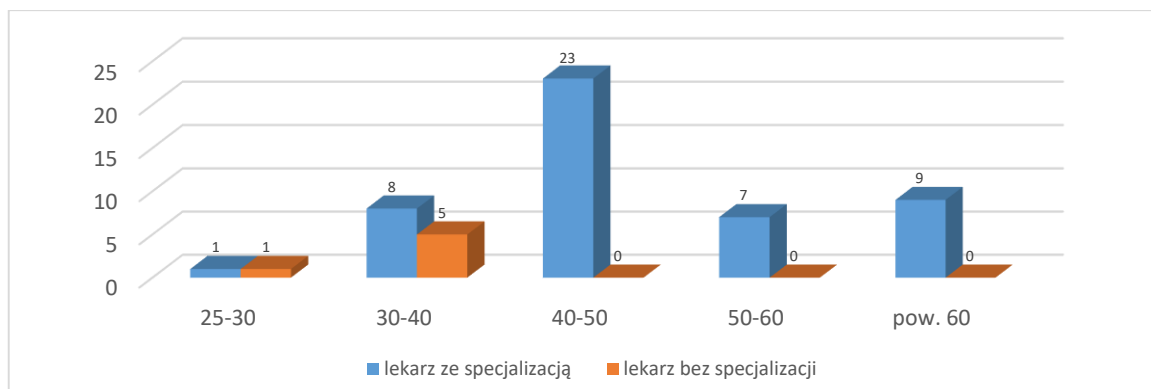


**Wykres 33. Liczba pielęgniarek i położnych, które wypełniły ankietę według płci i wieku**

Źródło: opracowanie własne

W tej grupie zawodowej ankiety wypełnione zostały przede wszystkim przez kobiety (52 osoby) i jedynie przez 3 mężczyzn (jak wcześniej przywołano: zawody pielęgniarki i położnej wykonywane są przede wszystkim przez kobiety). Podobnie jak to miało miejsce w przypadku pierwszej ankiety, zdecydowana większość respondentów znalazła się w grupie wiekowej 40-50 lat (36 osoby) i 50-60 lat (17 osób). W tej części analizy autorka odwołuje się do podobnego wnioskowania, jakie miało miejsce wyżej w analogicznej sytuacji.

Następnie analizie poddano kryterium wieku w zestawieniu z wykształceniem. W grupie zawodowej lekarzy w każdej z grup wiekowych mamy do czynienia z lekarzami specjalistami. Lekarze po ukończeniu studiów odbywają staż lekarski, a następnie specjalizację. W przypadku takiej kolejności i przy zachowaniu terminów (bez przedłużania okresu odbywania specjalizacji i zakładając, że egzamin specjalizacyjny zdany zostanie za pierwszym podejściem), lekarze uzyskują specjalizację w wieku od 28-31 roku życia (w zależności od rodzaju specjalizacji trwa ona od 2 do 6 lat i musi być przedłużana o okresy nieobecności związane m.in. z absencją chorobową, urlopem macierzyńskim, rodzicielskim, bezpłatnym).

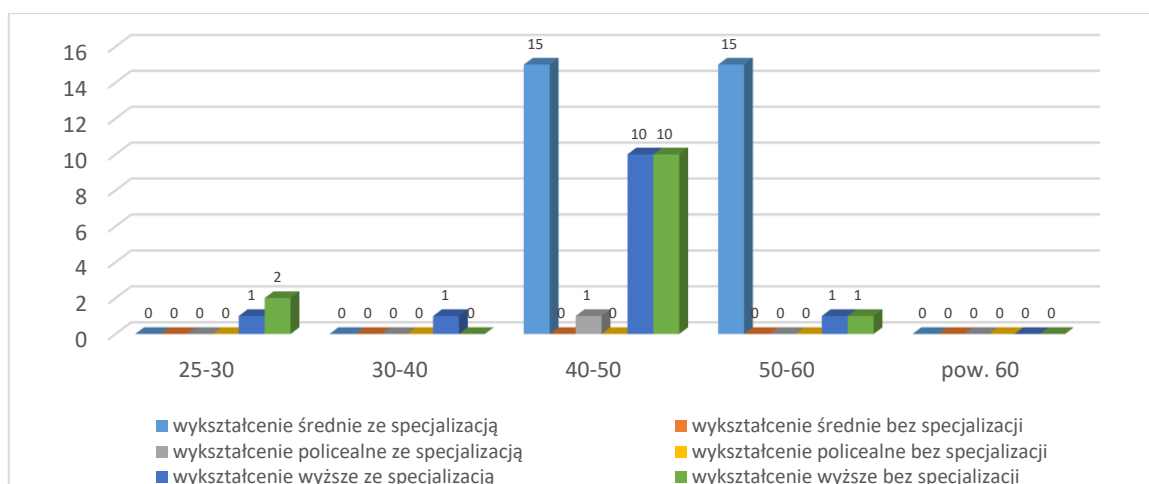


**Wykres 34. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według wieku i kwalifikacji**

Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o lekarzy, prawo wykonywania zawodu mogą oni uzyskać jedynie po ukończeniu studiów wyższych, stąd na wykresie przyjęto jedynie podział na lekarzy ze specjalizacją oraz bez specjalizacji. Jak wynika z danych zilustrowanych na wykresie 34 liczba w wyższych grupach wiekowych nie ma lekarzy bez specjalizacji, co jest naturalną konsekwencją przede wszystkim systemu szkolenia lekarzy w Polsce, jak również obowiązku podnoszenia przez nich kwalifikacji. Jest to globalny trend zgodnie, z którym specjalistyczne kadry medyczne muszą uzupełniać kwalifikacje w związku m.in. z rozwojem nowoczesnych technik wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu, oraz przejawiać umiejętność działania w bardzo specjalistycznych dziedzinach medycyny.

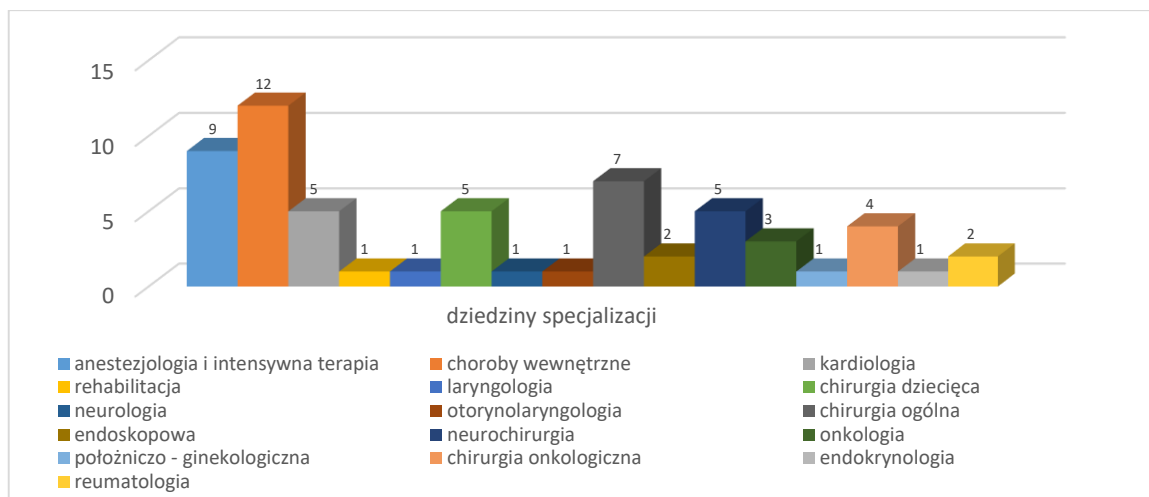
Jeśli chodzi o pielęgniarki i położne, ankiety wypełniły osoby posiadające wykształcenie średnie ze specjalizacją oraz wyższe ze specjalizacją oraz bez specjalizacji, za wyjątkiem jednej osoby z wykształceniem policealnym (wykres 35). Nie zauważono tutaj żadnych uwarunkowań dotyczących wieku i wykształcenia, za wyjątkiem wcześniej opisywanego faktu związanego z systemem szkolnictwa w tej grupie zawodowej, a mianowicie: zaprzestaniem funkcjonowania liceów pielęgniarskich w 1998 roku. Z tego właśnie względu pielęgniarki i położne w grupach wiekowych 25-30 i 30-40 lat nie posiadają wykształcenia średniego.



**Wykres 35. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wieku i posiadanego wykształcenia oraz specjalizacji**

Źródło: opracowanie własne

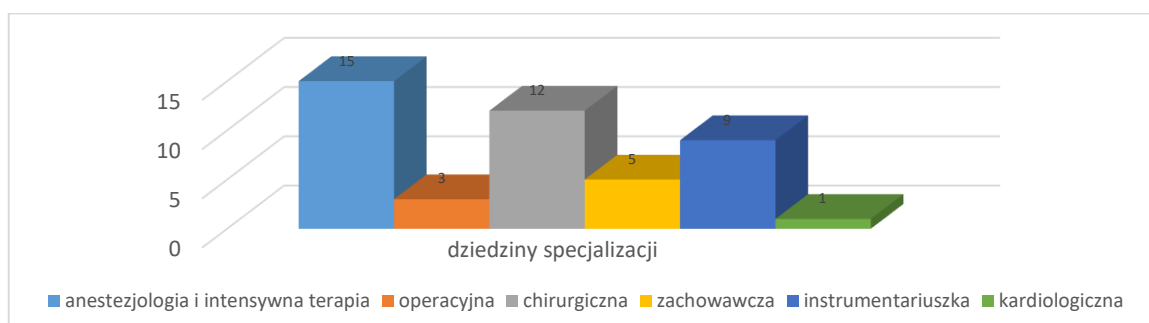
Kolejna analiza (wykres 36) przedstawia dziedziny specjalizacji lekarzy. W badaniu wzięli udział lekarze posiadający specjalizacje w wielu dziedzinach medycyny. Jak można zauważyć, lekarze podejmują proces permanentnego kształcenia się i rozwoju. Wielu z nich posiada więcej niż jedną specjalizację i to nie tylko dlatego, że – jak to obowiązywało wcześniej – uzyskać specjalizację w niektórych dziedzinach medycyny (np.: onkologia, hematologia, nefrologia, kardiologia, endokrynologia, diabetologia, itd.) można było dopiero po uzyskaniu specjalizacji podstawowej (specjalizacja z chorób wewnętrznych). Lekarze decydują się na uzyskanie specjalizacji w dziedzinach pokrewnych, jak: chirurgia ogólna, następnie chirurgia onkologiczna, czy położnictwo i ginekologia, następnie ginekologia onkologiczna, jak również w zupełnie różnych dziedzinach, np. chirurgia ogólna, a następnie psychiatria. Z jednej strony kształcenie jest obowiązkiem ustawowym lekarzy, ale jednocześnie wymogiem obecnych czasów, gdy bez poszerzania wiedzy i podnoszenia kwalifikacji lekarz nie byłby „atrakcyjny” na rynku usług medycznych. I nie są to tylko jedynie wymagania kierowników szpitali, także pacjenci są coraz bardziej wymagający, a to dlatego, iż są coraz bardziej świadomi możliwości diagnostycznych i leczniczych w medycynie, więc każdy chce być zdiagnozowany i wyleczony szybko i w sposób ograniczający ingerencję do niezbędnego minimum.



**Wykres 36. Dziedziny specjalizacji lekarzy, którzy wypełnili ankietę (w przypadku, gdy lekarz posiada więcej niż jedną specjalizację – wykazano każdą z nich)**

Źródło: opracowanie własne

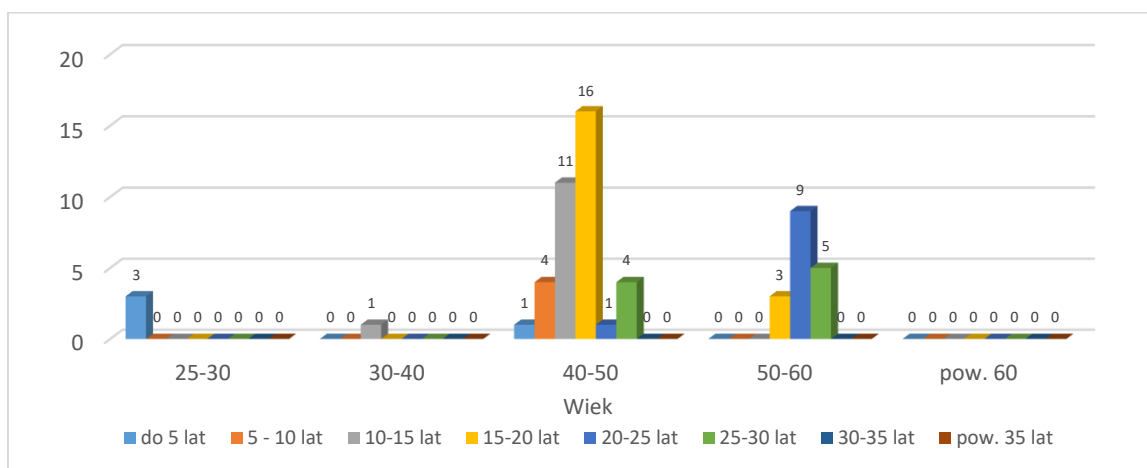
Również pielęgniarki podejmują dalsze wyzwania związane z podnoszeniem kwalifikacji (wykres 37). Jak przywołano w opisie pierwszej ankiety, może to wynikać zarówno z obowiązku ustawowego, jak również z motywacji wynikającej z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym pielęgniarek i położnych. Z punktu widzenia pacjenta czy kierownika szpitala motywacje podnoszenia kwalifikacji przez personel medyczny są nieistotne. Istotne jest, aby pacjenci leczeni byli przez kadrę medyczną posiadającą jak najlepsze (najwyższe) kwalifikacje, gdyż fakt ten może przekładać się na lepszą opiekę nad pacjentem, a co za tym idzie, na oszczędności (lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych, skrócenie pobytu pacjenta), jak również na bardziej efektywne wykorzystanie sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie szpitala.



**Wykres 37. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według posiadanej specjalizacji w dziedzinach medycyny**

Źródło: opracowanie własne

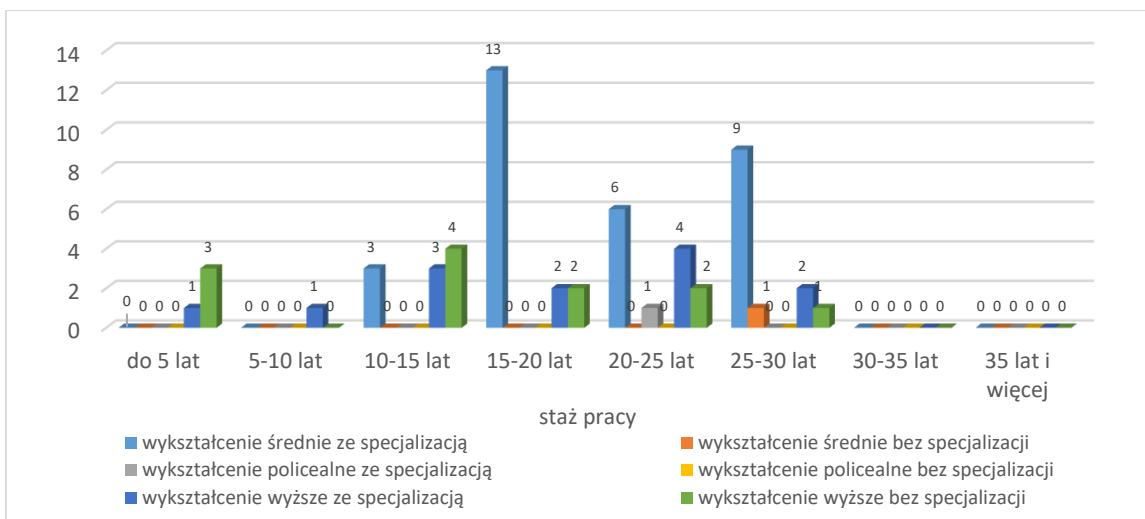
Badając zależność wieku oraz stażu pracy w czasie zmiany formy zatrudnienia zauważa się, że przejście z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną dotyczy największej liczby pielęgniarek w wieku pomiędzy 40 a 50 lat, ze stażem pracy od 15 do 20 lat, a następnie w tej samej grupie wiekowej ze stażem pracy od 10 do 15 lat (wykres 38). Jednak wart podkreślenia jest również fakt zmiany formy zatrudnienia przez pielęgniarki i położne w wieku od 50 do 60 lat.



**Wykres 38. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wieku i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne

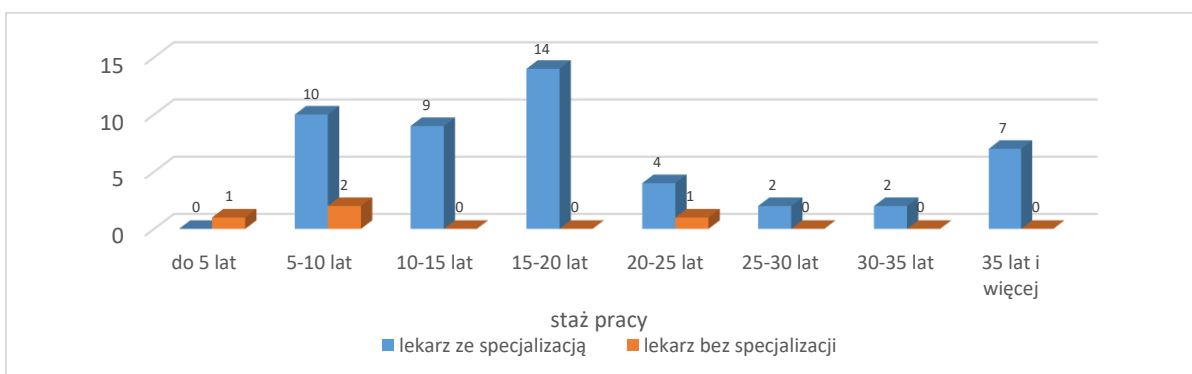
Biorąc pod uwagę staż pracy w chwili zmiany formy zatrudnienia (wykres 39) oraz posiadanych przez pielęgniarki kwalifikacji można zauważyć, że najczęściej osób z wykształceniem średnim ze specjalizacją, ale także posiadających staż pracy w grupach łącznie od 15 do 30 lat przeszło z umów o pracę na umowy cywilnoprawne. Jednak nie ma tu żadnej prawidłowości, która jednoznacznie wskazywałaby na uwarunkowanie zmiany formy zatrudnienia przez pielęgniarki od posiadanego wykształcenia czy stażu pracy.



**Wykres 39. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według kwalifikacji i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne

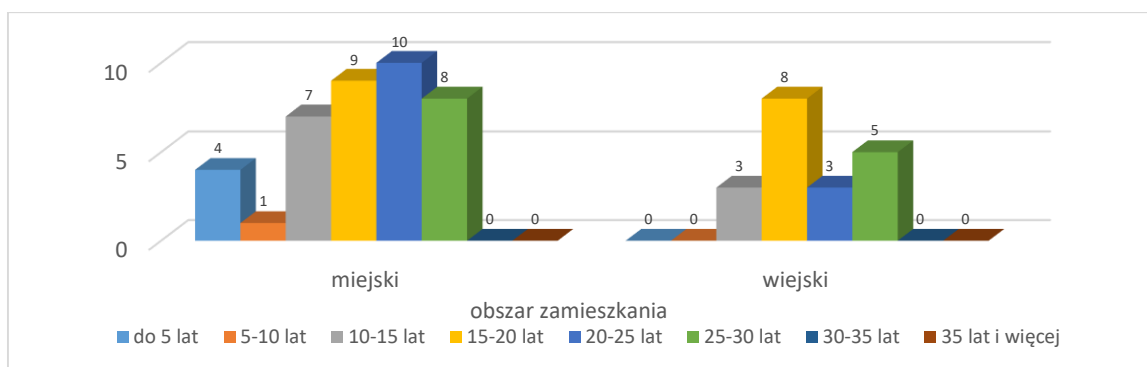
Natomiast w przypadku lekarzy zauważa się, że w chwili zmiany formy zatrudnienia najczęściej z nich posiadało specjalizację, ale przypomnieć tutaj należy, że w badaniu wzięto udział jedynie czterech lekarzy bez specjalizacji. Nie można więc stwierdzić, że to kryterium ma jakieś znaczenie w procesie podejmowania decyzji przez badanych lekarzy. Jeśli chodzi o staż pracy – na wykresie 40 można zauważyć, że w czasie zmiany formy zatrudnienia największa liczba lekarzy posiadała staż pracy w przedziałach kolejno: od 15 do 20 lat, od 5 do 10 lat oraz od 10 do 15 lat. Jednak i w tym przypadku nie ma podstaw do stwierdzenia zależności pomiędzy tymi kryteriami.



**Wykres 40. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według kwalifikacji i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne

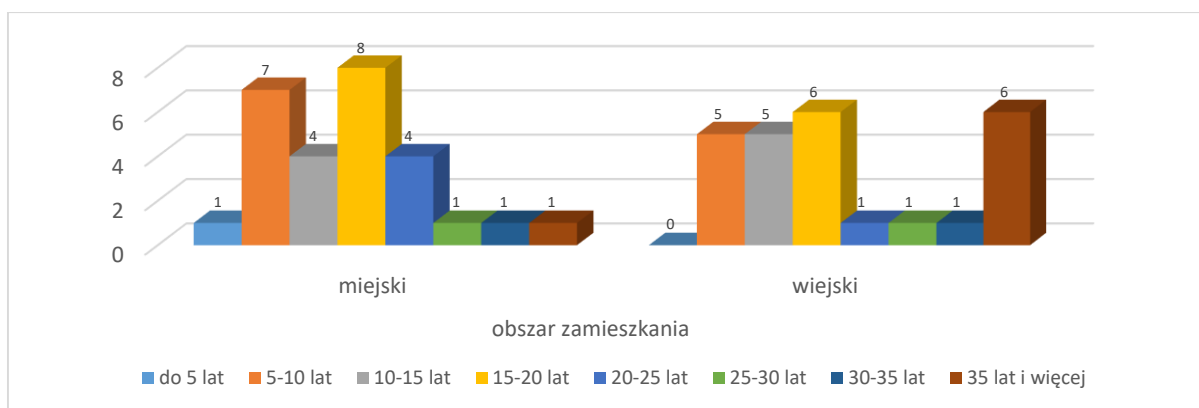
Zestawiając ze sobą takie czynniki, jak obszar zamieszkania oraz staż pracy pielęgniarek i położnych w czasie zmiany formy zatrudnienia zauważyć można, że różnice ilości osób w poszczególnych grupach stażu pracy zamieszkujących obszar miejski lub wiejski nie są znaczące na tyle, aby można było mówić o ich wzajemnym wpływie (wykres 41). Owszem, można stwierdzić, że przede wszystkim pracownicy zamieszkujący obszar miejski zrezygnowali z umów o pracę na rzecz umów cywilnoprawnych, ale faktem jest przecież, że ten rodzaj ankiet został wypełniony w większości przez pielęgniarki i położne zamieszkujące ten właśnie obszar.



**Wykres 41. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według obszaru zamieszkania i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne

Podobną sytuację obserwuje się w grupie zawodowej lekarzy, z tą różnicą, że w tym przypadku mniej więcej podobne grupy lekarzy zamieszkują obydwa obszary (wykres 42). Tutaj również liczba lekarzy, którzy przeszli z umów o pracę na umowy cywilnoprawne jest podobna w poszczególnych grupach stażu pracy. I w tym przypadku nie stwierdza się zależności dobranych kryteriów.



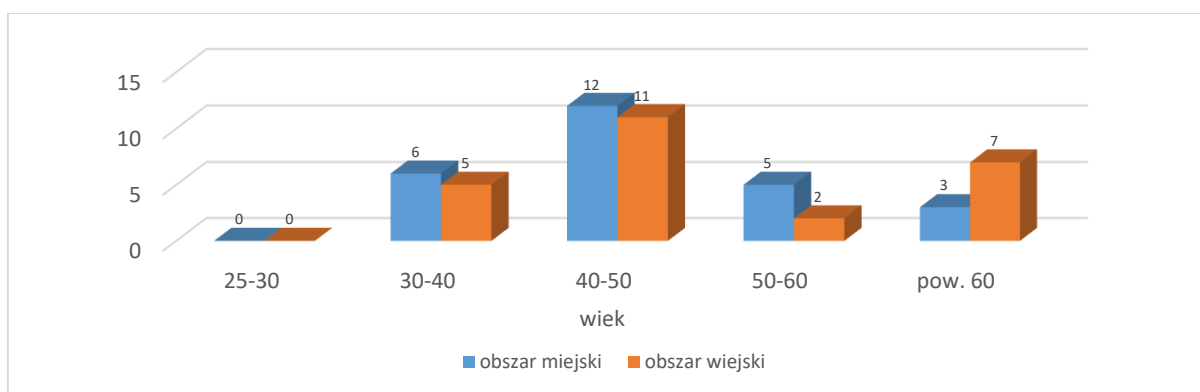
**Wykres 42. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według obszaru zamieszkania i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia**

Źródło: opracowanie własne



Analizując dane z uwzględnieniem kryteriów demograficznych zauważa się, że w grupach wiekowych do 50 lat porównywalna liczba respondentów zamieszkuje obszar miejski i wiejski, z tym, że wyższy odsetek przypada na obszar miejski, dopiero w grupie wiekowej powyżej 60 lat sytuacja ulega zmianie na korzyść obszaru wiejskiego (wykres 43). Jednak grupa badanych lekarzy nie stanowi próby reprezentatywnej, wobec tego można wyciągnąć wnioski jedynie na podstawie posiadanych informacji. Stwierdza się więc, że w przypadku lekarzy kryteria te nie są zależne w żaden sposób.

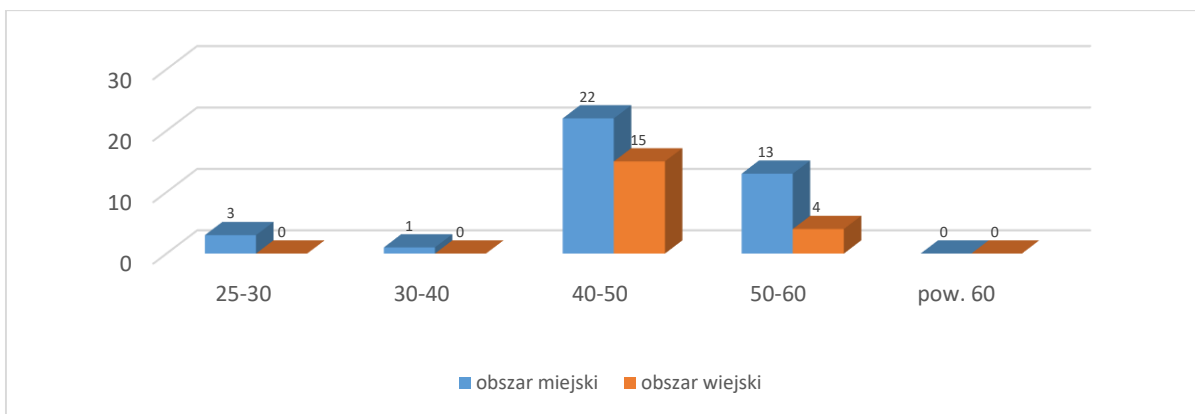
Kryterium miejsca zamieszkania może mieć znaczenie w przypadku personelu medycznego, ponieważ może on zostać zobowiązany do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza szpitalem. W przypadku wezwania do szpitala z uwagi na nagłe zdarzenie, ważna jest każda chwila więc odległość pomiędzy szpitalem a miejscem zamieszkania jest niezwykle istotna.



**Wykres 43. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według wieku i obszaru zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

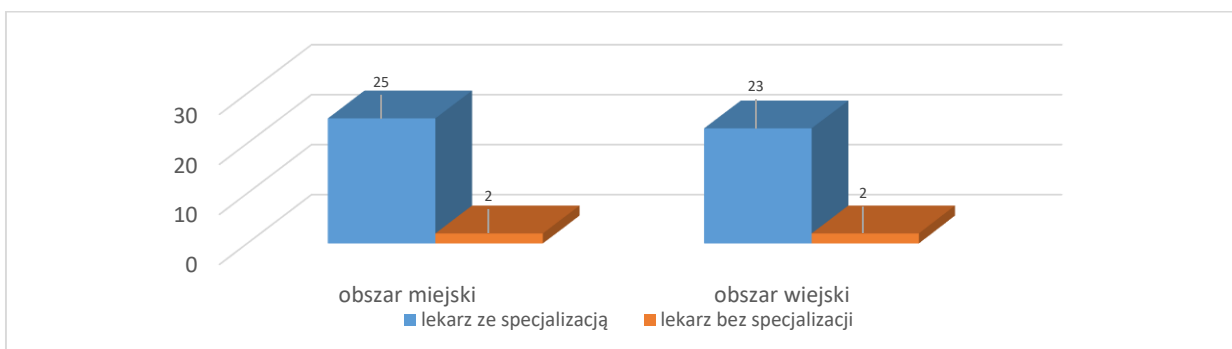
W przypadku pielęgniarek i położnych sytuacja przedstawia się podobnie jak u lekarzy. We wszystkich grupach wiekowych większość ankietowanych osób zamieszkuje obszar miejski (wykres 44), jednak podobnie jak w przypadku lekarzy, próba nie jest na tyle reprezentatywna, aby można było opisać całą grupę zawodową. Oceny dokonuje się więc na podstawie zebranych danych. I w tym przypadku stwierdza się, że przyjęte kryteria nie są relatywne.



**Wykres 44. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wieku i obszaru zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę kryteria kwalifikacji lekarzy – posiadanie przez nich specjalizacji bądź nie, oraz miejsce zamieszkania tych lekarzy widać, że niemal taki sam odsetek lekarzy ze specjalizacją zamieszkuje obszar miejski i wiejski, podobna sytuacja występuje w przypadku lekarzy bez specjalizacji: taka sama liczba lekarzy zamieszkuje obszar miejski i wiejski (wykres 45). Oznacza to, że na podstawie posiadanych danych nie stwierdza się żadnych zależności pomiędzy posiadaniem specjalizacji a obszarem zamieszkania i odwrotnie.

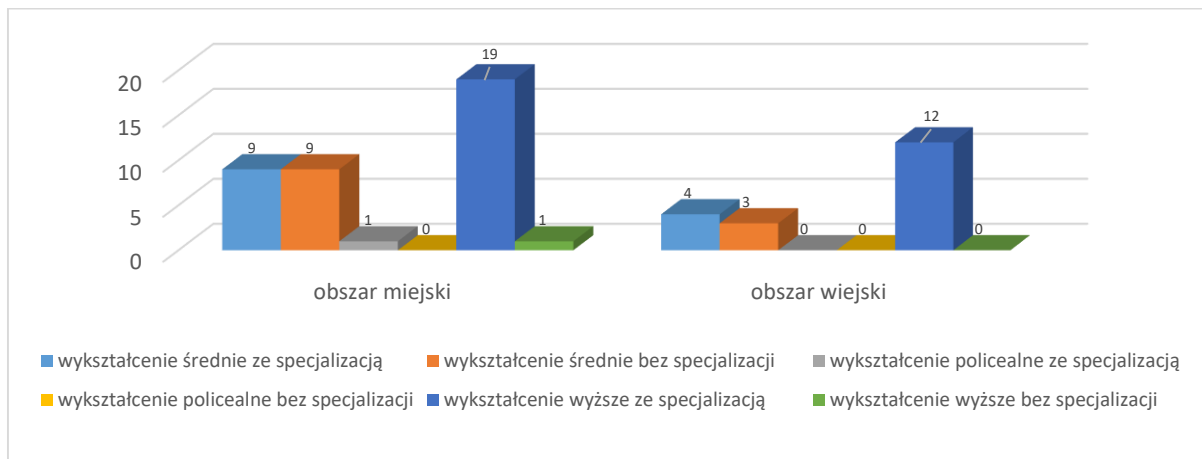


**Wykres 45. Lekarze, którzy wypełnili ankietę, według posiadanej specjalizacji i obszaru zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

Odnosząc się z kolei kryterium wykształcenia i posiadania specjalizacji w grupie pielęgniarek i położnych w stosunku do miejsca ich zamieszkania (wykres 46) widać, że odsetek osób posiadających określone kwalifikacje zamieszkujący obszar miejski jest wyższy niż zamieszkujący obszar wiejski. Jednak podkreślić tutaj należy, że tę ankietę wypełniło więcej pielęgniarek i położnych zamieszkujących właśnie obszar miejski. Badania w tym zakresie nie

były kontynuowane i pogłębiane chociażby z racji anonimowego charakteru ankiety. I analogicznie jak u lekarzy, z racji braku próby reprezentatywnej otrzymuje się podobny, jak wcześniej, wniosek: nie można stwierdzić, że dobrane cechy warunkują się wzajemnie.



**Wykres 46. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wykształcenia i obszaru zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy materiału, który pojawił się w zrealizowanych ankietach wynika, że głównym uzasadnieniem zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną były następujące czynniki: korzystniejsze warunki finansowe, możliwość wypracowania większej liczby godzin, warunki finansowe i organizacja pracy, wzrost wynagrodzenia i możliwość wypracowania większej ilości godzin, kwestia emerytury oraz samodzielne rozliczanie dochodów, presja ze strony przełożonych i proponowanie bardzo korzystnych warunków, jedyna formy zatrudnienia oraz samodzielność, możliwość samodzielnego rozliczania się, odbiurokratyzowanie, sytuacja finansowa, praca na zmiany, możliwość łączenia dyżurów. Warto przyjrzeć się nieco dokładniej wskazanym odpowiedziom.

**Tabela 40. „Korzystniejsze warunki finansowe” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
25-30 lat	1 pielęgniarz	wykształcenie wyższe bez specjalizacji
30-40 lat	1 lekarz	ze specjalizacją
40-50 lat	9 pielęgniarek	w tym 8 z wykształceniem wyższym (7 ze specjalizacją, 1 bez specjalizacji) oraz 1 z wykształceniem policealnym ze specjalizacją
50-60 lat	5 lekarzy	ze specjalizacją
pow. 60 lat	2 lekarzy	ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>18 osób</b>	<b>w tym 8 lekarzy ze specjalizacją i 10 pielęgniarek (9 z wykształceniem wyższym, w tym 7 ze specjalizacją i 2 bez specjalizacji) oraz 1 z wykształceniem policealnym ze specjalizacją</b>

Źródło: opracowanie własne

Jednostki funkcjonujące w różnych konfiguracjach społecznych i organizacyjnych kalkulują swoje plany. Innymi słowy, myślą i zachowują się racjonalnie. Racjonalizacja i kalkulacja korzyści i strat dominuje także okresy i momenty, w których podejmuje ona decyzję o zmianie. Takie mechanizmy mają z pewnością także swoje miejsce w przypadku osób, które zmieniają – w porozumieniu ze swoim pracodawcą – formę zatrudnienia. Najliczniej spośród respondentów taką decyzję podejmowały pielęgniarki w grupie wiekowej 40-50 lat, w tym 8 posiadających wykształcenie wyższe (tabela 40).

**Tabela 41. „Lepsze warunki finansowe, możliwość wypracowania większej liczby godzin, organizacja pracy” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
25-30 lat	1 pielęgniarka	wykształcenie wyższe ze specjalizacją
40-50 lat	19 pielęgniarek	w tym 16 z wykształceniem średnim ze specjalizacją oraz 3 z wykształceniem wyższym (1 ze specjalizacją i 2 bez specjalizacji)
50-60 lat	17 pielęgniarek	w tym 2 z wykształceniem wyższym (1 ze specjalizacją, 1 bez specjalizacji) oraz 15 z wykształceniem średnim ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>37 osób</b>	<b>w tym 3 pielęgniarki z wykształceniem wyższym i specjalizacją, 3 pielęgniarki z wykształceniem wyższym bez specjalizacji, 31 pielęgniarek z wykształceniem średnim ze specjalizacją</b>

Źródło: opracowanie własne

Należy podkreślić w tym miejscu, że praca w godzinach nadliczbowych, czy świadczenie usług w liczbie godzin powyżej odpowiednika przelicznika etatu, w jednym szpitalu powoduje

zmniejszenie deficytu, a w drugim może ten deficyt pogłębiać, gdyż pielęgniarki zatrudnione są zazwyczaj w więcej niż jednym podmiocie leczniczym. Personel medyczny świadczy pracę/usługi w określonej i możliwej do efektywnego działania liczbie godzin. Wobec powyższego ten argument podawany przez respondentów przynosi efekt im samym w postaci zwiększonego wynagrodzenia, jeśli zaś chodzi o szpitale ogółem – nie ma wpływu na zmniejszenie deficytu w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych.

Nie bez znaczenia jest fakt, że możliwość realizacji obowiązku pracowniczego w maksymalnej i optymalnej dla jednostki formie staje się wiodącym motywem działania oraz organizacji swoich życiowych codziennych praktyk. Organizowanie życia zarówno zbiorowego jak i prywatnego stanowią o skuteczności i efektywności codziennych działań. Dodatkowo, dobrze zorganizowane miejsce pracy i harmonogram codziennych zajęć przekładają się także na poprawę tak wydajności jak i stopy życiowej, choćby ze względu na otrzymywanie wyższego wynagrodzenia (tabela 41). Można przyjąć jako zasadne, że takie łączenie organizacji pracy z możliwością wypracowania większej ilości godzin oraz z lepszymi warunkami finansowymi wynika z doświadczenia zawodowego, które w grupach wiekowych 40-50 oraz 50-60 lat jest znaczące.

**Tabela 42. „Warunki finansowe i organizacja pracy” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
30-40 lat	2 lekarzy	w tym 1 ze specjalizacją i 1 bez specjalizacji
40-50 lat	20 lekarzy	ze specjalizacją
50-60 lat	2 lekarzy	ze specjalizacją
pow. 60 lat	1 lekarz	ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>25 osób</b>	<b>w tym 24 lekarzy ze specjalizacją i 1 lekarz bez specjalizacji</b>

Źródło: opracowanie własne

Praca lekarza odbywa się w specyficznym kontekście silnie relacyjnego i interakcyjnego kontekstu organizacyjnego i społecznego. Można przyjąć, że specyfika pracy lekarza, zwłaszcza w podmiocie leczniczym takim jak szpital, polega nie tylko na zwykłym świadczeniu usług, które tylko pozornie może wydawać się mechanicznym procesem wyspecjalizowanego człowieka. Pojawiają się tu także permanentne, zaskakujące, nieprzewidywalne i fluktuacyjne zdarzenia, które wymagają umiejętności dobrego wykonania swoich zawodowych obowiązków, jak i stałego nastawienia, w którym gotowość do zmiany oraz korekty w myśleniu

i działaniu stają się ważnymi elementami w całości codziennych aktywności. Kiedy odnotowuje się, że aż 20 lekarzy w grupie 40-50 lat zdecydowało o zmianie sposobu zatrudnienia (tabela 42), może potwierdzać to pewną prawidłowość, że zmiana jest wpisana w szeroko rozumianą strategię działania lekarzy. Nie bez znaczenia mają tu oczywiście warunki finansowe oraz lepsza organizacja pracy, co dla tej grupy zawodowej, zwłaszcza we wskazanym przedziale wiekowym, stanowi dużą wartość. Decyzja o zmianie formy zatrudnienia z podaniem tego rodzaju argumentu mogła być podyktowana zamiarem udzielania świadczeń w dodatkowym podmiocie leczniczym. Taka sytuacja mogłaby pozwolić na zmniejszenie deficytu w zatrudnieniu lekarzy, gdyż wykonując świadczenia przez dodatkową liczbę godzin w kolejnym podmiocie leczniczym większa liczba pacjentów miałaby dostęp do specjalisty, dzięki czemu kolejki oczekujących mogłyby ulec skróceniu.

**Tabela 43. „Wzrost wynagrodzenia, możliwość pracy w większej liczbie godzin” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
40-50 lat	5 pielęgniarek	z wykształceniem wyższym, w tym 3 ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>5 osób</b>	<b>w tym 3 pielęgniarki z wykształceniem wyższym i specjalizacją oraz 2 pielęgniarki z wykształceniem wyższym bez specjalizacji</b>

Źródło: opracowanie własne

Podobnie jak wyżej – w przypadku lekarzy, okazuje się, że szpitale stwarzają możliwość nie tylko racjonalizacji, którą kierują się zarządzający, ale jest to także cecha osób zatrudnionych oraz udzielających świadczeń. Racjonalizacja, kalkulacja i możliwość polepszania własnej sytuacji zawodowej, są istotnymi czynnikami motywującymi do zmiany, w tym do podejmowania zmiany formy zatrudnienia. Także, jak w przypadku lekarzy, sytuacja, w której pielęgniarki zmieniły formę zatrudnienia, aby dodatkowo udzielać świadczeń w innym podmiocie leczniczym, mogłaby wpłynąć na zmniejszenie deficytu w zatrudnieniu w tej grupie zawodowej. Sytuacja w tym przypadku jest odmienna od pracy w godzinach nadliczbowych przez pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ponieważ normy czasu pracy, w tym liczba godzin nadliczbowych, są ściśle określone.

**Tabela 44. „Emerytura, warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów, decydowanie o liczbie godzin” jako uzasadnienie ankietowanych dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
pow. 60 lat	7 lekarzy	ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>7 osób</b>	<b>wszyscy lekarze ze specjalizacją</b>

Źródło: opracowanie własne

W związku z argumentem: emerytura, warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów, decydowanie o liczbie godzin pojawiła się ciekawa sytuacja. Na 10 respondentów - lekarzy w wieku powyżej 60 roku życia, 6 podało to właśnie uzasadnienie. Wielu lekarzy po uzyskaniu prawa do świadczenia emerytalnego rezygnuje z zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na rzecz umowy cywilnoprawnej. Na skutek zmiany formy zatrudnienia lekarze ci mogą ograniczyć liczbę godzin udzielanych świadczeń lub przyjąć taką organizację udzielania świadczeń, która będzie dla nich i dla szpitala odpowiednia, a nie będzie ograniczana normami czasu pracy obowiązującymi w zatrudnieniu pracowniczym. Poza tym dodatkowe środki finansowe uzyskiwane za udzielanie świadczeń i możliwość samodzielnego rozliczania dochodów mają dla tych lekarzy duże znaczenie.

**Tabela 45. „Warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów, decydowanie o liczbie godzin” jako uzasadnienie ankietowanych dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
30-40 lat	6 lekarzy	w tym 4 ze specjalizacją
40-50 lat	2 lekarzy	ze specjalizacją
	1 pielęgniarka	z wykształceniem wyższym bez specjalizacji
<b>Ogółem:</b>	<b>9 osób</b>	<b>w tym 6 lekarzy ze specjalizacją, 2 lekarzy bez specjalizacji i 1 pielęgniarka z wykształceniem wyższym bez specjalizacji</b>

Źródło: opracowanie własne

Nie dziwi raczej fakt, że kilku lekarzy oraz pielęgniarka w grupach wiekowych, które nie osiągnęły jeszcze wieku emerytalnego (tabela 45) w ankiecie wskazało także, iż warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów oraz decydowanie o liczbie godzin, mają determinujący wpływ na decyzję o zmianie formy zatrudnienia. Po pierwsze dlatego, że jest to grupa osób, które cieszą się już doświadczeniem zawodowym. A po drugie, jak wcześniej podano, taka decyzja mogła być podjęta w celu udzielania świadczeń również w innym

podmiocie leczniczym, co z kolei może mieć przełożenie na zmniejszenie deficytu w zatrudnieniu w grupach specjalistycznych kadr medycznych, gdyż zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej daje dużo większe możliwości w zakresie organizacji pracy w oddziałach szpitalnych i poradniach.

**Tabela 46 „Presja przełożonych, propozycja nie do odrzucenia” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia**

Wiek ankietowanych	Liczba ankietowanych	Kwalifikacje
40-50 lat	3 pielęgniarki	w tym 2 z wykształceniem wyższym bez specjalizacji oraz 1 z wykształceniem średnim ze specjalizacją
	1 położna	z wykształceniem wyższym bez specjalizacji
	1 lekarz	ze specjalizacją
<b>Ogółem:</b>	<b>5 osób</b>	<b>w tym 1 lekarz ze specjalizacją, 2 pielęgniarki i 1 położna z wykształceniem wyższym bez specjalizacji oraz 1 pielęgniarka z wykształceniem wyższym ze specjalizacją</b>

Źródło: opracowanie własne

Jak się okazuje, różne czynniki mogą determinować decyzję o zmianie formy zatrudnienia. Nie zawsze będą to decyzje motywowane osobistą strategią. Wiele takich decyzji ma miejsce także wówczas, kiedy osoba zatrudniona jest stymulowana zewnątrz, kiedy wywierany jest na nią nacisk. Co prawda niewiele z ankietowanych osób doświadczyło takiego wpływu ze strony przełożonych, lecz jest to także przykład sytuacji, które spotyka się w strukturach zarządzania i organizacji, i jak się okazuje, także w szpitalach.

W tym przypadku kwestia interpretacji nie wydaje się wносить elementu wyjaśniającego. Pracownik znajduje się w sytuacji wymuszonej zmiany zatrudnienia. Jedyne, co może zrobić, to albo zaakceptować taką zmianę, albo nie podejmować dalszej aktywności zawodowej w tym konkretnym szpitalu. Z pewnością różne mogą być przyczyny takiej sytuacji, kiedy zdeterminowano pracowników do podjęcia zmiany formy zatrudnienia

Pojedyncze osoby podały (4 osoby): samodzielność, możliwość samodzielnego rozliczania się, mniejsza ilość dokumentów do wypełniania, sytuacja finansowa, praca na zmiany, możliwość łączenia dyżurów. Ta swoista mozaika odpowiedzi odślania prawidłowość dotyczącą występującej w grupie personelu medycznego pewnej jedności w koncepcyjnych oraz realizowanych scenariuszach zawodowych, które są silnie naznaczone odniesieniami do szerszych kontekstów, w tym także rodzinnych, pozazawodowych, życiowych.



Z analizy ankiet wyłania się dominująca prawidłowość, że główną przyczyną zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną były względy finansowe. Argument ten podają przede wszystkim osoby posiadające specjalizację. Jest to jedyny parametr mający wpływ na podejmowaną decyzję. Pozostałe kryteria, tj. płeć, wiek, wykształcenie, staż pracy, miejsce zamieszkania, nie są istotne w przypadku tego argumentu. Rozwiązanie takie przyjmują osoby, które same chcą udzielać świadczeń w wymiarze godzinowym większym niż określony przepisami prawa pracy lub zorganizować udzielanie świadczeń w sposób odmienny niż wynikający z umowy o pracę. Dotyczy to zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych. Również jest to przypadek osób, które po uzyskaniu uprawnień do emerytury podejmują zatrudnienie na podstawie umowy tzw. kontraktowej lub umowy zlecenia, często w mniejszym wymiarze godzinowym. W tym przypadku decyzja więc nie jest podejmowana jednostronnie. Zatrudnienie niepracownicze, jak uzasadniają osoby ankietowane, pozwala na podejmowanie decyzji o tym, w jakim wymiarze godzinowym usługi będą świadczone. Tego rodzaju zatrudnienie pozwala także na samodzielne rozliczanie się z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Urzędem Skarbowym (US), więc osoba udzielająca świadczeń decyduje o wysokości ponoszonych przez nią kosztów.

W grupach podających jednego rodzaju argument znajdowały się osoby w różnym wieku, z różnym stażem pracy. Po przeprowadzonej analizie ankiet stwierdza się, że w procesie podejmowania decyzji dotyczącej formy zatrudnienia 12,84% badanych osób było zmuszonych przez pracodawcę do zmiany formy zatrudnienia i nie wynikało to bynajmniej z przyczyn dotyczących nabycia praw do emerytury. Na podstawie wcześniej przedstawionych danych statystycznych, personel medyczny po nabyciu praw do świadczeń emerytalnych kontynuuje zatrudnienie. Także w formie niepracowniczej. Również tutaj, jak w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, argumenty podawane były przez osoby w różnym wieku, z różnym stażem pracy oraz wykształceniem z/bez specjalizacji.

Istotnym jest, że po przeprowadzonej analizie drugiego rodzaju ankiety: o zmianie formy zatrudnienia w przebiegu zatrudnienia, jednoznacznie stwierdza się, że żadne z przyjętych kryteriów: wiek, wykształcenie, posiadanie specjalizacji, staż pracy w chwili zmiany formy zatrudnienia i obszar zamieszkania lekarzy oraz pielęgniarek i położnych nie mają żadnego wpływu na siebie, jak i na zmianę formy zatrudnienia. Uzasadnieniem takiego wniosku jest przede wszystkim fakt otrzymania wypełnionych ankiet od niewystarczającej liczby osób.

Niestety, pomimo rozprowadzenia wśród lekarzy, pielęgniarek i położnych 200 druków drugiego wzoru ankiety autorka nie otrzymała zwrotnie wszystkich egzemplarzy, nie udało się również pomimo przeprowadzonych rozmów wyegzekwować tych ankiet. Poczynione analizy i wyciągnięte wnioski opierają się na zasobie otrzymanych informacji zwrotnych. Autorka ma świadomość, że stanowi to kolejne ograniczenie dysertacji.

Niezaprzeczalnym jest fakt, że przy wyborze zatrudnienia pracodawca mógłby brać pod uwagę również korzyści dla zatrudnionych, gdyż zadowolenie pracownika może mieć przełożenie na wykonywane przez niego obowiązki. Zwłaszcza w szpitalach, gdzie praca związana jest ze szczególną odpowiedzialnością, a zwłaszcza w przypadku pracowników deficytowych grup zawodowych. Takie podejście stanowi o uznaniu pracownika, a nie traktowaniu go jedynie jako siły roboczej, kosztownej, jakkolwiek siły roboczej.

Warto jednak pamiętać także o tym, że ta relacyjna zależność między zatrudnionym i zatrudniającym ma także swój przeciwny kierunek. Zatrudniony winien kierować się zobiektywizowaną i zrjonalizowaną świadomością posiadanych kwalifikacji oraz osobistych kompetencji, które nabył i wypracował sobie w przebiegu zatrudnienia, a nie przyjmować postawy roszczeniowej. Formy zatrudnienia – przypomnijmy – są także przejawem sytuacji w jakiej znajduje się szpital oraz możliwości organizacyjnych, gospodarczych, a przede wszystkim formalnoprawnych. I tak zatrudnienie pracownicze argumentowane w pierwszym rodzaju ankiety w sposób następujący: „w chwili zatrudnienia była to jedyna możliwa forma zatrudnienia”, przez niektórych respondentów odbierany w sposób krytyczny, przez innych wręcz przeciwnie, dla pracodawcy ma znaczenie niebagatelne. To przecież pracodawca stwarza i organizuje miejsca pracy. To pracodawca dokłada wszelkich starań, aby te miejsca pracy utrzymać. Dlatego jego obowiązkiem jest dbanie o sytuację finansową, aby nie narażać szpitala na niegospodarność oraz straty i jednocześnie rozpatrywać oczekiwania, czy wręcz roszczenia pracowników oraz osób udzielających świadczeń. Niestety to, co z punktu widzenia jednostki czy grupy osób reprezentujących indywidualny interes, wydaje się proste i realne do zrealizowania, może być katastrofalne w skutkach dla szpitala, gdyż realizacja żądań jednej grupy może spowodować lawinę roszczeń kolejnych grup. Z kolei argument podawany w drugim rodzaju ankiety w związku ze zmianą formy zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną: „presja przełożonych, propozycja nie do odrzucenia” może świadczyć o konieczności dostosowania organizacji pracy do potrzeb i możliwości finansowych szpitala.

Personel medyczny nie zawsze musi być zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy. Wiele poradni czy przychodni zakontraktowanych w NFZ przez szpitale jest czynnych kilka godzin dziennie w określonych przez NFZ dniach (nie zawsze we wszystkie dni robocze w tygodniu). W związku z tym faktem kierownicy jako jedno z rozwiązań, mogą stosować elastyczne formy zatrudnienia, w tym zatrudnienie niepracownicze. Dzięki takiemu rozwiązaniu w umowie nie musi być określona liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu tylko zapis o udzielaniu świadczeń w poradni zgodnie z harmonogramem. Taka formuła powoduje, że personel medyczny udziela świadczeń w takiej liczbie godzin, na ile zakontraktowana jest poradnia więc szpital płaci wynagrodzenie za czas rzeczywistego udzielania świadczeń lub za liczbę rozliczonych porad czy procedur. Takie rozwiązanie jest korzystne dla pracodawcy, ale jak wcześniej wspomniano, to pracodawca odpowiada za funkcjonowanie szpitala i za efektywność organizacji pracy.

W drugiej ankiecie jako argument uzasadniający zmianę formy zatrudnienia respondenci podali również: „lepsze warunki finansowe, możliwość wypracowania większej liczby godzin, organizacja pracy”. Lepsze warunki finansowe mogą wynikać np. z przyznania wyższej stawki godzinowej osobom, które przeszły na umowy cywilnoprawne. Pracodawca zatrudniając pracownika odprowadza za niego składki do ZUS, gdy pracownik zmienia formę zatrudnienia na umowę cywilnoprawną – sam rozlicza się z ZUS. Wobec tego faktu pracodawca może podwyższyć stawkę osoby udzielającej świadczeń o koszty, które ponosił w związku ze składkami odprowadzanymi do ZUS w czasie zatrudnienia pracowniczego. Natomiast zyskać może dzięki takiej zmianie formy zatrudnienia na kosztach związanych m.in. z: udzielaniem urlopu wypoczynkowego, świadczeniami socjalnymi, odpisami na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, wynagrodzeniem za pracę w godzinach nocnych i nadliczbowych oraz innymi kosztami związanymi z zatrudnieniem pracowniczym. Takie rozwiązanie, w którym zastosowanie mają elastyczne formy zatrudnienia wpłynąć może na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych, gdyż może powodować bardziej efektywne organizowanie czasu pracy/udzielania świadczeń i eliminowanie czasu, w którym nie są wykonywane obowiązki wynikające z umowy. Może się więc okazać, że dzięki odpowiedniej organizacji pracy potencjał personelu medycznego zostanie bardziej efektywnie „spożytkowany”, co z kolei może mieć przełożenie na wyższe wykonanie kontraktu z NFZ, a w konsekwencji na wyższy przychód szpitala.

Kolejny argument podawany przez osoby wypełniające ankietę: „większa liczba godzin do wypracowania”, jak wcześniej napisano, z jednej strony pozwala na zabezpieczenie przez jedną osobę większej liczby pacjentów lub wykonanie większej liczby procedur w jednym szpitalu, a z drugiej strony powoduje ograniczenie na rynku usług medycznych, gdyż poprzez udzielanie świadczeń w większej liczbie godzin w jednym szpitalu ta osoba nie będzie już dostępna w innym podmiocie leczniczym. Fakt ten nie ma więc wpływu na zwiększenie dostępności specjalistycznych kadr medycznych na rynku usług medycznych.

Powyższe analizy i wyłaniające się z nich wnioski z pewnością nie oddają w pełni obiektywnej i kompleksowej sytuacji dotyczącej zatrudnienia, pracy oraz strukturalno-funkcjonalnych problemów powodowanych deficytem specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych. Zrealizowane badania ilościowe, jakkolwiek istotne i zasadnicze dla zobrazowania problemu, nie są w pełni reprezentatywne dla wszystkich podmiotów leczniczych oraz dla opisu obiektywnie realizujących się scenariuszy statusu zatrudnienia pracowników medycznych. Głównie z tego powodu podjęto decyzję, by zrealizować także badania jakościowe, a dokładnie przeprowadzić wywiad pogłębiony z rozmówcami, co znacząco pogłębiłoby i wzbogaciło podejmowaną problematykę. Zdecydowano również, aby tę część badań i wynikających z nich analiz zrealizować i usytuować w oddzielnej części dysertacji, to znaczy w kolejnym podrozdziale. Staną się one – tak się wydaje – znacznie czytelniejsze, a bogactwo treści, które pozyskano z rozmów z respondentami, nie będzie gubiło swojej merytorycznej treści, jej znaczenia i sensu. Autorka kieruje się jednak przekonaniem, iż zarówno jedna jak i druga metoda zastosowana w niniejszej dysertacji nie są doskonałymi, tym bardziej, jeśli byłyby rozpatrywane rozłącznie, jedna względem drugiej.

#### **4. Formy zatrudnienia i organizacji pracy w optyce wywiadu pogłębionego**

Badania jakościowe mogą być wartościowym i korzystnym uzupełnieniem badań ilościowych. W specjalistycznej literaturze dotyczącej tego rodzaju badań znajdujemy interesujące spostrzeżenia na temat ich natury i istoty:

Przecinają różne dyscypliny, dziedziny, problematyki. Termin *badania jakościowe* łączą złożoną, wzajemnie powiązaną rodzinę terminów, pojęć i założeń. Obejmuje tradycje kojarzone z fundacjonalizmem, pozytywizmem, postfundacjonalizmem, postpozytywizmem,

poststrukturalizmem oraz wiele innych perspektyw badań jakościowych i/lub metod związanych z kulturowymi i interpretatywnymi badaniami. [...] badanie jakościowe jest usytuowaną aktywnością, która umieszcza obserwatora w świecie. Składa się z zespołów interpretatywnych, materialnych praktyk, które czynią świat widzialnym. Praktyki te przekształcają świat. Przeobrażają go w serie reprezentacji [...]. (Denzin i Lincoln, 2009, s. 21-23)

Wzajemne uzupełnianie się badań ilościowych z jakościowymi stwarza badaczowi, ale także odbiorcom jego diagnoz i wyjaśnień, możliwość lepszego dostrzeżenia problemów oraz ich rozwiązania. Takie próby są podejmowane bardzo często – i jak się wydaje – przynoszą one wymierne korzyści poznawcze, diagnostyczne, a także praktyczne. Tym przekonaniem kierowano się także w przygotowywaniu niniejszej dysertacji.

Badanie jakościowe zostało przeprowadzone z osobami zatrudnionymi w szpitalach, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie wywiadu. Na początku przedstawiono respondentom cel i przebieg badania, poinformowano o sposobie przetwarzania danych z przeprowadzonego badania oraz przekazano informację, że wywiad jest anonimowy.

Łącznie wywiadu udzieliło 15 lekarzy oraz 15 pielęgniarek zajmujących różne stanowiska.

W kwestionariuszu wywiadu IDI (*Individual In-depth Interview*, zał. 3) sformułowano pytania związane z:

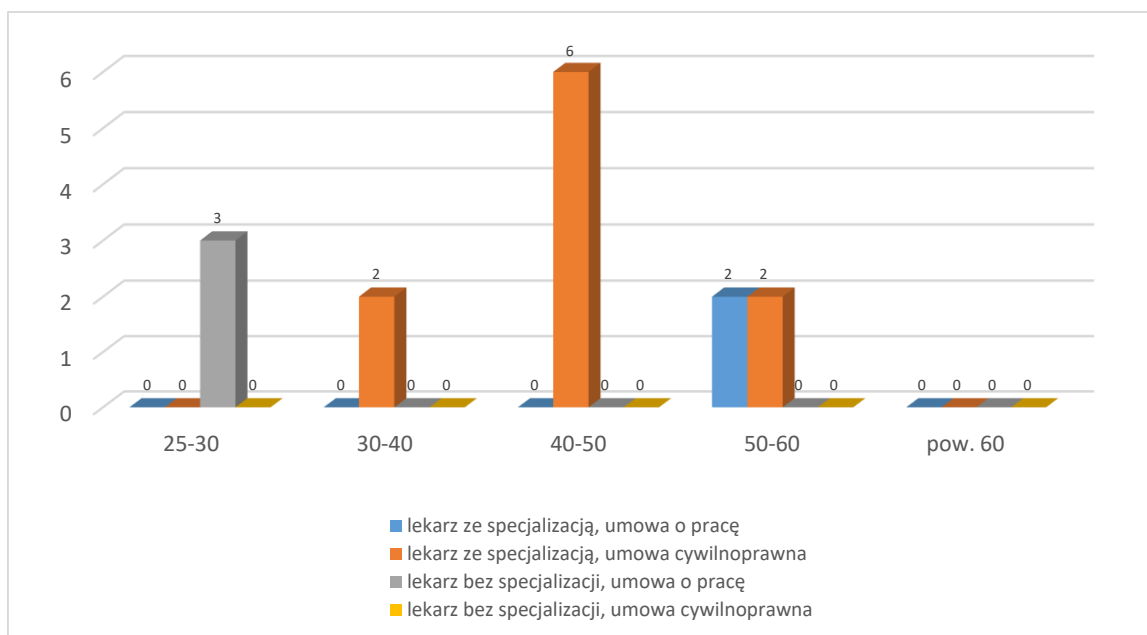
- ogólnymi informacjami o respondentach,
- warunkami zatrudnienia respondentów,
- funkcjonowaniem struktury organizacyjnej szpitali i organizacji pracy,
- specyfiką i uwarunkowaniami zatrudniania w podmiotach leczniczych.

Odpowiedzi osób, z którymi przeprowadzono wywiady ujęte zostały w dalszej części dysertacji, w oddzielnych podrozdziałach.

#### **4.1. Ogólna charakterystyka respondentów**

W tej części analiz omówiono status oraz role zawodowe respondentów. Zebrano informacje m.in. dotyczące ich wieku, płci, kwalifikacji, zajmowanego stanowiska oraz formy zatrudnienia.

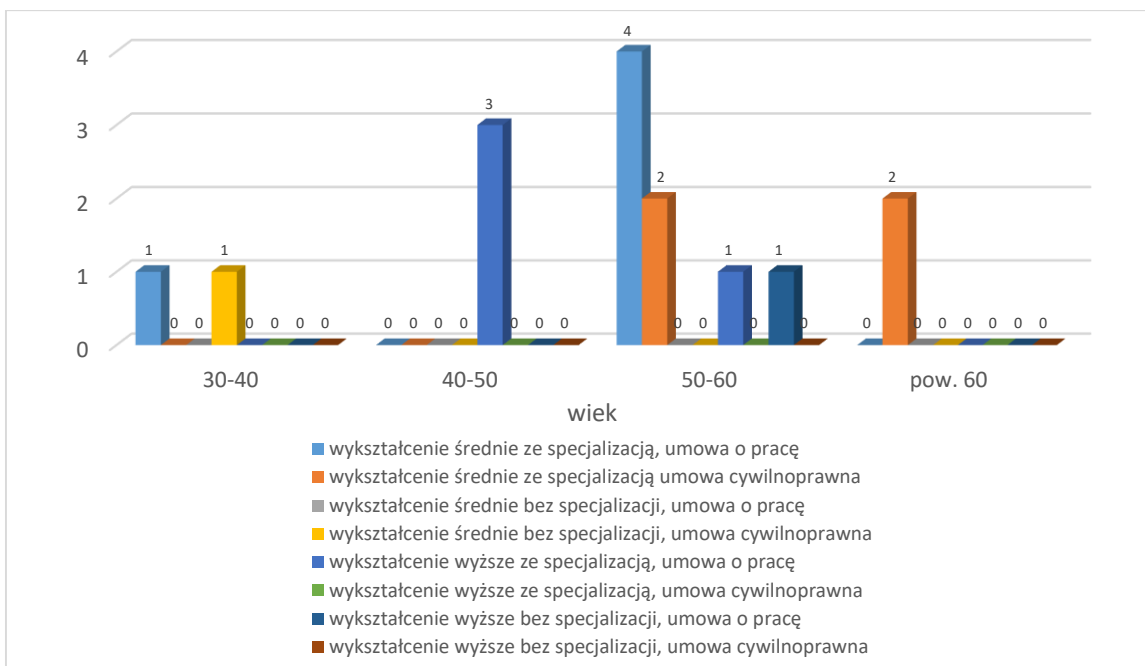
Wiek, kwalifikacje oraz formy zatrudnienia w opytcie wywiadu pogłębionego przedstawiono na wykresie 47 oraz 48.



**Wykres 47. Lekarze, którzy udzielili wywiadu według wieku i kwalifikacji**

Źródło: opracowanie własne

Jak można zauważyć, 10 osób z tej grupy, w czasie udzielania wywiadu, zatrudnionych było na podstawie umowy cywilnoprawnej. Wszyscy także posiadali specjalizację. W całej grupie 15 lekarzy, 12 spośród nich w wieku od 30 lat i więcej, posiadało specjalizację. Z informacji uzyskanych od młodych lekarzy w wieku 25-30 podczas wywiadu, są oni w trakcie specjalizacji (odbywają rezydenturę). Wśród lekarzy, którzy udzielili wywiadu było 8 kobiet i 7 mężczyzn.

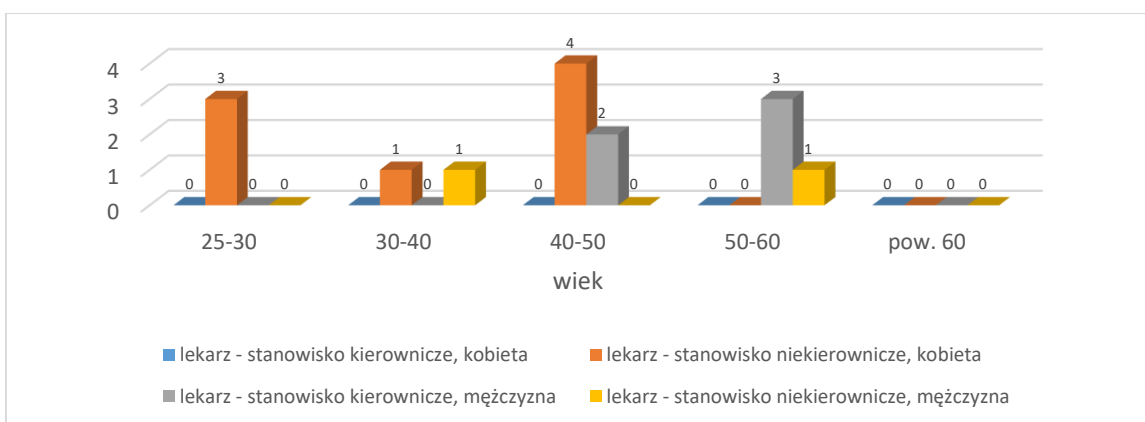


**Wykres 48. Pielęgniarki, które udzieliły wywiadu według wieku i kwalifikacji**

Źródło: opracowanie własne

W grupie zawodowej pielęgniarek 10 osób zatrudnionych było na podstawie umowy o pracę (5 z wykształceniem średnim i 5 z wykształceniem wyższym – wszystkie ze specjalizacją), w tym dwie z nich (jedna z wykształceniem średnim i jedna z wyższym) nie posiadały specjalizacji. Zaś na podstawie umowy cywilnoprawnej 5 osób posiadało wykształcenie średnie (w tym 4 ze specjalizacją). Większość więc respondentów posiadało wykształcenie średnie (10 osób).

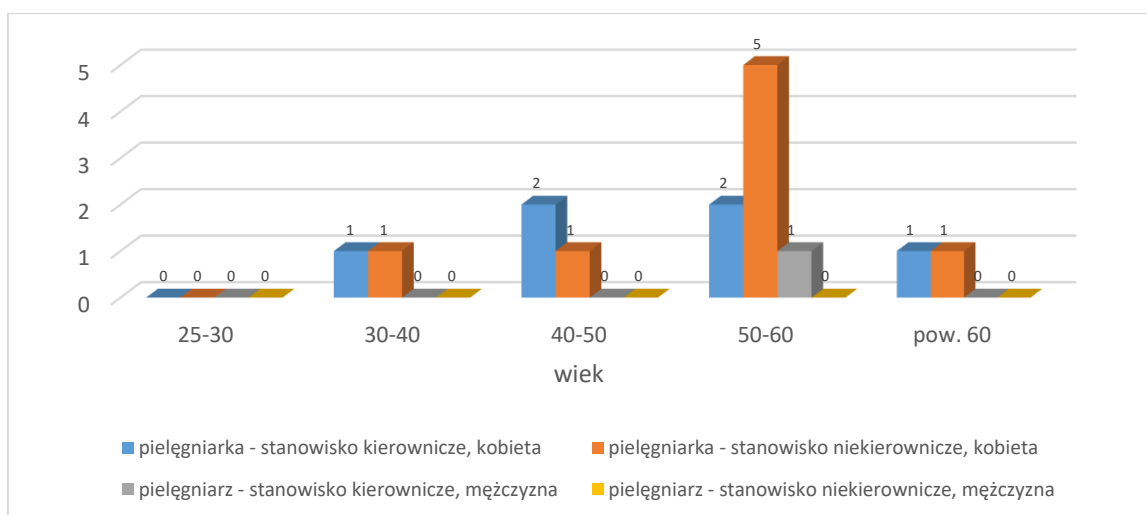
W tej grupie zawodowej wywiadu udzieliło 14 kobiet i 1 mężczyzna, najwięcej w grupie wiekowej 50-60 lat.



**Wykres 49. Lekarze, którzy udzieliли wywiadu według wieku, płci i stanowiska**

Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o kryterium dotyczącego zajmowanego stanowiska (wykres 49), wywiadu udzieliło 5 mężczyzn na stanowiskach kierowniczych (kierownik, koordynator, ordynator). Pozostałe osoby zatrudnione były na stanowiskach: lekarz rezydent, lekarz specjalista, lekarz, starszy asystent, starszy specjalista. W tej grupie zawodowej, podobnie jak w grupie pielęgniarek i położnych, największa liczba osób znalazła się w przedziale wiekowym 50-60 lat.



**Wykres 50. Pielęgniarki, które udzieliły wywiadu według wieku, płci i stanowiska**

Źródło: opracowanie własne

W grupie pielęgniarek udzielających wywiadu 6 kobiet i 1 mężczyzna zajmują stanowisko kierownicze (pielęgniarka koordynująca, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka-koordynator, kierownik, pielęgniarz koordynujący). Pozostałe pielęgniarki pracują lub świadczą usługi na stanowiskach: młodszy asystent pielęgniarstwa, pielęgniarka specjalistka, pielęgniarka, pielęgniarka instrumentariuszka, specjalista pielęgniarstwa).



**Tabela 47. Zestawienie respondentów – ogólna charakterystyka z uwzględnieniem stanowiska i wykształcenia, stażu pracy w obecnym miejscu zatrudnienia, stażu pracy na obecnym stanowisku oraz formy zatrudnienia**

I.p.	Stanowisko	Płeć	Staż w obecnym szpitalu	Staż na obecnym stanowisku	Forma zatrudnienia
1	Lekarz rezydent – lekarz bez specjalizacji	kobieta	3 lata	2 lata	umowa o pracę
2	Lekarz rezydent – lekarz bez specjalizacji	kobieta	4 lata	4 lata	umowa o pracę
3	Lekarz rezydent – lekarz bez specjalizacji	kobieta	3 lata	3 lata	umowa o pracę
4	Starszy specjalista – lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	kobieta	6 lat	1 rok	umowa cywilnoprawna
5	Lekarz specjalista – lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	kobieta	5 lat	8 m-cy	umowa cywilnoprawna
6	Lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	kobieta	2 lata	2 lata	umowa cywilnoprawna
7	Lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	kobieta	20 lat	20 lat	umowa cywilnoprawna
8	Starszy asystent- lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	kobieta	25 lat	25 lat	umowa cywilnoprawna
9	Kierownik oddziału - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	11 lat	11 lat	umowa cywilnoprawna
10	Lekarz koordynator - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	4 lata	8 m-cy	umowa cywilnoprawna
11	Kierownik oddziału - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	27 lat	8 lat	umowa cywilnoprawna
12	Ordynator - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	30 lat	16 lat	umowa o pracę do 15:00, umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne i na świadczenie usług w poradni
13	Ordynator - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	30 lat	12 lat	umowa o pracę do 15:00 i umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne
14	Starszy specjalista - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	10 lat	8 lat	umowa cywilnoprawna
15	lekarz specjalista - lekarz ze specjalizacją II <sup>o</sup>	mężczyzna	12 lat	12 lat	umowa o pracę
16	pielęgniarka z wykształceniem wyższym bez specjalizacji - młodszy asystenta pielęgniarstwa	kobieta	10 lat	10 lat	umowa o pracę
17	pielęgniarka z wykształceniem wyższym i specjalizacją – pielęgniarka koordynująca	kobieta	26 lat	14 lat	umowa o pracę
18	pielęgniarka z wykształceniem wyższym i specjalizacją - pielęgniarka oddziałowa	kobieta	20 lat	5 lat	umowa o pracę
19	pielęgniarka z wykształceniem wyższym ze specjalizacją - pielęgniarka specjalistka	kobieta	20 lat	20 lat	umowa o pracę
20	pielęgniarka z wykształceniem wyższym i specjalizacją - pielęgniarka specjalistka	kobieta	12 lat	12 lat	umowa o pracę
21	pielęgniarka z wykształceniem średnim bez specjalizacji - pielęgniarka	kobieta	7 lat	7 lat	umowa cywilnoprawna
22	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - pielęgniarka - koordynator	kobieta	15 lat	5 lat	umowa o pracę
23	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją pielęgniarka – stanowisko kierownicze	kobieta	30 lat	3 lata	umowa o pracę
24	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - pielęgniarka koordynująca	kobieta	36 lat	30 lat	umowa o pracę
25	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - kierownik	kobieta	40 lat	30 lat	umowa cywilnoprawna
26	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - pielęgniarka specjalistka	kobieta	12 lat	5 lat	umowa cywilnoprawna
27	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - pielęgniarka instrumentariuszka	kobieta	35 lat	35 lat	umowa cywilnoprawna
28	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - specjalista pielęgniarstwa	kobieta	28 lat	6 lat	umowa o pracę
29	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - specjalista pielęgniarstwa	kobieta	40 lat	3 lata	umowa cywilnoprawna
30	pielęgniarka z wykształceniem średnim i specjalizacją - pielęgniarko koordynujący	mężczyzna	27 lat	20 lat	umowa o pracę

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 47 staż pracy w obecnym szpitalu oraz staż pracy na obecnym stanowisku jest bardzo zróżnicowany. Uzasadnieniem tego stanu rzeczy może być fakt zmiany stanowiska w przebiegu zatrudnienia, która mogła być spowodowana podniesieniem kwalifikacji lub awansem na stanowisko kierownicze (ordynator, kierownik, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka koordynująca). Chociaż zauważyć można również, że niektórzy z lekarzy czy pielęgniarek od początku swojego zatrudnienia pełnili funkcje kierownicze. Wśród badanych osób jest kilku młodych ludzi (rezydenci), którzy rozpoczynają karierę zawodową oraz osoby dojrzałe, również zawodowo, które nadal karierę kontynuują. Stwierdzić więc należy, że osoby, które zgodziły się udzielić wywiadu, tworzą zróżnicowaną grupę zarówno pod względem wykształcenia i stanowisk pracy, jak i doświadczenia zawodowego oraz form zatrudnienia.

Zważywszy na specyfikę pracy poszczególnych badanych osób stwierdza się, że wszyscy wypełniają obowiązki polegające na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych. W przypadku lekarzy są to czynności z zakresu przede wszystkim diagnostyki, leczenia i terapii. Natomiast lekarze pełniący funkcje kierownicze prócz wymienionych zadań, wypełniają także w oddziałach obowiązki z zakresu organizacyjno-administracyjnego polegające głównie na: organizowaniu, kierowaniu oraz nadzorowaniu pracy personelu zatrudnionego w podległych im oddziałach, odpowiadają za funkcjonowanie kierowanych przez nich oddziałów, odpowiadają materialnie za wyposażenie tych oddziałów, w tym za znacznej wartości sprzęt medyczny. Zaś w przypadku pielęgniarek są to czynności związane z opieką nad pacjentem oraz wykonywaniem określonych procedur, a w przypadku pielęgniarek pełniących funkcje kierownicze dodatkowo czynności administracyjne podobne jak u lekarzy. Poza powyższym, jak wcześniej wspomniano, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki mają obowiązek ustawicznego kształcenia się, co realizują w czasie szkoleń organizowanych poza szpitalami oraz w czasie szkoleń wewnątrzszpitalnych.

#### **4.2. Warunki zatrudnienia respondentów**

W kwestionariuszu, w module drugim „Status i rola zawodowa badanych” zadano respondentom pytania związane z zamiarem zmiany miejsca zatrudnienia oraz jakie czynniki mogłyby mieć największy wpływ na tę decyzję, lub przeciwnie: co powoduje, że respondenci nie chcą zmienić miejsca pracy.

Bywa, że respondenci nie zamierzają zmienić miejsca pracy, mimo, że część z nich odczuwa niezadowolenie z warunków zatrudnienia. Powód może być następujący:

*Nie uzyskałam stawek, które zaproponowałam.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

Akceptacja takiego stanu rzeczy wynika jednak z faktu, że dla wielu rozmówców ich forma zatrudnienia wynika z formalnych uregulowań. Spora część pracowników podmiotów leczniczych, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu, jest zadowolona z wynegocjowanych warunków zatrudnienia.

Jeśli chodzi o zadowolenie lub niezadowolenie z formy zatrudnienia i czasu pracy, to odpowiedzi rozkładają się różnie. Część z nich jest zadowolona. Oto przykład:

*Lubię swoją pracę i miejsce, w którym pracuję, mam dobre zarobki, w oddziale jest nowoczesny sprzęt medyczny, mam komfortowe warunki pracy, jestem doceniana z uwagi na moje kwalifikacje i umiejętności.*

[pielęgniarka 59 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 35 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki 35 lat]

Część rozmówców wyraża swoje niezadowolenie. Nie zawsze powodem niezadowolenia jest przeciążenie, bywa, że pracownik szpitala odczuwa potrzebę podjęcia większej ilości czasu w swojej aktywności zawodowej. Część z rozmówców negocjowała swoją umowę. Niektórzy z nich uzyskali w wyniku tych negocjacji takie warunki, jakie chcieli, inni z kolei, pomimo negocjacji, nie uzyskali korzystnych z ich punktu widzenia warunków zatrudnienia. Spora część respondentów nie podejmowała negocjacji, ponieważ ich warunki zatrudnienia określone zostały w przepisach prawnych:

*Umowa o pracę i warunki zatrudnienia zgodne są z przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w szpitalu.*

[lekarz 60 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa o pracę,  
umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne i na świadczenie usług w poradni,  
staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku ordynatora oddziału 16 lat]

Gdy chodzi o kwestię uzależniania wykonywania swoich obowiązków od warunków zatrudnienia, pojawiają się wypowiedzi świadczące o wysokim poziomie wartości przejawianym przez respondentów. Niektórzy z nich z kolei nie wiążą zupełnie owych kwestii:

*Jestem lekarzem, mam obowiązek ratować zdrowie i życie pacjentów.*

[lekarz 28 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 3 lata,  
staż na obecnym stanowisku: rezydent 2 lata]

Czy inna wypowiedź w podobnym tonie:

*Nie, przecież jestem pielęgniarką, poza tym jestem psychologiem – praca pielęgniarki to niejako moja misja.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 12 lat]

I jeszcze jedna wypowiedź podobna do wyżej przywołanych:

*Nie, mój zawód zobowiązuje.*

[pielęgniarka 59 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 35 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki 35 lat]

Podobnych wypowiedzi jest więcej. Większość deklaracji zdecydowanie wyklucza możliwość wiązania obu spraw. Tylko w niewielu przypadkach jest pozytywnie postrzegane to powiązanie.

W wywiadzie padło pytanie o to, od czego zależy (od jakich warunków wewnętrznych i zewnętrznych) – zdaniem respondenta – rodzaj jego zatrudnienia w placówce medycznej. Różne są odpowiedzi, ale można z nich wyczytać pewne prawidłowości. Niektóre z nich zależą od sposobu jego sformalizowania (kontrakt z NFZ), a więc zrozumienie przez personel medyczny, że warunkiem zatrudnienia jest istniejący kontrakt z NFZ. Bywa, że samo zatrudnienie, czy forma zatrudnienia, spowodowane są tym, że respondent jest specjalistą w deficytowej dziedzinie medycyny i/lub pełni dyżury w oddziale, w którym lekarze nie chcą pracować. Inna prawidłowość to uwarunkowania rodzinne, czy nierzadko zależności od decyzji, które podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, w tym przypadku - szpitala. Bywają więc różne odpowiedzi:

*Od sytuacji rodzinnej, od stawki wynagrodzenia, od organizacji pracy w oddziale, w którym pracuję.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

*Jestem specjalistą w bardzo deficytowej dziedzinie medycyny, moje kwalifikacje oraz wieloletnie doświadczenie pozwalają na zatrudnienie w każdym szpitalu, wyższe zarobki.*

[lekarz 42 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 2 lata,  
staż na obecnym stanowisku lekarza 2 lata]

*Od decyzji dyrekcji w zakresie warunków zatrudnienia, od potrzeby szpitala w zakresie zatrudnienia specjalisty w takiej dziedzinie jaką ja posiadam.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza 20 lat]

*Posiadam dwie specjalizacje, pracuję w zawodzie wiele lat, jestem więc cennym pracownikiem, poza tym: moje preferencje i warunki finansowe.*

[lekarz 47 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 25 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku starszego asystenta 25 lat]

*Przede wszystkim od kontraktu z NFZ, od wyniku finansowego oddziału, od oferowanych przez szpital warunków finansowych.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 4 lata, s  
taż pracy na obecnym stanowisku lekarza koordynatora oddziałów 8 m-cy]

*Warunki życiowe, kontrakt zawarty z NFZ, jestem specjalistą, więc oddział mnie potrzebuje, wyższe zarobki.*

[lekarz 49 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika oddziału 8 lat]

*Względy rodzinne – duża rodzina, potrzebuję wysokich dochodów.*

(lekarz 60 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa o pracę,  
umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne i na świadczenie usług w poradni,  
staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku ordynatora oddziału 16 lat]

*Jestem specjalistą w bardzo deficytowych dziedzinach medycyny z wieloletnim doświadczeniem, moje preferencje, możliwość pracy w mniejszej liczbie godzin, wyższe zarobki za mniejszą liczbę godzin.*

(lekarz 59 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa o pracę do 15:00 i umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne,  
staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku ordynatora 12 lat]

*Od kontraktu z NFZ, ale w moim przypadku nie ma zagrożenia, ponieważ jestem specjalistą w deficytowych dziedzinach medycyny i mam ponad 30 lat doświadczenia. Gdyby zaproponowano mi wyższe zarobki i zatrudniono więcej lekarzy zostałbym w szpitalu.*

[lekarz 66 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa o pracę,  
staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 12 lat]

*Pewność zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, możliwość nadzorowania pracy personelu, co jest możliwe na podstawie tej umowy.*

[pielęgniarka 48 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 26 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 14 lat]

*Czuję się pewnie i mam większe prawa pracując na podstawie umowy o pracę.*

[pielęgniarka 41 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki oddziałowej 5 lat]

*Przede wszystkim od wysokości zarobków, dobry kontrakt z NFZ, ale również chęć niesienia pomocy pacjentom.*

[pielęgniarka 41 lat z wykształceniem wyższym ze specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 20 lat]

*Od potrzeby zatrudnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek w oddziale, od kontraktu i wymagań NFZ, dla mnie: zatrudnienie na podstawie umowy o pracę jest pewniejsze niż na podstawie umowy cywilnoprawnej.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 12 lat]

*Od kontraktu z NFZ, wymogów w zakresie minimalnej obsady pielęgniarskiej, poza tym jestem specjalistką z wieloletnim doświadczeniem.*

[pielęgniarka 58 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 36 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 30 lat]

*Od sytuacji finansowej podmiotu, budżetowania oddziału, sytuacji osobistej - emerytura, moich preferencji, wyższych zarobków.*

[pielęgniarka 62 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 40 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika 30 lat]

*Od potrzeb oddziału, mojego przyzwyczajenia do pracy w tym podmiocie – wygoda, ponieważ oddział jest świetnie wyposażony, wyższe zarobki.*

pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 5 lat]

*Od wymogów o minimalnym zatrudnieniu pielęgniarek, potrzeb pracodawcy – brakuje pielęgniarek więc nie muszę się obawiać o pracę. Także od moich oczekiwań dotyczących wynagrodzenia i warunków pracy jak np. wyposażenie.*

[pielęgniarka 53 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 28 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku specjalisty pielęgniarstwa 6 lat]

*Pracuję na oddziale finansowanym nie tylko przez NFZ, ale również z dodatkowych źródeł więc moje zatrudnienie zależy od szczególnych wymagań ustawowych, pewniej się czuję będąc zatrudnionym jednocześnie na podstawie umowy o pracę oraz na kontrakcie, wyższe zarobki.*

[pielęgniarka 50 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniacza koordynującego 20 lat]

Na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych, z pierwszej części tego badania wyłonił się obraz, że zdecydowana większość respondentów nie zamierza zmieniać swojego miejsca zatrudnienia. Powody są różne: odbywanie specjalizacji w szpitalu w rodzinnym mieście, gdzie pracuje także współmałżonek; brak możliwości rozwoju zawodowego; ulokowanie placówki medycznej blisko miejsca zamieszkania; satysfakcja z wykonywanej pracy, która wydaje się ciekawa i dobrze płatna; możliwości wpływania na różne decyzje w miejscu zatrudnienia; poczucie samorozwoju z racji wykonywanej pracy w miejscu zatrudnienia. Okazuje się, że względy rodzinne stanowią istotne kryterium dla regulowania swojego statusu zawodowego. Jeśli jest możliwość realizacji swojej aktywności zawodowej bez konieczności zmiany miejsca pracy, respondenci chętnie przystają na takie rozwiązanie.

Jeśli chodzi o chęć zmiany zatrudnienia, respondenci motywują swoje ewentualne decyzje z tym związane różnymi powodami. Są to między innymi: możliwość przeniesienia specjalizacji do szpitala w mieście rodzinnym; niezadowolająca wysokość wynagrodzenia (pomimo



posiadanych specjalizacji, nawet kilku) oraz zbyt wygórowane wymagania (przeciążenie dyżurami medycznymi, zbyt mała liczba lekarzy na zmianach, brak personelu – ratowników medycznych, sekretarek medycznych). Niektórzy z respondentów deklarują chęć zmiany zatrudnienia, nie podając jednak powodów co do realizacji takiego pragnienia. Także i w przypadku, kiedy istnieje możliwość zmiany zatrudnienia związanym z powrotem w rodzinne strony, ten motyw jest dość istotny. Grupa badanych ceni sobie także kwestię pewnego komfortu pracy, wynikającego z proporcjonalności własnych wysiłków do oczekiwań, jakie są względem nich formułowane przez pracodawcę. Przeciążenie i nadmiar pracy mogą bowiem motywować istotnie do zmiany zatrudnienia.

Można także wysnuć wniosek, iż znaczącym jest, że respondenci mają świadomość uwarunkowań ich formy zatrudnienia od przepisów prawa. Wiedzą także, że zmiana ich warunków zatrudnienia uzależniona jest od posiadanych przez nich kwalifikacji, kontraktów zawieranych z NFZ przez szpital, w którym są zatrudnieni, jak również od potrzeb i możliwości szpitala.

Niezwykle ważne jest natomiast, zwłaszcza w przypadku personelu medycznego, istotnie odpowiedzialne podejście do wykonywanych obowiązków. Badania w jakimś sensie łamią stereotyp, iż liczy się przede wszystkim i tylko efektywność, użyteczność oraz roszczeniowość w kwestiach finansowych i gratyfikacyjnych. Oczekiwanie na zaspokajanie jedynie potrzeb związanych z wynagrodzeniem oraz czysta „logika transakcyjna” nie są jedynymi kryteriami oceny, wartościowania oraz realizowania aktywności zawodowych. Fakt, że lekarze, pielęgniarki i położne nie uzależniają jakości swojej pracy jedynie od warunków zatrudnienia, nawet w przypadku, gdy nie spełniane są w pełni ich oczekiwania, jest – zarówno dla pacjentów, ich rodzin, jak i dla pracodawców – pokrzepiające, bowiem świadczy o istnieniu swoistego etosu zawodowego w tej grupie społecznej.

#### **4.3. Funkcjonowanie struktury organizacyjnej szpitali i organizacja pracy**

Wykonywanie pracy w podmiotach leczniczych jest odpowiedzialne i wymagające zasadniczo kompetencji i zaangażowania. Towarzyszy temu także przeżywane i doświadczane indywidualnie poczucie autonomii i sprawstwa w działaniach. Ile zależy od jednostki, a ile od struktury organizacyjnej? Z tego sprzężenia wyłania się kwestia zbieżności i rozbieżności nachodzenia na siebie tych dwóch wymiarów. Kiedy rozmówcy zostali poproszeni o wyrażenie

swojego zdania dotyczącego wspomnianej autonomii i sprawstwa, w przeważającej części zanegowali ich istnienie i odczuwanie. Jednym z najważniejszych i najbardziej determinujących czynników wpływających na ten stan jest najprawdopodobniej układ struktury organizacyjnej oraz model zarządzania podmiotem. Z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż zasadniczo funkcjonuje hierarchiczny model organizacyjny, co nie przekłada się na efektywność pracy i atmosferę w pracy. Uzupełnieniem tego jest także stosunek przełożenia, współpracy i zasady wzajemnego oddziaływania na siebie osób pracujących w szpitalach. To właśnie one przekładają się znacząco na jakość wykonywanej pracy, a w konsekwencji na różnorodne fluktuacje, także związane z zatrudnianiem personelu w szpitalu. W aspekcie współpracy pomiędzy reprezentującymi ten sam bądź zbliżony zawód i rodzaj wykonywanej pracy – w tej kwestii wzajemnych odniesień i relacji sprawy układają się zasadniczo pozytywnie. Inaczej jest w stosunkach pomiędzy osobami zatrudnionymi na różnych stanowiskach i w różnych zawodach. Powyższe wnioski wynikają z wypowiedzi respondentów, niekiedy bardzo emocjonalnych i wielowątkowych. Oto niektóre z nich:

*Współpraca w oddziale z lekarzami specjalistami jest dobra, ale jest zbyt dużo godzin pracy i dyżurów medycznych. Trudniej jest z dyrekcją – nikt nie chce słuchać o przeciążeniu pracą.*

[lekarz 30 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 3 lata, staż na stanowisku:  
rezydent 3 lata]

*Praca w oddziale w porządku, natomiast organizacja pracy – liczba personelu na dyżurach i godziny pracy narzucone przez zarząd.*

[lekarz 32 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>, umowa cywilnoprawna,  
staż w podmiocie 6 lat,  
na obecnym stanowisku: starszy specjalista 1 rok]

*Zarząd sam podejmuje decyzje, trudno pracować, gdy na wszystkie działania w zakresie organizacji pracy potrzebna jest zgoda zarządu, brak współpracy z innymi działami szpitala, zarówno z diagnostycznymi, jak i z oddziałami. Taka sytuacja powoduje wydłużenie procesu diagnostycznego oraz pobytu pacjenta w szpitalu... Wcześniej podejmowałam decyzje w zakresie zatrudniania lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, sekretarzy, noszowych, oraz określałam ich wynagrodzenia i inne warunki zatrudnienia. Obecnie nie mam takich*

*kompetencji... Wcześniej decydowałam o organizacji pracy w oddziale i zmianach organizacyjnych w podmiocie w celu zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom, ale też w celu zmniejszenia kosztów i efektywnego rozliczania czasu pracy personelu poprzez zwiększenie liczby sekretarek medycznych, noszowych i pomocy szpitalnych, zwiększenie liczby personelu na dyżurach medycznych oraz na zmianach (aby lekarze mogli zajmować się pacjentami, a inni pracownicy pomagali np. w wypełnianiu dokumentacji medycznej), wprowadzenie jednolitego umundurowania, wprowadzenie zmianowego systemu czasu pracy, aby na bieżąco prowadzić dokumentację medyczną, wprowadzenie dodatkowego wynagrodzenia za pracę i świadczone usługi. Obecnie nie.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>, umowa cywilnoprawna,  
staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

*Współpraca z personelem oddziału jest dobra, niestety organizacja pracy narzucana jest przez kierownictwo podmiotu. Nie ma możliwości wprowadzenia efektywniejszych rozwiązań organizacyjnych ani wykonywania nowych procedur.*

[lekarz 42 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>, umowa cywilnoprawna,  
staż w obecnym podmiocie 2 lata,  
staż na obecnym stanowisku lekarza 2 lata]

*Trudna współpraca i bardzo trudna praca, ponieważ brakuje lekarzy i pielęgniarek. Jest ciężko i przy tym olbrzymia odpowiedzialność.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>, umowa cywilnoprawna,  
staż w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza 20 lat]

*Mamy zgrany zespół, ale też duże wymagania odnośnie do czasu pracy, przez co kolejni lekarze odchodzą z pracy. Trudno mówić o efektywności, gdy brakuje kadry.*

[lekarz 47 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 25 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku starszego asystenta 25 lat]

*Współpraca pracowników pozostałych oddziałów powoduje, że praca jest efektywna, a pacjenci mają lepszą opiekę. Współpraca też przekłada się na efekty ekonomiczne: pacjenci są szybciej diagnozowani, skraca się czas pobytu pacjentów w szpitalu, jest lepsze wykorzystanie łóżek, poprawia się budżet przez wyższe wykonanie kontraktu z NFZ.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 11 lat,  
staż na obecnym stanowisku kierownika oddziału 11 lat]

*Bardzo trudna współpraca z innymi oddziałami i zakładami diagnostycznymi. Pacjenci dłużej pozostają w szpitalu. Przyjmujemy więc mniejszą liczbę pacjentów... Tak - zatrudnianie lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, sekretarek medycznych, noszowych, oraz określanie ich wynagrodzenia i innych warunków zatrudnienia, ale za zgodą dyrekcji, chociaż ostatnio z uwagi na brak personelu – sam podejmuję decyzje... Tak, w zakresie ograniczenia liczby personelu na zmianach – dostosowanie do potrzeb, wprowadzenie dodatkowego wynagrodzenia dla personelu, ale wszystko za zgodą dyrekcji.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza koordynatora oddziałów 8 m-cy]

*Raczej brak współpracy. Zbyt mała liczba lekarzy powoduje trudności w układaniu grafików pracy, młodzi lekarze odchodzą do pracy w innych podmiotach, zwłaszcza ci, którzy odbywają specjalizacje... Tak, pełnię funkcję kierownika oddziału. Jednak wszystkie zaproponowane warunki muszą konsultować z dyrekcją, ale rozumiem to, ponieważ gdyby każdy kierownik oddziału miał decydować o stawkach wynagrodzenia w oddziale, którym kieruje finanse szpitala pewnie by nie wytrzymały.*

[lekarz 49 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika oddziału 8 lat]

*Trudno kierować zespołem roszczeniowych specjalistów; trudno kierować zespołem, gdy nie można wprowadzić nowych zasad organizacji pracy – brak zgody zarządu, chyba że dotyczą one ograniczenia liczby lekarzy na zmianie lub dyżurze... Nie, mogę zaproponować zatrudnienie nowych lekarzy, ale o warunkach zatrudnienia decyduje zarząd... W zasadzie nie, gdyż*

*jedynymi zmianami jakie mógłbym wprowadzić są ograniczenia liczby lekarzy na zmianach i na dyżurach.*

[lekarz 59 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa o pracę do 15:00 i umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne,  
staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku ordynatora 12 lat]

*Pracuje się bardzo ciężko, zwłaszcza na moim oddziale z pacjentami w stanach bardzo ciężkich, ale współpraca jest dobra, z również z przełożonym i z lekarzami. Praca efektywna.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym bez specjalizacji,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 10 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku młodszego asystenta pielęgniarstwa 10 lat]

*Trudno się rozmawia z zarządem, ale taka ich rola, muszą pilnować finansów szpitala. Współpraca z osobami, którymi zarządzam według mnie układa się bardzo dobrze... Tak, ale zawsze potrzebuję zgody zarządu. Decyzje dotyczyły: zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, opiekunów, sekretarek medycznych i personelu niższego szczebla, a także formy zatrudnienia oraz pozostałych warunków. Także podwyżki ich wynagrodzeń i zmiana formy zatrudnienia. No i zwolnienia pracowników, a także karanie. Ale jak wcześniej zaznaczyłam: zawsze moje decyzje muszą być potwierdzone przez zarząd.*

[pielęgniarka 48 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 26 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 14 lat]

*Personel jest coraz bardziej roszczeniowy, ale i warunki pracy coraz trudniejsze z uwagi na coraz bardziej roszczeniowych pacjentów i ich rodziny, jest dużo absencji, zwłaszcza w okresie świąt i wakacji więc jest wiele zastępstw, współpraca z przełożonym wyjątkowo trudna – osoba o specyficznym charakterze.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 12 lat]

*Personel zatrudniony w oddziale, którym kieruję jest bardzo roszczeniowy i wymagający, jest dużo personelu i dużo absencji więc muszę ustalać wiele zastępstw, współpraca z przełożonym ok, chociaż lekarz raczej nie zrozumie pielęgniarki.... W zasadzie nie mam takich*

*kompetencji, ale proponuję zarządowi warunki zatrudnienia nowo zgłaszających się osób oraz już zatrudnionych... Jak poprzednio, nie mam kompetencji, ale proponuję warunki organizacji pracy zarządowi. Podaję wiele argumentów dla uzasadnienia moich propozycji. Zazwyczaj zarząd przychylił się do moich wniosków.*

[pielęgniarka 38 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 15 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki-koordynatora 5 lat]

*Z zarządem rozmawia się trudno, ale dobre argumenty pozwalają na przeforsowanie propozycji rozwiązań zarówno dotyczących warunków pracy, jak i warunków finansowych. Zarząd docenia rzetelnych i kompetentnych pracowników.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarka – stanowisko kierownicze 3 lata]

*Personel, którym kieruję jest bardzo trudny we współpracy, nie mam możliwości wprowadzenia zmian organizacyjnych, a przy tym zarząd nie na wszystkie moje propozycje wyraża zgodę...Tak, ale za zgodą prezesa. Przedkładam propozycje zmiany wynagrodzenia i stawek pracownikom zatrudnionym w dziale, którym kieruję... Tak: wprowadzenie harmonogramu pracy dopasowanego do potrzeb działu, zatrudnienie większej liczby pomocy szpitalnych, zatrudnienie techników elektroradiologii. Wszystko za zgodą zarządu. Także sposób rozliczania kosztów powstających w dziale, którym kieruję.*

[pielęgniarka 62 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 40 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika 30 lat]

*Można by długo mówić. Pracuje się wyjątkowo ciężko, ale zespół pielęgniarski mamy świetny, kierownika również. To bardzo ważne, pomagamy sobie, kierownik nas wspiera w pracy dobrymi decyzjami. Staramy się, aby nasza praca była efektywna, ale lekarze pracujący z nami nie zawsze.*

[pielęgniarka 59 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 35 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki 35 lat]

*Kieruję oddziałem, gdzie są duże wymagania oraz odpowiedzialność, z tego względu personel jest bardzo wymagający, ale nie mogę narzekać współpracujemy na co dzień. Staramy się wykonywać swoje obowiązki efektywnie i odpowiedzialnie. Kierownik oddziału także nam pomaga... Nie posiadam kompetencji do podejmowania decyzji w zakresie zatrudnienia oraz warunków zatrudnienia personelu, w tym wynagrodzenia, oraz w zakresie organizacji pracy w dziale. Wnioskuje jedynie o podwyżki wynagrodzeń, zmianę stanowisk, zatrudnienie personelu oraz wprowadzenie zmian w organizacji pracy.*

[pielęgniarka 50 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarza koordynującego 20 lat]

Istotny dla zobrazowania sposobów funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz związanej z nimi kwestii zatrudnienia jest potencjalna elastyczność w tymże zatrudnieniu. Okazuje się, że większość personelu, z którym przeprowadzono rozmowy w ramach tego wywiadu pogłębionego, ma świadomość istnienia elastycznych form zatrudnienia i wielu z nich korzysta z tych możliwości. Uzasadnieniem tego faktu mogą być poniższe wypowiedzi:

*Współpraca w oddziale z lekarzami specjalistami jest dobra, ale jest zbyt dużo godzin pracy i dyżurów medycznych. Trudniej jest z dyrekcją – nikt nie chce słuchać o przeciążeniu pracą.*

[lekarz 30 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 3 lata, staż na stanowisku:  
rezydent 3 lata]

*Organizacja struktury ułatwia elastyczność zatrudnienia, ale ja zawsze pracowałam po godzinach. Nie wykazywałam tego czasu, ale odbierałam czas wolny, kiedy potrzebowałam (po uzyskaniu zgody prezesa). Co do podległego mi personelu – wykorzystuję na co dzień, aby jak najbardziej racjonalnie zorganizować czas pracy personelu, przecież wynagrodzenie przysługuje za pracę. Zresztą przy obecnych brakach w zatrudnieniu nie można pozwolić na złe zarządzanie kadrą medyczną.*

[pielęgniarka 48 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 26 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 14 lat]

*Tak, wiele osób w dziale, którym kieruję jest zatrudnionych na umowach kontraktowych z działalnością gospodarczą oraz na umowie zlecenia. Wielu z nich nie świadczy usług w liczbie godzin odpowiadającej pełnemu etatowi. Harmonogramy pracy opracowujemy wspólnie. To daje mi możliwość opracowania harmonogramu pracy zgodnie z potrzebami oddziału. Na umowie o pracę jest norma dobową, a na umowie kontraktowej mogę skracać lub wydłużać czas pracy w zależności od potrzeb moich i szpitala.*

[pielęgniarka 38 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 15 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki - koordynatora 5 lat]

Jak można zauważyć o elastyczności pracy i form zatrudnienia wypowiadają się nie tylko osoby zajmujące stanowiska kierownicze, ale również lekarz, który ma niewielki staż pracy. Kierownicy dzięki możliwościom, które daje uelastycznienie zatrudnienia, mają ułatwioną optymalizację harmonogramów pracy tak, aby dopasowane były do potrzeb pracodawcy. Lekarz natomiast podkreśla przeciążenie pracą na skutek konieczności pełnienia zbyt dużej liczby dyżurów i braku zrozumienia ze strony pracodawcy. Widać tu dysonans pomiędzy potrzebami pracodawcy i pracownika. Widać, że elastyczność stosowana jest w celu realizacji potrzeb pracodawcy.

Personel medyczny wykazuje się wrażliwością na kwestię koordynacji i współpracy, która realizuje się zarówno we współpracy pomiędzy osobami wykonującymi te same lub podobne, co do zakresu odpowiedzialności zadania, jak i w wyniku działań realizowanych z racji obowiązków służbowych i tych, które są efektem oddziaływań inicjowanych ze strony przełożonych. Współpraca nie eliminuje oczywiście wszystkich dysfunkcji, nie niweluje wszelkich aspektów dezorganizacji i nie gwarantuje pełnej efektywności działania w ramach wykonywanych usług, jednak znacznie przyczynia się do pozytywnych i pożądanych skutków takiego działania. Nie bez znaczenia ma w tym zakresie fundamentalna i pierwsza niejako determinanta dla całego procesu, a jest nią kwestia zatrudnienia oraz jej forma (czy też formy), co już wielokrotnie podkreślano.

#### **4.4. Specyfika i uwarunkowania zatrudniania w podmiotach leczniczych**

Struktura funkcjonowania i zatrudnienia w podmiotach leczniczych wywołuje wiele reakcji i generuje wyrażanie różnorodnych opinii w tym zakresie. Warto przyrzeć się im bliżej,



korzystając z informacji przedstawionych przez respondentów. Istnieje, ich zdaniem, wiele aspektów i rozwiązań pozytywnych w tym, co realnie dzieje się w ich miejscu pracy. Będą to między innymi: możliwość zawierania umów cywilnoprawnych z lekarzami; obowiązek ustawowy tzw. „zejścia” po dyżurach medycznych; wynagrodzenia i podwyżki określone ustawowo; możliwość zawarcia umowy cywilnoprawnej przy zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę, co daje możliwość lepszych zarobków; określenie dziedzin priorytetowych medycyny, co związane jest z wysokością podwyżek; zatrudnianie na kontrakcie; podwyżki personelu medycznego nakazane ustawowo; możliwość zawarcia kilku umów na różne świadczenia i na różną liczbę godzin; możliwość uzupełniania etatów pielęgniarskich ratownikami.

Respondenci dostrzegają także przejawy negatywnych zjawisk, a czasem nawet pewnych patologicznych elementów i zachowań. Byłyby to: zbyt niskie wynagrodzenia lekarzy i brak finansowania szkoleń; niskie wynagrodzenia za wielką odpowiedzialność; brak ustawowego określenia liczby lekarzy na dyżurach w poszczególnych oddziałach w przeliczeniu na liczbę łóżek; brak lekarzy specjalistów i pielęgniarek; brak szacunku dla lekarzy; deficyty rozwiązań związanych z wypełnianiem dokumentacji w systemach informatycznych; nieprawidłowe rozliczanie SOR i izb przyjęć; zaleganie dokumentacji medycznej, którą należy elektronicznie archiwizować w komputerze; konieczność skrupulatnego gromadzenia dokumentów do akredytacji.

Rozmówcy są niejednokrotnie bardzo pomysłowi i kreatywni w proponowaniu zmian związanych z funkcjonowaniem i zatrudnianiem w podmiotach medycznych. Respondenci wskazują na następujące: ochrona ustawowa personelu medycznego przed agresją pacjentów i ich rodzin; kary za znieważanie personelu medycznego; respektowanie prawa w zakresie czasu pracy lekarzy; konieczność wprowadzania dodatków finansowych dla personelu medycznego zatrudnionego w newralgicznych miejscach w szpitalu (SOR, POZ, Izby Przyjęć); wdrażanie mechanizmów poprawy świadomości pacjentów dotyczące sposobu zdrowego życia; dostosowanie organizacji pracy do liczby personelu medycznego.

Wypowiedzi jednej z respondentek, zamieszczone poniżej, przedstawiają – odpowiednio – pozytywne, negatywne aspekty pracy w podmiotach leczniczych oraz przedstawiają propozycje zmian:

*No przede wszystkim możliwość zatrudnienia na umowach kontraktowych, poza tym możliwości organizacji pracy z tym związane: personel może pracować w takiej liczbie godzin jaka jest niezbędna do zabezpieczenia oddziału, nie ma takich surowych wymagań prawnych odnośnie do czasu pracy jak na umowie o pracę.*

*Brak lekarzy i średniej kadry medycznej (pielęgniarek i ratowników medycznych), brak odpowiedniego finansowania podmiotów leczniczych, nieprawidłowe rozliczanie SOR i izb przyjęć – niedoszacowanie, obowiązki dotyczące wypełniania dokumentacji w systemach informatycznych, brak finansowania szkoleń personelu medycznego.*

*Aby wprowadzić zmiany formalnoprawne potrzebni są ludzie – kadra medyczna wszystkich stopni, na każdym stanowisku, ponieważ tylko współpraca na wszystkich szczeblach i stanowiskach pozwala na wypełnienie zadań statutowych zarówno działu, jak i całego podmiotu, odpowiedzialność rodziców za brak zgody na leczenie i diagnostykę ich dziecka, odpowiedzialność karna pacjentów i ich rodzin za nieodpowiednie zachowanie w stosunku do personelu medycznego.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>, umowa cywilnoprawna,  
staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

Należy zgodzić się z tym, że niektóre z propozycji rozwiązań odzwierciedlają kreatywność respondentów, którzy wypowiadają się o tym, w czym „tkwią” w swoich codziennych realiach (niektórzy od wielu lat i z wieloma bogatymi doświadczeniami). Być może niektóre z tych propozycji są zbyt daleko idące i nadto abstrakcyjne, to znaczy, pomijające faktyczne uwarunkowania społeczne czy prawne. Jednak, rozmawianie o problemach oraz zgłaszanie propozycji sposobów na poprawienie sytuacji oraz warunków pracy poszczególnych grup zawodowych może przynieść obu stronom – zarówno pracownikom jak i kierownictwu szpitala – korzystne efekty. Również, jeśli chodzi o zmniejszanie deficytu w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych, kwestia ta staje się wyzwaniem wspólnym personelu i kierownictwa szpitala.

#### 4.5. Deficyty kadrowe

Podmioty lecznicze funkcjonują pod pewnymi względami podobnie jak inne instytucje oferujące swoje usługi, które w realizacji swoich zadań borykają się z różnorodnymi trudnościami. Jak już wielokrotnie podkreślano, muszą mierzyć się z problemami zatrudnienia, w tym zwłaszcza z kwestią deficytu personelu. Ostatnim z aspektów podjętych w ramach realizacji badań jakościowych, wywiadów pogłębionych, była kwestia zatrudnienia, a bardziej szczegółowo, przekonań personelu co do tego aspektu, roli współpracy i koordynacji działań w związku z sytuacjami deficytowymi, a w końcu, podjęto próbę sondowania wśród rozmówców ich przekonań co do możliwości i sposobów wdrożenia nowych rozwiązań, zmian, które mogłyby pomóc pracującemu personelowi, w tym także wzmocnić ich potencjał psychiczny i jakość życia, co także wymagałoby wprowadzenia pewnych rozwiązań formalnoprawnych. Została przeprowadzona także diagnoza na temat zapatrywania się pracowników szpitali na możliwości zastępowania personelu danej grupy przez inną. Ta kwestia wydaje się z oczywistych powodów bardzo dyskusyjna, gdyż w grę wchodzi tutaj przede wszystkim kwestie związane z kompetencjami, niezbędnymi, adekwatnymi, a przynajmniej zbliżonymi do tych rzeczywistych.

Prawie we wszystkich przypadkach występuje przekonanie, jasno także formułowane, które wskazuje na to, iż niezbędnym warunkiem jest zwiększenie zatrudnienia personelu. I jest to opinia występująca wśród różnych kategorii badanych. Pojawiają się bardziej uargumentowane wypowiedzi, gdzie wskazuje się na możliwą przyczynę tego stanu rzeczy. Jest nią chociażby przekonanie o istniejącej dysproporcji pomiędzy liczbą zatrudnionego personelu typowo medycznego a personelu administracyjnego. Z kolei, uwidacznia się przekonanie „solidarnościowe”, to znaczy określona grupa zawodowa (np. pielęgniarek) dostrzega pilną potrzebę zwiększenia zatrudnienia właśnie w swojej grupie zawodowej. Bywają jednak i takie wypowiedzi, w których przedstawiciel jednej grupy zawodowej wskazuje na potrzebę zwiększenia zatrudnienia w innej grupie. Jest także miejsce na uwagi dotyczące zbyt dużej liczby stanowisk kierowniczych w stosunku do całości zatrudnionego personelu. Pojawiają się także postulaty dotyczące potrzeby zwiększenia miejsc na studiach w celu kształcenia potencjalnie większej liczby kadry medycznej. Takie postulaty formułują najczęściej lekarze rezydenci. Są jednak i opinie zupełnie przeciwne. Jeśli chodzi o prognozowanie i formułowanie przekonań o możliwe zmiany w przyszłości, większość

respondentów ustosunkowuje się negatywnie do tej sprawy. Konkretnie i przykładowo kwestia ta jest postrzegana w następujący sposób:

*Należałoby zwiększyć zatrudnienie całego personelu medycznego, za dużo jest administracji, zwłaszcza kadry kierowniczej.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

*I tu zaczyna się problem. Jest coraz mniej lekarzy, pielęgniarek i w ogóle personelu medycznego, a w administracji jakby więcej.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 11 lat,  
staż na obecnym stanowisku kierownika oddziału 11 lat]

*Trzeba zatrudnić: lekarzy, pielęgniarki, ratowników, noszowych, opiekunów, ale przede wszystkim lekarzy ze specjalizacją, bez specjalizacji, jakichkolwiek.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza koordynatora oddziałów 8 m-cy]

*Trzeba przyjąć personel medyczny, głównie lekarzy, za dużo jest administracji.*

[lekarz 60 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa o pracę,  
umowa cywilnoprawna na dyżury medyczne i na świadczenie usług w poradni,  
staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku ordynatora oddziału 16 lat]

*Chyba nie będę oryginalna mówiąc, że należałoby zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 12 lat]

*Potrzebnych jest więcej pielęgniarek i położnych, można zmniejszyć liczbę pracowników administracji.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,

staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarka – stanowisko kierownicze 3 lata]

*Oczywiście zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek, trzeba się też zastanowić nad zwiększeniem liczby pracowników obsługi technicznej.*

[pielęgniarka 58 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 36 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 30 lat]

*Istnieje potrzeba zwiększenia przyjęć na studia medyczne i zwiększenia liczby miejsc specjalizacji oraz pomoc finansowa w szkoleniu młodych lekarzy. Kursy i szkolenie trwają tygodnie, a nawet miesiące, często odbywane są poza miejscem zamieszkania – dla młodych ludzi to bardzo duży wydatek.*

[lekarz 28 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 3 lata,  
staż na obecnym stanowisku: rezydent 2 lata]

*Sytuacja nie ulegnie poprawie, jeżeli nie zostanie zwiększona liczba przyjęć na studia medyczne i miejsc specjalizacyjnych we wszystkich szpitalach, aby młodzi lekarze mogli odbywać specjalizację w wybranym przez siebie miejscu, a nie tam, gdzie jest miejsce, albo czekać do następnego postępowania, ponieważ nie ma dla nich miejsca w dziedzinie specjalizacji jaką wybrali. Przydałaby się też pomoc finansowa i ulgi na szkolenia młodych lekarzy.*

[lekarz 29 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż na stanowisku: rezydent 4 lata]

*Dla poprawienia obecnej sytuacji trzeba znieść limity przyjęć na studia medyczne i pomóc młodym lekarzom zarówno podczas stażu lekarskiego, jak i w trakcie specjalizacji.*

[lekarz 30 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 3 lata,  
staż na stanowisku: rezydent 3 lata]

*Jest coraz gorzej, jeżeli nie zostaną wprowadzone zmiany systemowe będzie nadal coraz gorzej, istotny jest również szacunek dla lekarzy ze strony zarządzających, jak również*

*odpowiedzialność karna pacjentów za agresywne zachowania; póki co mówi się tylko o błędach i odpowiedzialności lekarzy, a pacjent ma tylko prawa.*

[lekarz 49 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika oddziału 8 lat]

*Nie będzie lepiej, jeżeli nie będzie zachęty i wsparcia finansowego na szkolenie pielęgniarek oraz na podnoszenie przez nie kwalifikacji, jeżeli nie będzie wyższych wynagrodzeń, wyższych stanowisk i gratyfikacji finansowych za podnoszenie kwalifikacji (specjalizacja, studia, kursy kwalifikacyjne).*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym bez specjalizacji,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 10 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku młodszego asystenta pielęgniarstwa 10 lat]

*Ilość personelu będzie coraz mniejsza, zarówno pielęgniarki jak i lekarze są coraz starsi, średnia wieku coraz wyższa, odchodzą na emeryturę. Jeżeli nie będzie motywacji w formie finansowej – nikt nie będzie chciał pracować w tych zawodach.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarka – stanowisko kierownicze 3 lata]

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, respondenci są bardzo rozgoryczeni mówiąc o brakach w zatrudnieniu personelu medycznego. Podają także rozwiązania, które ich zdaniem mogłyby poprawić sytuację w szpitalach oraz na rynku usług medycznych. Są to rozwiązania, o których dyskutują osoby w różnym wieku i reprezentujące zarówno grupę zawodową lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych.

Kolejna kwestia wywiadu dotyczyła współpracy. Współpraca w podmiotach leczniczych i w poszczególnych działach wygląda różnie. Nie przeważają raczej opinie ani w jedną ani w drugą stronę. Czasem współpraca układa się dobrze i nie pozostaje bez wpływu na efektywność pracy. Jest niekiedy także „uzupełnieniem” braku personelu. Bywa, że można dostrzec przejawy rywalizacji.

*Pracuję w dziale, który jest poniekąd autonomiczny, współpraca w tym dziale jest w porządku, o innych trudno mi powiedzieć.*

[lekarz 32 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w podmiocie 6 lat,  
na obecnym stanowisku: starszy specjalista 1 rok]

*No pewnie, że rywalizujemy. Tylko nikt o tym głośno nie mówi. Im lepsze wykonanie kontraktu, tym wyższe nagrody.*

[pielęgniarka 50 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarza koordynującego 20 lat]

*Wiadomo, że każdy oddział stara się realizować jak najlepiej kontrakt, ale współpracujemy ze sobą.*

[pielęgniarka 59 lat z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 35 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki 35 lat]

*Różnie to bywa. Rywalizacja pomiędzy oddziałami zdarza się często. Zwłaszcza, gdy chodzi o dodatkowe pieniądze lub sprzęt medyczny.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 5 lat]

*Raczej nie ma problemu, jeśli chodzi o współpracę, trudniej, gdy trzeba oddelegować którąś z pielęgniarek na inny oddział, poza tym problemy są jedynie z zakładami diagnostycznymi.*

[pielęgniarka 41 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki oddziałowej 5 lat]

*Bardzo trudno się współpracuje. Zarówno z oddziałami, jak i zakładami diagnostycznymi, ale z blokiem operacyjnym na przykład – świetnie.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza koordynatora oddziałów 8 m-cy]

*Jak już mówiłam: współpraca jest trudna. Spowodowane jest to przede wszystkim znacznym obciążeniem obowiązkami, brakiem personelu, coraz większą liczbą pacjentów, brakiem ograniczenia przyjęć pacjentów z uwagi na brak możliwości odesyłania pacjentów.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza 20 lat]

Ważną – zwłaszcza z psychologicznego punktu widzenia kwestią – jest poprawa zadowolenia z pracy personelu zatrudnionego w szpitalach, by ten mógł efektywnie pracować, zwłaszcza gdy odnotowuje się przejawy deficytowe w materii zatrudnienia. Respondenci mają tego świadomość, więc wyrażają swoje pragnienia, wyobrażenia i bardzo często konstruują bardzo twórcze propozycje rozwiązań:

*Zwiększenie liczby lekarzy w podmiocie, wyższe zarobki lekarzy, wypełnianie większości dokumentów przez personel pomocniczy, lepsze finansowanie szkoleń, stworzenie większej liczby miejsc akredytacyjnych do szkolenia lekarzy, aby młodzi lekarze mogli podjąć specjalizację, gdzie chcą, a nie tam, gdzie są miejsca. Obecnie liczba tych miejsc jest ograniczana, choć zgodnie z przepisami każdy lekarz specjalista może być kierownikiem specjalizacji 3 lekarzy.*

[lekarz 29 lat bez specjalizacji, umowa o pracę,  
staż w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż na stanowisku: rezydent 4 lata]

*Przede wszystkim szacunek i uczciwość dyrekcji wobec lekarzy, zgoda dyrekcji na zmiany w organizacji pracy do potrzeb oddziału, odpowiednia i bezpieczna obsada zmian i dyżurów, lepsza współpraca w zakresie diagnostyki.*

[lekarz 32 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w podmiocie 6 lat,  
na obecnym stanowisku: starszy specjalista 1 rok]

*Współpraca, jasne przepisy prawa, szacunek współpracowników oraz pacjentów, zatrudnienie personelu medycznego na wszystkich stanowiskach, pomoc lekarzom w wypełnianiu dokumentów, aby mogli leczyć i ratować pacjentów, możliwość odesyłania pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu od rana do godz. 18.*



[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 5 lat,  
staż na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 8 m-cy]

*Zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego, podwyższenie wynagrodzeń personelowi medycznemu, pozwolenie na organizowanie pracy w oddziale, zaufanie kierownictwa w stosunku do lekarzy, pomoc w wypełnianiu dokumentów przez personel pomocniczy.*

[lekarz 43 lata ze specjalizacją II<sup>o</sup>,  
umowa cywilnoprawna, staż w obecnym podmiocie 20 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza 20 lat]

*Zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego, podwyższenie wynagrodzeń, pozwolenie na większą autonomiczność organizowania pracy w oddziale, możliwość odsyłania pacjentów do lekarzy rodzinnych, wprowadzenie segregacji pacjentów.*

[lekarz 40 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 4 lata,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza koordynatora oddziałów 8 m-cy]

*Najważniejsze to zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego, podwyższenie wynagrodzeń, ponieważ personel medyczny nie jest odpowiednio doceniany, nowy podział obowiązków, aby odciążyc lekarzy.*

[lekarz 39 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 10 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku starszego specjalisty 8 lat]

*Przyjęcie do pracy nowych lekarzy, młodych – młodzi myślą zarówno o leczeniu, jak i organizowaniu pracy. Poza tym przyjęcie do pracy pielęgniarek dodatkowego personelu tzw. obsługi, który przejąłby część obowiązków lekarzy związanych z robotą „papierkową”, moim zdaniem podwyżki wynagrodzeń zachęciłyby do pracy i do zatrudnienia.*

[lekarz 66 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa o pracę,  
staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku lekarza specjalisty 12 lat]

*Jak wcześniej powiedziałam, zatrudnienie dodatkowego personelu (pielęgniarek), zrównanie wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy, większe możliwości dostosowania organizacji pracy do potrzeb oddziału, ograniczenie dokumentacji lub zapewnienie pomocy przy jej wypełnianiu, zakup sprzętu medycznego ułatwiającego pracę przy ciężkich pacjentach, finansowanie lub przynajmniej większe dofinansowanie szkoleń.*

[pielęgniarka 51 lat z wykształceniem wyższym bez specjalizacji,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 10 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku młodszego asystenta pielęgniarstwa 10 lat]

*Zatrudnienie dodatkowego personelu (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów, osób do sprzątnia), segregacja pacjentów przed przyjęciem, możliwość odsyłania pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu, możliwość dostosowania liczby personelu na zmianach do liczby przyjmowanych pacjentów.*

[pielęgniarka 48 lat z wykształceniem wyższym i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 26 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki koordynującej 14 lat]

*Zatrudnienie dodatkowych pielęgniarek i położnych, zrozumienie, że pielęgniarki i położne są najważniejsze przy wykonaniu kontraktu z NFZ, konieczne jest wyrównanie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz lekarzy, zachęta dla młodzieży do podjęcia nauki na kierunku pielęgniarstwo, przeznaczanie większych środków na finansowanie szkoleń pielęgniarek i położnych.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarka – stanowisko kierownicze 3 lata]

*Dodatkowe zatrudnienie pracowników, głównie pielęgniarek, ale też salowych i opiekunów medycznych, dostosowania organizacji pracy do potrzeb oddziału - jest nam ciężko pracować w obecnym systemie, ograniczenie dokumentacji lub zapewnienie pomocy przy jej wypełnianiu, uzupełnianie na bieżąco nowoczesnego sprzętu medycznego.*

[pielęgniarka 62 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 40 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika 30 lat]

*Prawda jest taka, że jak ktoś chce pracować w tym zawodzie, to mu nic nie przeszkodzi, a jak ktoś chce zarobić, to też będzie pracować jako pielęgniarka, bo przecież teraz pielęgniarki zarabiają całkiem nieźle.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa cywilnoprawna, staż pracy w obecnym podmiocie 12 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarki specjalistki 5 lat]

*Rozwiązania formalnoprawne będą kluczowe nawet dla pozyskania nowych pielęgniarek, gdyby wprowadzono ustawowe korzystne wynagrodzenia dla pielęgniarek – więcej chętnych chciałoby się uczyć tego zawodu.*

[pielęgniarka 52 lata z wykształceniem średnim i specjalizacją,  
umowa o pracę, staż pracy w obecnym podmiocie 30 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku pielęgniarka – stanowisko kierownicze 3 lata]

*Tak, trzeba zwiększyć liczbę lekarzy, pozwolić lekarzom szkolić się, wdrożyć jakieś programy pomocowe (finansowe) na podnoszenie kwalifikacji, zachęcić młodzież do nauki na kierunkach medycznych, potrzebne są zmiany systemowe, więcej miejsc szkoleniowych, wsparcie finansowe, współpraca pomiędzy szpitalami i szacunek dla lekarzy.*

[lekarz 39 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 10 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku starszego specjalisty 8 lat]

*Tak, i to jedynie takie rozwiązania, ponieważ tylko dzięki przepisom prawa można, tak uważam, zwiększyć liczbę lekarzy oraz zwiększyć liczbę miejsc dla lekarzy chcących się szkolić. Należy też zwiększyć pulę środków na pomoc finansową dla szkolących się. No i co obecnie zaczyna być istotne – należałoby zmodyfikować proces szkolenia specjalizacyjnego, i wprowadzić odpowiedzialność dyrektorów szpitali za lekarzy z Ukrainy.*

[lekarz 49 lat z II<sup>o</sup> specjalizacji, umowa cywilnoprawna,  
staż pracy w obecnym podmiocie 27 lat,  
staż pracy na obecnym stanowisku kierownika oddziału 8 lat]

Bardzo zróżnicowane opinie wyrażają rozmówcy w kwestii zastępowalności grup personelu medycznego innymi. Najprawdopodobniej wynika to z różnych obaw związanych z poczuciem odpowiedzialności za dobro pacjenta, ale także z wolą przestrzegania przepisów i wartości.

Czy jest to także przejaw niechęci i niezbyt dużego zaufania do szeroko pojmowanych zmian, które mogłyby wpływać niekorzystnie na warunki zatrudnienia pracownika podmiotu medycznego? Zwłaszcza kiedy będzie to dotyczyło przedstawicieli tych grup zawodowych, które mogą poszczycić się solidnymi kwalifikacjami oraz wielością specjalizacji, które stały się ich udziałem dzięki wysiłkowi i determinacji, jakie zostały w ich realizację zainwestowane. Być może także.

Z wywiadów przeprowadzonych w grupie rozmówców dominują następujące racje i przekonania: brakujące etaty pielęgniarskie można zastępować ratownikami medycznymi, kiedy występują takowe możliwości; gdy taka sytuacja ułatwia wykonywanie pracy; jedynie jako uzupełnienie czy pomoc; jedynie tam, gdzie praca nie wymaga specjalistycznych działań; tylko w sytuacji konieczności i „z rozsądkiem”; jedynie w pracy związanej z dokumentacją i elektronicznym archiwizowaniem. Brak akceptacji jest argumentowany w następujący sposób: prace powinno wykonywać się jedynie w ramach własnych kompetencji; brakuje akceptacji formalnoprawnej dla takich rozwiązań; stworzyłoby to (w przyszłości) niebezpieczeństwo analogicznej zastępowalności pracy lekarzy przez pielęgniarki; będzie to wywoływać konflikty i napięcia. Dodajmy, że w wypowiedziach rozmówców pojawiają się stwierdzenia o zabarwieniu kategorycznego sprzeciwu, wyrażanych wątpliwościach i braku zdecydowanego przekonania w tej kwestii oraz przejawy warunkowania swojego zdania różnorodnymi okolicznościami i kontekstem.

W przeprowadzonych wywiadach, które stanowią rodzaj badań jakościowych, kierowano się nie tylko dbałością o to, by wiernie zarejestrować, przedstawić, opracować i przeanalizować zebrane informacje. Świadomość tego, iż takie działanie jest realizowane w odniesieniu do specyficznego kontekstu i grupy osób, z którymi prowadzono rozmowy, wymagało także przyjęcia postawy, która można określić mianem *refleksyjności*. Taka postawa, jak się wydaje, przygotowuje właściwy i adekwatny do kontekstu oraz specyfiki badawczej grunt. Refleksyjność jako wrażliwość na zebrane dane, lecz także na sposób ich zgromadzenia były równie ważnym aspektem w realizacji całego badania poświęconego problematyce uwarunkowań i konsekwencji wykorzystania form zatrudnienia oraz organizacji pracy w kontekście deficytu kadr medycznych (Mays i Pope, 2020, s. 50).

## **5. Wnioski i rekomendacje – formy zatrudnienia i organizacji pracy a deficyt specjalistycznych kadr medycznych**

Jak stwierdza M. Domańska (2014, s. 32), w niewielu sektorach jakość świadczonych usług ma tak duże znaczenie jak w branży medycznej, gdyż konsekwencje błędu, zaniedbania lub niewystarczającego działania mogą okazać się tragiczne w skutkach, wręcz nieodwracalne. Specyfika o której wspomniano powoduje, że działalność podmiotów leczniczych jest nieporównywalna z innymi instytucjami działającymi na rynku, a problemy w dostępności specjalistycznych kadr medycznych stawiają pod znakiem zapytania funkcjonowanie tych podmiotów, co w efekcie może stawać się swoistym ryzykiem społecznym oraz zagrożeniem dla zdrowia i życia ludzi. Zasoby, które wykorzystuje się do świadczenia usług w ochronie zdrowia, w tym zasoby ludzkie, są ograniczone, zaś większa ich ilość może być wykorzystana w ochronie zdrowia tylko po pozbawieniu ich innych branż (Morris, Devlin i Parkin, 2012, s. 15). Potrzeb zdrowotnych z kolei jest znacznie więcej aniżeli możliwości ich zaspokojenia, dlatego każdy decydent staje przed koniecznością wyboru pomiędzy alternatywnymi możliwościami wykorzystania ograniczonych zasobów (Czerw i Religioni, 2012 b, s. 477). Specyfika działalności podmiotów leczniczych, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowe uregulowania prawne dotyczące wymogów funkcjonowania oraz zatrudnianych w nich pracowników, jak również specyficzne metody finansowania organizacji ochrony zdrowia, stwarzają konieczność stosowania takich narzędzi zarządzania, które jako cel nadrzędny będą uznawać dobro pacjenta (Czerw i Religioni, 2012, s. 477). Aby jednak miał kto leczyć i pielęgnować pacjentów, w pierwszej kolejności należy przynajmniej ograniczyć istniejący oraz pogłębiający się od lat deficyt ilościowy i jakościowy specjalistycznych kadr medycznych. Rozwiązania powinny być podejmowane nie tylko na poziomie konkretnych szpitali, ale przede wszystkim powinny to być rozwiązania systemowe.

Zdefiniowanie istoty deficytu specjalistycznych kadr medycznych, czym jest spowodowany i jakie niesie zagrożenia, stanowiło jeden z celów niniejszej dysertacji. Kolejnym, związanym z tym celem, była identyfikacja rozwiązań o charakterze systemowym oraz niesystemowym mających wpływ na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych. W efekcie przeprowadzonych badań uzyskano informacje, że zbyt mała liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych stanowi efekt m.in. ograniczonego przez wiele lat dostępu do studiów medycznych w przypadku lekarzy oraz małej atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej poprzez

niedoceniające tych zawodów oraz nienależyte wynagradzanie. Wymienione przyczyny z kolei miały wpływ na wzrost średniej wieku wykonujących swój zawód lekarzy, pielęgniarek i położnych. Niezwykle więc istotnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych jest system kształcenia oraz podnoszenia kwalifikacji. Zwłaszcza, gdyby kształcenie było finansowane przez podmiot zatrudniający lub inną instytucję. Sfinansowanie całkowite lub częściowe kosztów kształcenia i/lub podnoszenia kwalifikacji mogłoby stanowić swego rodzaju zachętę lub nawet motywację dla personelu medycznego. Świadczenia realizowane są przez specjalistyczne kadry medyczne więc niezbędne jest docenianie zatrudnionego personelu – wykwalifikowanego, kształcącego się permanentnie oraz znającego specyfikę pracy w danym podmiocie leczniczym. Wiadomym jest przecież, że koszty szkolenia oraz adaptacji zawodowej nowo zatrudnionej osoby są wysokie i nie ma gwarancji czy osoba ta przejdzie proces adaptacji zawodowej pozytywnie. Poza powyższym należałoby zastanowić się nad następującymi rozwiązaniami systemowymi:

- zwiększeniem dostępu do studiów na kierunku lekarskim;
- zwiększeniem liczby miejsc dla studentów na kierunkach lekarskich;
- efektywniejszym wykorzystaniem miejsc akredytacyjnych na odbywanie specjalizacji przez lekarzy;
- zachęceniem młodych ludzi do podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwie;
- dopasowaniem systemu wynagradzania do kwalifikacji personelu;
- możliwością zastąpienia pielęgniarek ratownikami medycznymi (przynajmniej na części stanowisk w poszczególnych oddziałach) poprzez nadanie ratownikom medycznym na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego szerszych kompetencji.

Powyższe propozycje mają charakter systemowy, a decyzje dotyczące zatrudniania i organizowania pracy muszą być podejmowane na bieżąco i zapadają na poziomie poszczególnych podmiotów. Po przeanalizowaniu uzyskanych podczas badania informacji stwierdza się, że deficyt specjalistycznych kadr medycznych spowodowany jest także nieprawidłową organizacją czasu pracy (nieprawidłowo układane harmonogramy czasu pracy, obciążanie lekarzy zbyt dużą liczbą dyżurów), jak również obciążaniem specjalistycznych kadr medycznych dodatkowo obowiązkami administracyjnymi. Z tego wynika, że w podmiotach leczniczych nie do końca wykorzystywane są kwalifikacje, wiedza i możliwości deficytowej

specjalistycznej kadry medycznej. Lekarze muszą przyjąć wszystkich pacjentów, którzy są zarejestrowani i nie tylko zbadać oraz udzielić porady, zaopatrzyć pacjenta, wykonać badania diagnostyczne, zabieg czy operację, ale i założyć dokumentację, na podstawie której podmiot leczniczy rozlicza się z NFZ, jak również wypełnić dane w systemie informatycznym. Pojawia się tu kolejny problem: lekarze specjaliści zamiast w czasie pracy zajmować się diagnostyką i leczeniem pacjentów, coraz więcej czasu poświęcają na prowadzenie dokumentacji oraz obsługę systemów informatycznych. Podmioty lecznicze płacą więc za czynności biurowe wykonywane przez lekarzy specjalistów jak za wiedzę specjalistyczną. Podobnie rzecz się ma w przypadku pielęgniarek i położnych. Te grupy zawodowe również mają wiele obowiązków administracyjnych, przez co mają mniej czasu dla pacjentów. Wprowadzono minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a z analizy przeprowadzonej w poprzednich podrozdziałach wynika, iż nie dość, że pielęgniarek i położnych jest coraz mniej, to jeszcze średnia ich wieku wciąż rośnie. Podkreślić również należy fakt świadczenia pracy/usług (w zależności od formy zatrudnienia) przez pielęgniarki i położne w więcej niż jednym podmiocie leczniczym, a zatem nadal pozostaje problem świadczenia przez nie pracy/usług w wymiarze ponad jednego etatu oraz konieczność przemieszczania się z dyżuru w jednym podmiocie na dyżur w innym podmiocie. Dlatego też mając na uwadze pogłębiający się deficyt specjalistycznych kadr medycznych, należałoby rozważyć odciążenie specjalistycznego personelu medycznego poprzez ograniczenie obowiązków do tych, które są związane z zabezpieczaniem zdrowia i/ lub życia pacjentów, natomiast czynności administracyjne oraz czynności związane z uzupełnianiem systemów informatycznych można przekazać personelowi z niższymi kwalifikacjami. Takie rozwiązanie mogłoby odciążyć lekarzy oraz skrócić kolejki oczekujących pacjentów, a tym samym wpłynąć na zmniejszenie deficytu w zatrudnieniu lekarzy, gdyż cały czas ich pracy przeznaczony byłby na wykonywanie obowiązków lekarza, a nie na czynności administracyjne.

Rozwiązaniem może być także zatrudnianie lekarzy, pielęgniarek i położnych z zagranicy. Problem tutaj stanowi konieczność nostryfikacji dyplomu w przypadku, gdy są oni obywatelami państw niebędących członkami UE. Nostryfikacja dyplomu jest także procesem długotrwałym (trwa nawet kilkanaście miesięcy) i kosztownym dla osób starających się o nią. Po nostryfikacji dyplomu lekarz (będący specjalistą w państwie spoza UE) musi odbyć staż lekarski w całości (13 miesięcy) lub w części.

Deficyt specjalistycznych kadr medycznych spowodowany także został innymi czynnikami, jak np. brak współpracy personelu zatrudnionego w poszczególnych komórkach organizacyjnych niektórych szpitali, jak również współpracy między szpitalami, co może wynikać z preferencji związanych z konkurencją w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych. Kolejnym rozwiązaniem może być więc bardziej efektywne organizowanie pracy personelu podmiotów leczniczych – w zespołach. Dobór personelu do poszczególnych zespołów oparty na kompetencjach posiadanych przez personel mógłby sprzyjać podejmowaniu działań, jak również wprowadzaniu innowacyjnych rozwiązań, co w medycynie jest niezwykle istotne i bardzo pożądane. Idąc dalej: współpraca wszystkich zespołów przy zaangażowaniu kierownika podmiotu leczniczego mógłby przynieść korzyści nie tylko temu podmiotowi, ale przede wszystkim pacjentom. Zagadnienie zespołów jest ściśle związane z opieką zdrowotną w szpitalach. Praca w oddziałach i zakładach organizowana jest przy zastosowaniu współpracy wielu grup zawodowych. I żadna z osób, począwszy od personelu zatrudnionego na stanowiskach w grupie niższego personelu medycznego czy obsługi, nie jest zbędna, gdyż każdy pracownik ma do odegrania swoją rolę w procesie zabezpieczenia zdrowia i życia ludzkiego. Praca w zespołach pozytywnie wpływa na stan zatrudnienia oraz na zabezpieczenie opieki medycznej pacjentom, gdyż dzięki takiej organizacji pracy istnieją większe możliwości stosowania systemu zastępstw. Poza tym zespoły – obsady dyżurowe zmieniając się pomiędzy kolejnymi dyżurami zdają raporty z sytuacji w oddziale. Dzięki temu, że w przekazywaniu raportu bierze udział kilka osób, a nie są one przekazywane indywidualnie – informacje są pełniejsze, oszczędzany jest czas, wszyscy uczestnicy otrzymują pełną wiedzę nt. pacjentów i sytuacji w oddziale.

Kolejny problem, to brak współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi. Do szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjenci zgłaszają się w ciągu całej doby nierzadko twierdząc, że są odsyłani przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Do SOR przekazywani lub kierowani są również pacjenci z ościennych szpitali, najczęściej powiatowych, co stanowi znaczne obciążenie dodatkową pracą oraz finansowe. Stanowi to znaczne obciążenie personelu medycznego. Poza tym NFZ na SOR przyznaje ryczałt więc każdy kolejny pacjent zwiększa koszty. Należałoby więc unormować rozliczenia finansowe pomiędzy kierującym pacjenta a szpitalem, który pacjenta przyjął w celu zmniejszenia kosztów tego szpitala. Jednym z rozwiązań odciążających SOR mogłoby być również wprowadzenie TRIAGE, czyli segregacji



pacjentów na grupy w zależności od pilności udzielenia pomocy. Jednym z problemów jest także brak współpracy wśród personelu w poszczególnych podmiotach leczniczych. Oddziały muszą dbać o prawidłowy budżet. Ordynatorzy i kierownicy oddziałów rozliczani są z efektów finansowych zarządzanych przez nich oddziałów. Większość z nich więc myśli przede wszystkim o oddziale, którym kieruje.

Rozwiązanie stanowić może także rozwój relacji międzyorganizacyjnych (*interorganizational governance lub interorganizational relations*), będące konfiguracjami, w ramach których łączy się zasoby dwóch lub więcej niezależnych organizacji, aby wspólnie tworzyć wartość dodaną, i stanowiące relatywnie nowy obszar zainteresowań w teorii zarządzania i teorii organizacji (Koźmiński i Latusek-Jurczak, 2014, s. 26). Dobrym rozwiązaniem wydaje się być także kooperacja i kospecializacja zasobów.

Problem dostępu pacjenta do usług medycznych oraz wyrównywanie dysproporcji pomiędzy województwami w dostępie do usług medycznych stało się trudnym problemem w Polsce. Jednymi z remediów są nowe technologie: telediagnostyka, teleopieka i telekonsultacja. Telemedycyna stanowi bardzo istotne rozwiązanie w kontekście deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Dzięki jej zastosowaniu szpitale niedysponujące wystarczającą liczbą lekarzy specjalistów dzięki możliwościom technicznym mogą korzystać z wiedzy oraz doświadczenia lekarzy specjalistów zdalnie. To powoduje, że w krótszym czasie opisywane są badania diagnostyczne – specjalista ma dostęp do wyników badań w systemie, pacjenci konsultowani są bez oczekiwania, również w czasie przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, także preparaty (wycinki tkanek) pobrane w czasie zabiegów operacyjnych konsultowane są na bieżąco bez konieczności przedłużania operacji, czy też przenoszenia jej na kolejny termin. Jednym z rozwiązań może być również „rozwój koncepcji e-zdrowie, czyli system informacji medycznej pacjenta. Wymiana informacji za pośrednictwem dokumentacji medycznej, rejestrów pacjenta ma kluczowe znaczenie w zakresie systemu opieki zdrowotnej (leczenia i profilaktyki) oraz dostawy leków i wyrobów medycznych (Dobska, 2021, s. 130).

Istotny jest również problem zaangażowania (*involvement*) oraz uczestnictwa pracowników w podejmowaniu decyzji, a konkretnie zaangażowania pracowniczego (*employee involvement*) będące jednym z przejawów partycypacji bezpośredniej i dotyczy bezpośredniego wpływu pracowników na decyzje podejmowane w obrębie własnego stanowiska pracy (Szmidt, 2016, s. 86). Aby uzyskać autentyczne zaangażowanie pracownika,

wykorzystać należy czynniki wewnętrzne, które prowadzą do satysfakcji z pracy poprzez wzbogacenie jej treści, wyrażanie uznania, stwarzanie perspektyw rozwoju zawodowego, gdyż to one, w przeciwieństwie do czynników zewnętrznych, mają głęboki i długotrwały wpływ na postępowanie pracownika (Juchnowicz, 2012, s. 107).

Efektom pogłębiania się deficytu w kolejnych latach może być brak wystarczającej liczby specjalistycznej kadry medycznej w szpitalach, a więc brak możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych, ograniczenia w dostępie do lekarzy specjalistów, wydłużające się kolejki pacjentów, brak wczesnej diagnozy, brak profilaktyki. Przy tym mała świadomość społeczeństwa, a przynajmniej jego części, oraz przekonanie, że *wszystko nam się należy tak po prostu* powoduje, że w kolejkach po poradę do specjalistów, które refundowane są przez NFZ, nierzadko oczekują osoby, dla których porada nie jest niezbędna, zajmując miejsce tym, którzy tej porady natychmiast potrzebują. Niektórzy, np. Dyrektor Generalny Federacji Pacjentów Polskich, przekonują, iż pacjenta trzeba zacząć postrzegać jako źródło rozwiązań, używając określenia „pacjent wykształcony”, czyli taki, który aktywnie zdobywa wiedzę na temat zdrowia i wykorzystuje ją z korzyścią dla samego siebie, stając się jednocześnie partnerem dla lekarza oraz systemu ochrony zdrowia (Szelągowski 2014, s. 15). Z kolei K. Kordel twierdzi, iż należy wziąć przykład z Amerykanów, którzy realizują *Health Path* i wprowadzić taką ścieżkę od piątego roku życia dla dzieci, która uczyłaby ich zachowań prozdrowotnych, poruszania się w systemie, świadomości z czym i kiedy należy udać się do lekarza, i do jakiego lekarza (Kordel, 2013, s. 1).

Biorąc pod uwagę coraz większą różnorodność jednostek chorobowych, w tym choroby cywilizacyjne i choroby związane z wydłużaniem się życia ludzkiego, niezwykle istotnym zdaje się być propagowanie profilaktyki zdrowotnej poprzez wdrażanie w społeczeństwie świadomości zdrowotnej oraz zdrowego stylu życia, propagowanie szeroko pojętej diagnostyki, co mogłoby mieć wpływ na zmniejszenie liczby leczonych pacjentów, a w efekcie spowodować mogłoby lepszy i szybszy dostęp pacjentów do lekarzy specjalistów oraz zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarek i położnych. Również bardziej efektywne wykorzystanie łóżek, a co za tym idzie zmniejszenie liczby osobodni, mogłoby spowodować zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę specjalistycznej kadry medycznej.

Odpowiednim rozwiązaniem wydaje się być propozycja byłego Wiceministra Zdrowia M. Twardowskiego (2010): wprowadzenie odpłatności, nawet symbolicznej, za niektóre

świadczenia udzielane w podmiotach leczniczych mogłoby stanowić zmniejszenie kolejek oczekujących czy zmniejszenie kolejek do poradni i przychodni.

Kolejne przyjęte przez autorkę cele dysertacji: identyfikacja form zatrudnienia i organizacji pracy w deficytowych grupach zawodowych: lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz wskazanie przyczyn i konsekwencji zatrudnienia na podstawie wybranych form zatrudnienia i organizacji pracy zostały zrealizowane na podstawie szczegółowej analizy materiału będącego wynikiem przeprowadzonych badań wykorzystanych w dysertacji. Odnosząc się do powyższego: niezwykle ważnym jest w procesie podejmowania decyzji, aby kierownicy podmiotów brali pod uwagę, w miarę możliwości, potrzeby oraz preferencje osób zatrudnionych. Wybór formy zatrudnienia w porozumieniu z lekarzem czy pielęgniarką, wybór wymiaru etatu, systemu i rozkładu czasu pracy może spowodować zachętę do podjęcia pracy w tym podmiocie przez specjalistyczną kadrę medyczną. Jak już wyżej zasygnalizowano, pracownicy skłonni są zmienić formę zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną ze względów finansowych. Wyższe wynagrodzenie mogą osiągnąć m.in. świadcząc usługi w zwiększonej liczbie godzin. Jak wcześniej zauważono, wielu lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych jest w więcej niż jednym podmiocie leczniczym z różnymi stawkami wynagrodzenia. Fakt ten jest powszechnie znany. Personel przemieszcza się między podmiotami leczniczymi, aby dotrzeć na kolejne dyżury, które często pełnione są jeden po drugim. Może lepszym rozwiązaniem byłoby zatrudnienie w jednym podmiocie leczniczym na warunkach uzgodnionych i satysfakcjonujących obie strony. Podstawowe prawo stanowi fakt, że nie ma właściwych odpowiedzi, gdyż systemy cechuje zazwyczaj duża dynamika, więc nie ma wytrychów organizacyjnych, czyli stałych rozwiązań mogących służyć niezmiennie do rozwiązywania problemów (Kuc i Żemigąła, 2010, s. 90). Podejmowane działania, jak i dokonywanie wyboru zależne są od preferencji osoby decydującej w tym zakresie.

Wszystkie opisane problemy oraz przytoczone wnioski i wskazane rekomendacje wynikają z pracy autorki w dziale kadr szpitala wojewódzkiego. Z tego rodzaju problemami borykają się codziennie zarówno kierownicy szpitali, jak i osoby zarządzające w ich imieniu, a więc: ordynatorzy, kierownicy, pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki koordynujące. Brak lekarzy doskwiera również pacjentom w przebiegu procesów diagnostycznych, leczenia, rehabilitacji, ale też utrudnia lub wręcz uniemożliwia profilaktykę.

Analiza danych oraz bezpośrednia obecność w codziennym funkcjonowaniu szpitala wraz z obserwacją sposobów zarządzania pozwalają na stwierdzenie, iż koszty ochrony zdrowia znacznie wzrosły w ostatnich dekadach. Niezbędne jest zatem podejmowanie adekwatnych do sytuacji korekt, a nawet reform. Wydaje się, że efektywność i pomyślność w realizacji celów danego podmiotu leczniczego, które jest także swego rodzaju przedsiębiorstwem, zawiera się w ich kompleksowości. Innymi słowy, skuteczne zarządzanie i efektywne leczenie to dwa komplementarnie nakładające się na siebie cele. Prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego i dobro pacjentów – nie mogą się nawzajem wykluczać. Można tu więc twierdzić o zasadności, a nawet konieczności wiązania opieki medycznej nad pacjentem z zasadami i wymogami ekonomii.

Osobliwość funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz problemy dotyczące dostępności do rzeczywistych wymogów specjalistycznej kadry medycznej przekładają się między innymi na jakość świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, którą cechuje ciągłość. Nie da się zawiesić, zupełnie odroczyć czy powstrzymać udzielanych usług w tym zakresie. Przeprowadzanie reform, wdrażanie zmian, transfer innowacji w obszar opieki zdrowotnej muszą dokonywać się w permanentnej aktywności realizowanej przez wielorakie agendy i jednostki. Dotyczy to zwłaszcza zarządzania podmiotem leczniczym, a tym bardziej oferowania i realizowania samych usług zdrowotnych. Nie mniej istotną – a może i ważniejszą jeszcze kwestią – wymagającą głębokich reform jest sprawa finansowania. Wielkość nakładów finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w Polsce jest wciąż żywym i nagłym wyzwaniem, wymagającym sprawnych i efektywnych decyzji. Nie mniejszym wyzwaniem są strukturalne i funkcjonalne zawichości związane z deficytami kadrowymi dotyczące specjalistycznych kadr medycznych. Wielopłaszczyznowy wysiłek zmierzający do trwałego i skutecznego szkolenia personelu medycznego – to nie tylko teoretyczny postulat wynikający z analizy funkcjonowania podmiotów leczniczych i całościowej struktury opieki zdrowotnej, ale realnie nagląca konieczność dla ratowania systemu opieki zdrowotnej. Wszystkie te poszczególne elementy skupiają się jednak na dobru pacjenta, a co się z tym wiąże, na kwestii jak najlepszego, jak najefektywniejszego oraz najbardziej specyficznego aspektu, jakim jest wykonywanie przez specjalistyczne kadry medyczne tego, co należy do ich etosu zawodowego – rzetelnego i skutecznego leczenia oraz sprawowania opieki nad pacjentami. W celu realizacji tych postulatów koniecznym jest nie tylko taki podział zadań pomiędzy personel medyczny,

który odciąży lekarzy, pielęgniarki i położne, ale także dostosowanie form zatrudnienia oraz organizacji pracy do rzeczywistych potrzeb zarówno podmiotów leczniczych, jak i zatrudnionego w nich personelu. W efekcie przeprowadzonych badań wskazaniem jest wykorzystanie elastycznych form zatrudnienia (pracowniczego i niepracowniczego) oraz organizacji pracy jako metody zmniejszenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych. Taki sposób postępowania nie spowoduje wprawdzie zwiększenia liczby specjalistycznych kadr medycznych, ale pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie potencjału. Wdrożenie takich rozwiązań może poprawić sytuację nie tylko w obrębie jednego podmiotu leczniczego, gdyż dzięki współpracy podmiotów specjalistyczne kadry medyczne mogą być zatrudnione w więcej niż jednym miejscu. W wyniku przeprowadzonych badań, stwierdza się, że również respondenci (lekarze i pielęgniarki) opowiadają się za stosowaniem elastycznych form zatrudnienia oraz organizacji pracy. Potwierdzają, że te metody służą optymalizacji planowania i wykorzystania czasu pracy.

Wobec powyższego niniejsza praca miała na celu tak cele poznawcze, jak i aplikacyjne. W obecnej rzeczywistości pogłębiającego się deficytu w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych brakuje rozwiązań systemowych pozwalających na traktowanie podmiotów leczniczych, w tym szpitali, w sposób szczególny i odrębny od innego rodzaju przedsiębiorstw. Podmioty lecznicze mają obowiązek pracy ciągłej (diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, profilaktyka), nie mogą odmówić przyjęcia pacjentów. Z drugiej strony podmioty lecznicze są niewłaściwie finansowane, ponieważ są określone limity świadczeń zdrowotnych więc nie otrzymują środków finansowych za wszystkie udzielone świadczenia. Jednocześnie brakuje również wiedzy w zakresie stosowania form zatrudnienia i organizacji pracy, których wykorzystanie mogłoby wpłynąć na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Brakuje także rozwiązań systemowych pozwalających kierownikom podmiotów leczniczych na szybsze i prostsze dostosowanie organizacji pracy specjalistycznych kadr medycznych, oraz personelu w ogóle, do zmieniających się warunków kontraktu (np. okres wypowiedzenia warunków umowy o pracę w przypadku pracowników zatrudnionych powyżej 2 lat wynosi 3 m-ce; w sytuacji, gdy zmiana w funkcjonowaniu oddziałów, przychodni czy poradni następuje od kolejnego miesiąca – organizacja pracy personelu nie może być dostosowana na bieżąco).

## Zakończenie

Podejmowana od kilkunastu już lat obserwacja funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce pozwala na stwierdzenie, iż ma miejsce dość wyraźny i permanentny spadek zatrudnienia specjalistycznych kadr medycznych. Jest to zjawisko niepokojące, gdyż ostatecznie chodzi wciąż o dobro, zdrowie i życie pacjentów. Dzieje się tak mimo wzrostu liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodu lekarskiego. Fakt, że personel medyczny w osobach pielęgniarek i położnych jest szczególnie deficytowy, uruchamia mechanizmy przynaglające, by zarówno w kwestii edukacji, promocji jak i organizowania zatrudnienia, uczynić tę sprawę priorytetową. Rozwiązania tak systemowe jak i niesystemowe są obecnie komplementarnym zestawem przygotowywanych i wdrażanych potencjalnych i realnych mechanizmów w odniesieniu do kwestii deficytowych, gdy chodzi o specjalistyczne kadry medyczne.

W aktualnych okolicznościach i uwarunkowaniach różnego rodzaju, problem zatrudniania specjalistycznej kadry medycznej wychodzi naprzeciw trendom globalizacyjnym, czy lepiej – migracyjnym. Zatrudnienie staje się przedsięwzięciem niekiedy „transnarodowym”. Specjalistyczne kadry medyczne są nierzadko suplementowane zatrudnianiem cudzoziemców, co jednak z wielu punktów widzenia jest trudne, wymagające wielu czynności i nakładów, w tym finansowych. Jednak i to jest wyzwaniem dla podmiotów medycznych oraz osób nimi zarządzających. Jest to także wyzwanie formalnoprawne. Odbiurokratyzowanie nie będzie oznaczało jedynie uproszczenia procedur zatrudniania, zwłaszcza w sytuacji, kiedy to kluczową sprawą muszą być zawsze wymogi dotyczące kompetencji osoby zatrudnianej oraz zgodności z prawem na każdym etapie tego procesu.

W pracy doktorskiej główny problem badawczy sformułowano następująco: *jakie są przyczyny deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych oraz uwarunkowania i konsekwencje wykorzystania różnych form zatrudnienia i organizacji pracy do rozwiązania tego problemu?*

Głównym celem rozprawy było wskazanie metod zmniejszenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych poprzez wykorzystanie form zatrudnienia i organizacji pracy. Zostało to zrealizowane dzięki procedurze badawczej, która obejmowała:

1. Zidentyfikowanie i scharakteryzowanie form zatrudnienia stosowane w podmiotach leczniczych pod względem ich wykorzystania w ukierunkowaniu na możliwość zmniejszenia deficytu specjalistycznych kadr medycznych.
2. Scharakteryzowanie konsekwencji zatrudnienia na podstawie wybranych form zatrudnienia i organizacji pracy.
3. Zdefiniowanie istoty deficytu specjalistycznych kadr medycznych i określenie przyczyny jego powstania i pogłębiania, a także zagrożeń wynikających z deficytu specjalistycznych kadr medycznych.
4. Przeprowadzenie analizy rozwiązań o charakterze niesystemowym oraz systemowym, mających wpływ na zmniejszenie deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Ponadto, zaproponowano rozwiązania mogące zmniejszyć deficyt specjalistycznych kadr medycznych.

Po przeprowadzeniu analizy form zatrudnienia oraz systemów organizacji pracy można stwierdzić, że zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego w podmiotach leczniczych, mogą być stosowane zarówno formy zatrudnienia pracowniczego, jak i niepracowniczego. Formy zatrudnienia oraz organizacja pracy powinny być dobierane do potrzeb pracodawców i ich możliwości finansowych oraz organizacyjnych, z uwzględnieniem (w miarę możliwości) preferencji personelu medycznego w tych zakresach. Zwłaszcza w sytuacji, gdy pogłębia się deficyt specjalistycznych kadr medycznych, a zapotrzebowanie na ten personel ciągle rośnie, taka strategia ma swoje uzasadnienie. W obecnej sytuacji jednym z rozwiązań zastosowania form zatrudnienia satysfakcjonującym obie strony, to znaczy pracodawców i pracowników, jest zatrudnianie na podstawie różnych rodzajów umów jednocześnie, co pozwala na wykonywanie pracy i udzielanie świadczeń w więcej niż jednym podmiocie i może skutkować bardziej efektywną organizacją pracy oraz zmniejszeniem deficytu specjalistycznych kadr medycznych. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy zatrudnienie lekarzy oraz pielęgniarek i położnych na podstawie umowy o pracę w ramach tego stanowiska pracy u jednego pracodawcy ograniczone jest do jednego etatu. W celu uzyskania wyższych dochodów przedstawiciele tych grup zawodowych zatrudniają się w dodatkowych miejscach lub zmieniają formę zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną. Dzięki uelastycznieniu zatrudnienia oraz dzięki efektywniejszej organizacji czasu osoby te mogą osiągnąć swoje zamierzenia.

W celu pozyskania danych do zdiagnozowania problemów związanych z istnieniem deficytu specjalistycznych kadr medycznych oraz jego pogłębieniem przeprowadzono badanie ankietowe oraz zrealizowano procedurę badawczą w postaci wywiadu indywidualnego pogłębionego. Zebrano i przeanalizowano informacje z dwóch rodzajów ankiet. Przeprowadzono również analizę informacji zebranych w wywiadach indywidualnych pogłębionych.

Z analizy wyników badania ankietowego wynika, że w przypadku personelu medycznego, większość badanych osób nie miała żadnego wpływu na formę zatrudnienia. Dotyczy to zarówno pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jak i personelu udzielającego świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych. O rodzaju umowy zdecydowali kierownicy szpitali, w których zatrudnione są osoby ankietowane. Taki sposób działania kierowników podmiotów leczniczych może świadczyć o ich preferencjach w zakresie zatrudnienia i jednocześnie o braku możliwości negocjowania warunków zatrudnienia z kierownictwem podmiotu. Może też świadczyć o nieznaności innego rodzaju form zatrudnienia lub braku chęci ich stosowania przez kierownictwo szpitali. Stwierdzono również, że żadne z przyjętych w badaniu kryteriów, tj. płeć, wiek, wykształcenie, posiadanie specjalizacji, rodzaj specjalizacji, staż pracy, czy obszar zamieszkania nie miały wpływu na formę zatrudnienia specjalistycznych kadr medycznych, które wzięły udział w badaniu. Wynika z tego, że decyzje dotyczące wyboru formy zatrudnienia podejmowane były indywidualnie i podyktowane osobistymi motywacjami respondentów. Wybór formy zatrudnienia przez respondentów mógł być także efektem braku znajomości innych form zatrudnienia lub brakiem znajomości zalet tych form. Jednak biorąc pod uwagę ilość otrzymanych zwrotnie ankiet stwierdzić należy, że otrzymane informacje nie mogą być uogólniane i można je odnosić jedynie do grupy badanych respondentów.

Jednocześnie prawie 27% osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, które wypełniły ankietę, ceni sobie tę formę zatrudnienia, gdyż jest ona tym samym dopasowana do ich potrzeb. Mają one poczucie bezpieczeństwa zarówno samego zatrudnienia, jak i wynagrodzenia, świadomość stabilizacji, rozwoju zawodowego, zabezpieczenia socjalnego, posiadania odpowiednich warunków finansowych oraz ubezpieczenia. Z kolei osoby zatrudnione jednocześnie na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej (forma



zatrudnienia mieszana) cenią sobie możliwość łączenia dyżurów, wyższe zarobki, bezpieczeństwo finansowe.

W przypadku analizy odpowiedzi udzielonych przez osoby, które wypełniły drugi rodzaj ankiety, dotyczącej zmiany formy zatrudnienia w procesie zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną uwidacznia się prawidłowość, że w procesie podejmowania decyzji dotyczącej formy zatrudnienia 13% badanych było zmuszonych przez pracodawcę do zmiany formy zatrudnienia. Decyzja ta nie wynikała bynajmniej z przyczyn dotyczących np. nabycia praw do emerytury, co bywa powodem do zmiany formy zatrudnienia z pracowniczego na niepracownicze, dzięki czemu pracownik rozwiązując umowę o pracę pobiera odprawę emerytalną, zaś kierownictwo podmiotu leczniczego pozbywa się wielu obowiązków wynikających z zawartych umów o pracę. Również w przypadku tej ankiety na zmianę formy zatrudnienia nie miały wpływu takie kryteria jak: płeć, wiek, staż pracy, wykształcenie, posiadanie specjalizacji, czy obszar zamieszkania. Aż 84% osób spośród wszystkich, które wypełniły drugi rodzaj ankiety, samodzielnie zdecydowało o zmianie formy zatrudnienia. Argumentowały ten fakt przede wszystkim względami finansowymi. W tej grupie znajdują się głównie osoby posiadające specjalizację. Posiadanie specjalizacji jest w zasadzie jedynym znaczącym kryterium, które można by łączyć z wyborem formy zatrudnienia z uwagi na warunki finansowe. Zdaniem autorki dysertacji nie należy tu brać pod uwagę wykształcenia, ponieważ w tej grupie znalazło się wielu lekarzy, a jednym z wymogów dotyczących kwalifikacji tej grupy zawodowej jest ukończenie studiów wyższych. Niektóre z tych osób (42 osoby, tj. 38,53%) wskazały także, jako uzasadnienie zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną, większą liczbę godzin, co ma ich zdaniem bezpośrednie przełożenie na lepsze warunki finansowe. Część z osób opowiadających się za korzystniejszymi warunkami finansowymi podało argument dotyczący organizacji pracy, co może świadczyć o tym, jak cenne jest dla specjalistycznej kadry medycznej elastyczne zatrudnienie przejawiające się w możliwości decydowania o liczbie godzin świadczonych usług oraz o harmonogramie ich świadczenia.

Ważnym etapem przeprowadzonych badań, co miało także charakter „suplementujący” całość przedsięwzięcia, było przygotowanie i zrealizowanie wywiadów indywidualnych pogłębionych. To dzięki wiedzy pozyskanej z tych właśnie metod badawczych można dostrzec wiele interesujących prawidłowości.

Personel medyczny (lekarze, pielęgniarki i położne) nie są skłonni do zmiany miejsca zatrudnienia. Jednocześnie podkreślić należy, że spora część osób, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, akceptuje formę zatrudnienia oraz warunki zatrudnienia. Niezadowolenie zaś wyrażane jest zazwyczaj odnośnie do normy i systemu czasu pracy, organizacji pracy, które powodują przeciążenie personelu medycznego. Zmiana miejsca pracy jest zazwyczaj problemem, który wykracza poza czysty aspekt poprawy warunków pracy. Poprawa warunków pracy pod wieloma względami nie jest na tyle determinująca, by pracownik był gotów także do zmiany miejsca pracy. Praktyczne względy wydają się odgrywać tu także istotną rolę. Zmiana miejsca zamieszkania, a co się z tym wiąże, zmiana okoliczności życia i zatrudnienia, okazują się także istotnym elementem hamującym ową fluktuację.

Istotnym jest jednak fakt, że większość z badanych udzielając wywiadu nie uzależnia wykonywania swoich obowiązków od warunków zatrudnienia, argumentując ten fakt poczuciem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Jak już wcześniej wnioskowano, jest to przejaw posiadania pewnego rodzaju etosu zawodowego. I ten fakt stanowić może potwierdzenie specyficznego powołania do wykonywania tak trudnych zawodów jak: lekarz, pielęgniarka, czy położna.

Respondenci często podkreślali fakt deficytów w obrębie specjalistycznej kadry medycznej oraz pogłębianie się tego deficytu, zauważając jednocześnie, że muszą sporo czasu poświęcić na wypełnianie dokumentacji i systemów informatycznych. Podawali, że rozwiązaniem byłoby przeorganizowanie pracy polegające m.in. na przekazaniu tych obowiązków personelowi pomocniczemu. Można na tej podstawie wnioskować, że w obrębie personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych istnieje pewna wewnętrzna umiejętność oceny realnych sytuacji, pewna wiedza praktyczna wykraczająca poza kompetencje związane *stricte* z wykonywaną pracą, zwłaszcza tą specjalistyczną. Mowa tu o pewnej wiedzy praktycznej i intuicji, które pojawiają się w związku z doświadczeniem nabywanym wraz z wykonywaną pracą i zatrudnieniem, oraz umiejętności do szerokiej oceny działalności szpitali, w których przebiegają procesy zaspokajające potrzeby pacjentów.

Badani zauważają także brak poszanowania okazywanego w odniesieniu do specjalistycznej kadry medycznej. Mają tu na uwadze przede wszystkim rodzaj odniesienia ze strony pacjentów oraz ich rodzin do personelu medycznego.

Wiele innych jeszcze aspektów, bardziej szczegółowych, niekiedy także silnie spersonalizowanych, można dostrzec, wczytując się bezpośrednio w wypowiedzi respondentów (co zostało zamieszczone w tej części dysertacji, gdzie znajduje się szczegółowa analiza treści pochodzących z wywiadów pogłębionych). Zebranie takiej wiedzy było wykonalne dzięki pozostawieniu osobom badanym możliwości wypowiadania się w szeroki i niezdeterminowany zbyt ściśle i zanadto precyzyjnymi pytaniami sposób. Wielu respondentów z tej możliwości skorzystało, niektórzy okazali się jednak dość zachowawczy, dzieląc się uszczuploną wiedzą i doświadczeniami. Każda jednak wypowiedź jest nośnikiem treści, z których wyłania się specyfika badanej grupy, oraz pewna – częściowa subiektywna, a częściowo zobiektywizowana – wiedza, połączona z praktycznym doświadczeniem. Nie wszystko jednak, co udało się pozyskać w przeprowadzonych badaniach, ma wartość bezpośrednio związaną i wchodzącą w zakres specyficznego i zawężonego przecież obszaru przeprowadzonych tu diagnoz i analiz.

Podsumowując przeprowadzone w niniejszej dysertacji analizy stwierdza się ponadto:

1. Analiza liczby personelu medycznego w grupach zawodowych: lekarzy, pielęgniarek i położnych w różnych ujęciach (liczba ogółem, wiek, posiadanie prawa wykonywania zawodu) pokazała, że niektórzy lekarze, pielęgniarki i położne, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu, odeszli od wykonywania tego zawodu. Poza tym uwidacznia się trend wzrostu średniego wieku osób w tych zawodach. Obydwa wnioski są niepokojące.
2. Po przeprowadzonej analizie form zatrudnienia personelu medycznego w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych okazało się, że z roku na rok rośnie liczba osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Kwestia tej formy zatrudnienia jak się okazuje, nie jest tylko formalnoprawną regulacją. Nie stanowi także doskonałego sposobu na poprawę funkcjonowania podmiotów leczniczych, gdyż nadal część personelu preferuje zatrudnienie pracownicze. Z pewnością więc stosowanie różnorodnych form zatrudnienia w szpitalach jest niezbędne z uwagi na możliwości najbardziej efektywnego organizowania pracy.
3. Wyniki badań ankietowych nie dały jasnej odpowiedzi na pytania, jakie są przyczyny deficytu specjalistycznych kadr medycznych w podmiotach leczniczych, uzmysłowiły natomiast problem narzucania formy zatrudnienia przez kierownictwo podmiotów

lecniczych, co nie zawsze jest zgodne z wolą zatrudnianego personelu medycznego. I ten element może niepokoić, i zarazem prowokować jako wyzwanie do nowych przemyśleń i nowego sposobu „programowania” mechanizmów i struktur zatrudniania.

4. Wywiady indywidualne pogłębione dały szeroki ogląd na liczne problemy, z jakimi borykają się na co dzień lekarze, pielęgniarki i położne. Wynika z nich, w większości przypadków, brak możliwości negocjowania warunków umowy, a nawet, gdy była taka możliwość, otrzymywanie gorszych warunków, niż to zakładała osoba zainteresowana. Respondenci, w większości przypadków, uważają, że mają zbyt niskie zarobki, a ponadto nie mają poczucia autonomii, ani możliwości podejmowania decyzji. Pracują zbyt dużo, zbyt ciężko, często w narażeniu na agresję pacjentów i ich rodzin. Większość również uważa, że potrzebne są zmiany, głównie o charakterze systemowym, aby pojawiła się gwarancja, że zmiany te będą wprowadzane i respektowane.

Biorąc pod uwagę powyższe wnioski po przeprowadzeniu analiz można stwierdzić, że jedynym wspólnym kryterium łączącym je wszystkie, jest forma zatrudnienia, a konkretnie możliwość wyboru przez personel medyczny w grupach lekarzy, pielęgniarek i położnych formy ich zatrudnienia. Jest to rozwiązanie, które spowodowałoby zarówno zadowolenie personelu medycznego z formy i warunków zatrudnienia (normy i systemu czasu pracy), jak również zwiększenie dostępności tego personelu w warunkach pogłębiającego się deficytu na rynku usług medycznych.

Całościowa i szczegółowa analiza materiału wykorzystanego w dysertacji pozwala na pewne uogólnienia oraz formułowanie niektórych postulatów i rekomendacji. Można wyjść od wyartykułowania przekonania, iż nie jest zasadnym, by podmioty lecznicze i nimi zarządzający mieli sztucznie powstrzymywać proces stosowania różnorodnych form zatrudnienia. Umowy cywilnoprawne mają tendencję wzrostową. Zatrudnienie niepracownicze staje się preferowaną formą, dlatego powinno się pozostawić „naturalny bieg” we współczesnym funkcjonowaniu podmiotów leczniczych. Zatrudnienie i jego forma mogą być także przejawem stosunków między szpitalem a osobą zatrudnianą. Ta konfiguracja odzwierciedla to, w jaki sposób zatrudnieni w szpitalach doświadczają w swojej pracy własnej podmiotowości i sprawczości. Nie jest to mało istotna kwestia, zwłaszcza gdy myśli się o dobru całości i wszystkich jednostek, zarówno tych, które zaspokajają swoje potrzeby zdrowotne

(pacjenci), jak i tych, które dostarczają im tych dóbr (zatrudnieni w podmiotach leczniczych). Powinno się zatem przyzwalać, akceptować a nawet promować stosowanie różnorodnych form zatrudnienia, gdyż dzięki takim rozwiązaniom można bardziej efektywnie organizować pracę i realizować świadczenia na rzecz pacjentów.

Badania zrealizowane na potrzeby niniejszej dysertacji wskazują, iż forma zatrudnienia w podmiotach leczniczych nie jest tylko prostym mechanizmem regulującym samo zatrudnienie. Zarówno sytuacja sprzed uregulowania zatrudnienia, w trakcie procesu wykonywania pracy/udzielania świadczeń, jak i w kwestii efektywności i jakości tejże pracy/ świadczeń, wskazują, że respondenci przekraczają znacząco w swoim rozumieniu czysto formalną stronę tych regulacji. Fakt, iż można – zwłaszcza dzięki wywiadam pogłębionym – interpretować kwestie sprawczości, podmiotowości, aspekty związane z etosem pracy, zostaje unaoczniona prawidłowość, że zarządzanie szpitalem i oferowanie usług zdrowotnych jest wielowymiarowe. Nie powinno się stawiać przeszkód w wyłanianiu się takiego modelu szpitala, tym bardziej, że problemy deficytów w odniesieniu do specjalistycznych kadr medycznych mogą być rozwiązywane jedynie elastycznymi, wielopłaszczyznowymi i dalekosiężnymi programami naprawczymi, wdrożeniowymi i innowacyjnymi.

Nie tylko kapitał finansowy, ale także – a może przede wszystkim – kapitał ludzki, wyrażają potencjał aktualny i przyszłościowy przedsiębiorstwa, a zatem także tej specyficznej formy organizacyjnej i funkcjonalnej, jaką jest szpital. Poza tym wiele elementów, jak np.: dobrze rozumiana zespołowość, wykorzystanie technologii urządzeń mobilnych, promowanie relacji międzyorganizacyjnych (konfiguracje zarządzania, „sieciowanie” jako koordynacja, hybrydyzacja i kooptacja), partycypacja pracowników w podejmowaniu decyzji (*involvement*) oraz zaangażowanie pracownicze (*employee involvement*), zasada efektywności w oferowaniu różnorodnych usług zdrowotnych – mogą stanowić motywację do kreatywności personelu oraz działania. Zasadniczo należą one do tych o charakterze niesystemowym, które – choć jako uzupełnienie – są równie istotne, co systemowe rozwiązania, o czym szerzej jest mowa w rekomendacjach zawartych we wcześniejszych analizach dysertacji.

Autorka dysertacji uważa, że osiągnęła określone w dysertacji cele, co zostało dowiedzione powyżej, choć wyniki badań nie dały jednoznacznych odpowiedzi. Autorka przyznaje także, że nie wszystkie przyjęte w ankietach kryteria miały istotne znaczenie i nie warunkowały siebie. Ma również nadzieję, że zebrany materiał oraz wyniki badań zaintrygują do zadawania pytań i

pogłębiania zagadnień związanych z istniejącym deficytem specjalistycznych kadr medycznych na rynku usług medycznych oraz w szpitalach. Pozostaje wciąż wiele pytań i wątpliwości. Jak się wydaje, intensywność ich wyłaniania się nie jest „pełzająca”, lecz wciąż przyspiesza. Wiele problemów i wyzwań związanych z podmiotami leczniczymi oraz deficytem w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych kształtuje obraz wypełniony złożonością wielorakich problemów. Zwłaszcza obecnie: w czasie pandemii COVID-19, w czasie trwającego konfliktu zbrojnego toczącego się przy granicy Polski, nie ma możliwości przewidzenia czy zaplanowania skutecznych rozwiązań. Pozostaje podejmowanie wysiłków z nadzieją, że pomogą one zmniejszyć deficyt specjalistycznych kadr medycznych niezbędnych nie tylko obecnym pacjentom, ale także nam wszystkim. Niniejsza dysertacja może więc stanowić punkt wyjścia do dalszych badań i analiz w tym tak ważnym i jednocześnie trudnym temacie jakim jest deficyt w zatrudnieniu specjalistycznych kadr medycznych i w tak trudnej rzeczywistości, której obecnie doświadczamy.

## Bibliografia

- Adamkiewicz-Drwiłło, H.G. (2008). *Współczesna metodologia nauk ekonomicznych*. Toruń: Dom Organizatora.
- Aksman, E. (2000). *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Armstrong, M. (2010). *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza a Wolters Kluwer business.
- Ałtachowicz, J. (2014). Efekt skali. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia* (6).
- Augustynowicz, A. (2012). Diagnosta laboratoryjny w laboratorium – formy prawne nawiązania współpracy. *Diagnostyka Laboratoryjna* nr 4 (48).
- Babbie, E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bociąga-Jasik, M., Domagała, A., Gaciong, Z., Golinowska, S., Grodzicki, T., Haber, M., Karkowska, D., Kózka, M., Windak, A., Włodarczyk, C. (2021). Alert 4. Zawody medyczne i inne zawody ochrony zdrowia w świetle pandemii COVID-19. GAP Open eyes, Economy summit; Pobrane dnia: 18.12.2021 z: <https://Alert-zdrowotny-4.pdf>
- Bańka, W. (2011). *Człowiek w organizacji*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Baran, K.W. (red.) (2020). *System prawa pracy. Tom X Międzynarodowe publiczne prawo pracy. Standardy europejskie*. Warszawa: Wolters Kluwer. Włodarczyk, M. rozdz. 1, (s. 27-41).
- Baum, E. (2017). *Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Bąk-Grabowska, D. (2016). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w warunkach stosowania niestandardowych form zatrudnienia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Bąk-Grabowska, D., Cierniak-Emerych, A., Florczyk, M., Zając, C. (2020). *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji czasu pracy. Stan obecny i perspektywy*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Bednarski, M., Frieske, K.W. (2012). *Zatrudnienie na czas określony w Polskiej gospodarce. Społeczne i ekonomiczne konsekwencje zjawiska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*. Warszawa.
- Bielecki, K. (2007). Zarządzanie ryzykiem w bloku operacyjnym. *Technika Medyczna*, (6).
- Bieliński, A., Giedrewicz-Niewińska, A., Szabłowska-Juckiewicz, M. (2015). *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji czasu pracy*. Warszawa: Difin.
- Bieniok, H. (red.). (2004). *Metody sprawnego zarządzania. Planowanie, motywowanie, organizowanie, kontrola*. Warszawa: Placet.
- Bień, W. (2013). *Racjonalizacja zatrudnienia w kontekście koncepcji elastycznej firmy*. Tarnów: Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie, (22/1).
- Björnberg, A. (2017). *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016 Raport Health Consumer Powerhouse*. Pobrane z: [www.bls.gov.pl](http://www.bls.gov.pl)

- Błaszyk, P. (2011). *Zmienność zarządzania strategicznego przedsiębiorstwem*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Borkowska, S. (red.). (2002). *Rynek pracy wobec integracji z Unią Europejską*. Warszawa: IPISS.
- Borkowska, S. (red.). (2004). *Przyszłość pracy w XXI wieku*. Warszawa: IPISS.
- Bromber, P. (2009). *Finansowanie ochrony zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce*, Cottbus.
- Brynjolfsson, E., McAfee, A. (2015). *Wyścig z maszynami*. Warszawa: Kurhaus Publishing.
- Bukowska-Piestrzyńska, A. (2011). Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej. W: Łyszczak, M., Węgrzyn, M., Wasilewski, D. (red.), *Kształtowanie wartości zoz nowym wyzwaniem menedżerów, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny.
- Chobot, A. (1997). *Nowe formy zatrudnienia. Kierunki rozwoju nowelizacji*. Warszawa: PWN.
- Cielemęcki, M. (2011). *Pracownik wiedzy jako kluczowy zasób współczesnego przedsiębiorstwa*. Siedlce: Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny. Zeszyty Naukowe nr 89. Seria: Administracja i Zarządzanie, (s. 197-209).
- Cyfert, S., Krzakiewicz, K. (2009). *Nauka o organizacji*. Poznań: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa.
- Czakon, W. (red.). (2016). *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*. Wydanie III rozszerzone. Piaseczno: Nieoczywiste.
- Czerw, A., Religioni, U. (2012). Ekonomia podmiotów leczniczych w świetle obowiązujących uregulowań prawnych, *Prob. Hig. Epidemiol*, (93/3).
- Czerw, A., Religioni, U. (2012b). Zasady wykonywania działalności leczniczej przez placówki medyczne w Polsce w świetle ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *Hygeia Public Health*, (47/2).
- Czerw, A., Religioni, U., Olejniczak, D. (2012). Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl Hig Epidemiol*, (93/2).
- Dąbrowski, F.A. (2014). Trudno być zadowolonym z pracy polskim specjalistą. *Puls Medycyny*, (14/289).
- De los Santos, J. A. A., Labrague, L. J. (2021). The Impact of Fear of COVID-19 on Job Stress, and Turnover Intentions of Frontline Nurses in the Community: A Cross-Sectional Study in the Philippines. *Traumatology* (Vol. 27, No. 1), (s. 52-59).
- Denzin, N. K. Lincoln, Y. S. (2009). *Metody badań jakościowych*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dercz, M. (2011). Komentarz do art. 26 ustawy o działalności leczniczej z dnia 01.12.2011.
- Dobska, M. (2021). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej w czasie COVID-19*. Poznań: Wydawnictwo UEP.
- Domagała, A. (2013). Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11 (2), (s. 148–158); Pobrane dnia: 11.10.2021 z: [www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie](http://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie)



- Domagała, M. (2014). Różne strony migracji kadr. *Gazeta Lekarska*, (4).
- Domańska, M. (2014). Zrozumieć pacjenta. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, (8).
- Drucker, P.F. (1998). *Praktyka zarządzania*, Warszawa: Czytelnik.
- Dzienisz, Ł., Sobieska J. (2003). *Praca i staże w Unii Europejskiej. Przewodnik praktyczny*. Warszawa: Studio EMKA.
- Florczak, I. (2015). *Zatrudnienie elastyczne – uwagi ogólne*. W: Bieliński, A., Giedrewicz-Niewińska, A., Szabłowska-Juckiewicz, M. (2015). *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji czasu pracy*. Warszawa: Difin.
- Frieske, K.W. (2003). *Deregulacja Polskiego rynku pracy*. Warszawa: IPISS.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Ingram, T., Szymaniec-Mlicka, K., Tworek, P. (2021). Risk management and financial stability in the Polish public hospitals. The moderating effect of the stakeholders' engagement in the decision-making. *Risks* vol. 9, iss. 5; Pobrane dnia: 9.04.2022 z: <http://dx.doi.org/10.3390/risks9050087>
- Gersdorf, M. (2013). *Prawo zatrudnienia*. Warszawa: Lexis Nexis.
- Getzen, T.E. (2000). *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN.
- Gałązka-Sobotka, M., Frączkiewicz-Wronka, A., Kowalska-Bobko, I., Kelm, H., Szymaniec-Mlicka, K. (2021). HB-HTA as an implementation problem in Polish health policy. *PLoS ONE* 16(9); Pobrane dnia: 9.04.2022 z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257451>, IF 3.2
- Giermanowska, E. (2013). *Ryzyko elastyczności czy elastyczność ryzyka. Instytucjonalna analiza kontraktów zatrudnienia*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Głód, G. (2020). The competitiveness of a public hospital in Poland in the light of changing regulations in the health care sector. *Ekonomia i Prawo. Economics and Law*, 19(4), (p. 657-672). Pobrane dnia: 9.04.2022 z: <https://apcz.umk.pl/EiP/article/view/EiP.2020.043>
- Grabowska-Lusińska, I. (2012). *Migrantów ścieżki zawodowe bez granic*. Warszawa: Scholar.
- Grzonka, L. (2013). *Alternatywne formy zatrudnienie z wzorami umów i pism. Świadczenie pracy poza stosunkiem pracy*. Poznań: Iris.
- Hildt-Ciupińska, K., Pawłowska-Cyprysiak, K. (2019). *Elastyczni i zrównoważeni pracownicy. Równowaga praca – życie w kontekście elastycznych form zatrudnienia*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.
- Horodeński, R., Sadowska-Snarska, C. (2003). *Rynek pracy w Polsce na progu XXI wieku. Aspekty makroekonomiczne i regionalne*. Białystok – Warszawa IPISS.
- International Labour Office. (2019). *The future of work in the health sector*. Geneva: International Labour Organization. Working Paper: No. 325.
- Jagoda, A. (2017). *Organizacja pracy w przedsiębiorstwie. Identyfikacja, diagnoza, perspektywy*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Janasz, W. (red.). (2002). Modele, kapitał i miary efektywności przedsiębiorstw. *Zeszyty Naukowe*, (329), *Prace Instytutu Ekonomiki i Organizacji Przedsiębiorstw*, (40). Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.

- Jasiński, Z. (1999). *Zarządzanie pracą. Organizowanie, planowanie, motywowanie, kontrola*. Warszawa: Placet.
- Jasiński, Z. (2009). Uwarunkowania sukcesu w pracy zespołowej. *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, nr 2/3, (s. 977—981).
- Jemielniak, D. (2012). *Badania jakościowe t.1*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jeruszka, U. (2017). Problematyka zatrudnialności – z perspektywy pedagogiki pracy. *Edukacja zawodowa i ustawiczna. Polsko-Ukraiński Rocznik Naukowy*, (2).
- Jeszka, A.M. (2013). *Problemy badawcze i hipotezy w naukach o zarządzaniu*. Organizacja i Kierowanie, nr 5 (158) Komitet Nauk Organizacji i Zarządzania PAN, SGH w Warszawie. (s. 31-39).
- Juchniewicz, M., Pasternak, K. (2000). *Planowanie działalności przedsiębiorstwa*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Juchnowicz, M. (2012). *Zaangażowanie pracowników. Sposoby oceny i motywowania*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kabaj, M., Kwiatkowski, E., Kryńska, E., Bednarski, M. (2015). *Debata na temat „Rynek pracy – zagrożenia i perspektywy”*. Spotkanie w ramach cyklu Forum Myśli Strategicznej zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne z Polskim Towarzystwem Współpracy z Klubem Rzymskim. Pobrane dnia: 10.04.2020 z: [www.sprawynauki.edu.pl](http://www.sprawynauki.edu.pl).
- Kaczmarczyk, P. (2005). *Migracje zarobkowe Polaków w dobie przemian*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Kałużny, S. (2008). *Kontrola wewnętrzna. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWE.
- Kapała, W. (2001). Zarządzanie potencjałem ludzkim a problem liczby personelu. *Antidotum*, (04).
- Kardas, J.S., Wójcik-Augustyniak, M. (red.). (2008). *Zarządzanie w przedsiębiorstwie*. Warszawa: Difin.
- Karney, J.E. (2004). *Podstawy psychologii i pedagogiki pracy*. Pułtusk: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Kłós, W., Grycuk, A. (red.). (2013). Praca Polaków. *Studia BAS* (Nr 4(36) 2013). Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu.
- Kolwitz, M. (2010). *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*. Szczecin: Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
- Korc, I., Pietrulewicz, B. (2006). Holistyczny człowiek a potencjał pracy. *Problemy Profesjologii* nr 1, (s. 51-60). Uniwersytet Zielonogórski: Polskie Towarzystwo Profesjologiczne.
- Kordel, K. (2013). Rośnie agresja pacjentów wobec lekarzy i pielęgniarek. *Rynek zdrowia*, (12.03.2013).

- Korpus, J. (2006). *Spółeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw w obszarze kształtowania środowiska pracy*. Warszawa: Placet.
- Kostera, M., Śliwa, M. (2012). *Zarządzanie w XXI wieku. Jakość, twórczość, kultura*. Wydanie II. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Kozik, M. (2012). *Lekarska praktyka zawodowa od A do Z*. Warszawa: C.H. Beck.
- Koźmiński, A.K., Latusek-Jurczak, D. (2014). *Relacje międzyorganizacyjne w naukach o zarządzaniu*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza a Wolters Kluwer business.
- Kraj, M. (Dyrektor). (2015). *Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych*. Jachranka: Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS.
- Krajewski, R., Perendyk, T., Wojtaszczyk, K. (2014). Postawy i opinie dotyczące NFZ. *Gazeta Lekarska*, (4).
- Król, M. (2014). *Elastyczność zatrudnienia w organizacjach*. Warszawa: CeDeWu.
- Kryńska, E. (red.). (2003). *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy a popyt na pracę w Polsce*. Warszawa: IPISS.
- Krysiak, L. (2014). Głośniej i dobitniej. XII Krajowy Zjazd Lekarzy. *Gazeta Lekarska*, (4).
- Krzakiewicz, K. (red.). (2008). *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Kubot, Z. (2007). *Nieordynatorskie systemy prowadzenia oddziałów szpitalnych*. Wrocław: KLEMAR.
- Kubot, Z. (2011). *Wymiar kontraktowych dyżurów lekarskich pracowników zakładów opieki zdrowotnej*. Wrocław: KLEMAR.
- Kuc, B.R., Żemigała, M. (2010). *Najlepsze metody i narzędzia zarządzania*. Gliwice: Helion.
- Kucharski, M. (2012). *Koncepcja flexicurity a elastyczne formy zatrudnienia na polskim rynku pracy*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Kuciński, K. (2010). *Metodologia nauk ekonomicznych. Dylematy i wyzwania*. Warszawa: Difin.
- Kuropaś, D. (2018). Nie mnożmy programów senioralnych, twórzmy system. *Rynek Zdrowia*, (3/151).
- Kvale, S. (2020). *Prowadzenie wywiadów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kwiatkowska, G.E. (red.). (2011). *Człowiek w środowisku pracy*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Leighton, P., Syrett, M., Hecker, R., Holland, P. (2014). *Nowoczesne formy zatrudnienia*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Lenik, P. (2018). *Bariery zarządzania kapitałem ludzkim w szpitalach publicznych w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Leśniewski, B., Olesch, A. (2013). Strategia (r)ewolucji. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia* nr 4/2013.

- Lewandowska, H. (2010). *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*. Warszawa: Difin.
- Lichtarski, J. (red.). (2001). *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.
- Lipka, A., Król, M., Waszczak, S., Dudek, J. (2014). *Postawy wobec czasu pracy jako źródło ryzyka personalnego*. Warszawa: Difin.
- Lisowska, B. (2012). Szpitale walczą o specjalistów. Lekarze muszą podpisywać lojalki. *Dziennik Gazeta Prawna*, (48).
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., Scheffler, R. (2016). *Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030*. Washington: Health Nutrition and Population Global Practice Group.
- Lo Verde, F.M. (2006). Lavoro e identità sociale. Una ricerca sugli adulti giovani. *Aggiornamenti Sociali*, (7-8/57).
- Lurka, K. (2018). Menedżer zdrowia. PAP; Pobrane dnia: 17.03.2019 z: <https://www.termedia.pl/mz/Morawiecki-Polska-finansowala-krajom-europejskim-naszycy-znakomitych-lekarzy,31606.html>
- Łodzińska, J. (2018). *Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych. Studium socjologiczne na przykładzie pielęgniarek w województwie podlaskim*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Majer, M. (2014b). Debata „Zarządzanie na grząskim gruncie”. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, (5).
- Majewska, M., Samol, S. (2016). *Rozwój elastycznego rynku pracy. Uwarunkowania prawno – ekonomiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Makowski, D. (2006). *Praca tymczasowa jako nietypowa forma zatrudnienia*. Warszawa: Difin.
- Marek, J. (2008). *Pozyskiwanie i dobór personelu. Kształtowanie zatrudnienia w organizacji*. Warszawa: Difin.
- Mays, N., Pope, C. (2020). Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative Research, *BMJ Clinical Research*, January; Pobrane dnia: 12.2021 z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10617534/>
- Męcina, J. (2013). *Niewykorzystane zasoby. Nowa polityka rynku pracy*, Warszawa: Aspra-Jr.
- Miller, J.A. (2000). *Zarządzanie kosztami działań*. Warszawa: WIG-Press.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS). (2009). Flexicurity w Polsce, diagnoza i rekomendacje. Raport końcowy z badań. Warszawa.
- MZ. (2020). Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2019 roku. Warszawa.
- Mołęda, S. (2008). *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Warszawa: Biblioteka Pulsu Medycyny, Medicine Today Poland.
- Mołęda, S. (2012). Konieczne dostosowanie SP ZOZ-ów do ustawy o działalności leczniczej. *Puls medycyny* (z dnia 13.06.2012).

- Morgan, G. (1997). *Obrazy organizacji*. Warszawa: PWN.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D. (2012). *Ekonomia w ochronie zdrowia*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
- Musiąła, A. (2011). *Zatrudnienie niepracownicze*. Warszawa: Difin.
- Myjak, T. (2011). *Wpływ formy zatrudnienia na zachowania organizacyjne*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Nęcki, Z., Kęsy, M. (red.). (2013). *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- NIPiP. (2017). *Zabezpieczenie społeczeństwa Polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnych*. Warszawa: NIPiP.
- Nojszewska, E. (2011), *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
- Nowak, S. (2011). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowak-Lewandowska, R. (2013). *Etyczne aspekty rynku pracy w Polsce*. Szczecin: Wyższa Szkoła Humanistyczna TWP w Szczecinie.
- Nowakowski, M. (2013). *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium przypadku*. Lublin: Uniwersytet Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. (Praca Doktorska)
- Obtój, K. (2007). *Strategia organizacji*. Warszawa: PWE.
- Olejniczak, E. (2012). *Pracownicy o elastycznych formach zatrudnienia — analiza językowa wybranych przekazów internetowych*. Łódź: Uniwersytet Łódzki. *Folia Linguistica* 46 (2012) | 60, (s. 60-70).
- Olesch, A. (2013). Akceptacja dla telemedycyny. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, (3).
- Organiściak-Krzykowska, A., Walkowiak, R., Nyklewicz, K. (2014). *Innowacyjne formy pracy*. Olsztyn: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.
- OZZL. (2012). *Stanowisko Zarządu Krajowego OZZL z 30.11.2012*.
- Patulski, A. (2008). Nietypowe formy zatrudnienia. Elastyczność czy stabilizacja? Część 1. *Monitor Prawa Pracy*, (2).
- Pawłowska, A. (2017). *Zatrudnialność pracobiorcy w elastycznym zarządzaniu ludźmi*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Piątkowski, J. (2009). *Prawo stosunku pracy*. Toruń: Dom Organizatora.
- Piątkowski, W. (red.). (2010). *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Podkul, K. (2012). Jak usprawnić działanie polskiego systemu opieki zdrowotnej. *Zespół Ekspertów KJ*.
- Potrykowska, A. (red.). (2008). Rządowa Rada Ludnościowa, *Biuletyn* (53).
- Prasolek, Ł. (2011). Od dziś rewolucyjne zmiany w placówkach medycznych. *Rzeczpospolita*, (8967).

- Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (2004). *Zarządzanie wiedzą w organizacji*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
- Przybyszewski, R. (2007). *Kapitał ludzki w procesie kształtowania gospodarki opartej na wiedzy*. Warszawa: Difin.
- Quinlan, M. (2015). The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. *Conditions of Work and Employment Series* (67), (s. 1-40).
- Ratajczak, Z. (2008). *Psychologia pracy i Organizacji*. Warszawa: PWN.
- Rogala-Pawelczyk, G. (2011). Kontraktowanie świadczeń pielęgniarских. W: Ksykiewicz-Dorota, A. (red.). *Podstawy organizacji Pracy pielęgniarской*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Rolikowska, B. (2011). *Flexicurity – to takie proste*. Szczecin: Doradztwo Społeczne i Gospodarcze.
- Rotkiewicz, M. (2009). *Optymalizacja kosztów pracy*. Warszawa: Wydawnictwo C.H.Beck.
- Rymsza, M. (red.). (2005). *Elastyczny rynek pracy i bezpieczeństwo socjalne. Flexicurity po polsku?* Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Sajkiewicz, A. (1981). *Ekonomika pracy*. Warszawa: PWN.
- Sanetra, W. (2011). *Stosunek pracy i jego przemiany*. W: Florek, R., Pisarczyk, Ł. (red.). (2011). *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych. XVIII Zjazd Katedr Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych*. Białystok: Lexis Nexis, (s. 15-34).
- Sanetra, W. (2015). Kodeks pracy a prawo Unii europejskiej. *Studia Iuridica Lublinensia* vol. XXIV, 3, (s. 81-96); Pobrane dnia: 01.09.2021 z: <http://studiaiuridica.umcs.pl>
- Section of Antitrust Law. (2010). *Antitrust Health Care Handbook*, Fourth Edition. Chicago: ABA Book Publishing.
- Sekuła, Z. (2010). *Motywowanie do pracy. Teorie i instrumenty*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Sęk, H. (red.). (2011). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikora, D. (2008). Zakaz konkurencji stasuje się także wobec lekarzy. *Dziennik Gazeta Prawna*, (4).
- Sikorski, L. (2007). *Ochrona Zdrowia – rekomendacje dla Koncepcji Przestrzennego Zagospodarowania Kraju na lata 2008-2033*. Tom IV. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie.
- Siwiec, R. (2011). *Flexicurity – to takie proste*. Szczecin: Doradztwo Społeczne i Gospodarcze.
- Skowron-Mielnik, B. (2003). *Zarządzanie czasem pracy w przedsiębiorstwie. Podstawy elastycznego kształtowania czasu pracy*. Poznań: Akademia Ekonomiczna w Poznaniu.
- Skowron-Mielnik, B. (2008). Zagrożenia ze strony elastycznych form zatrudnienia i organizowania pracy. W: Sadowska-Snarska, C. (red.). (2008). *Elastyczne formy pracy. Szanse i zagrożenia*. Białystok: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku ISBN978–83–87981–92–1, (s. 61-69).

- Skowron-Mielnik, B. (2012). *Elastyczna organizacja pracy w przedsiębiorstwie*. Poznań; Wydawnictwo UE w Poznaniu.
- Skowron-Mielnik, B., Bądzio, M. (2016). *Interim Management jako forma doskonalenia biznesowego i zawodowego*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacji i Zarządzanie z 97. Nr kol. 1964, (s. 449-460).
- Skowron-Mielnik, B., Wojtkowiak, G. (2016). *Formy zatrudnienia – analiza elastyczności pracowników*. Organizacja i Kierowanie, nr 3 (173), (s. 81-98). Warszawa: SGH.
- Skórska, A. (2016). *Rynek pracy. Wybrane zagadnienia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
- Smit, S., Tacke, T., Lund, S., Manyika, J., Thiel, L. (2020). *The Future of work in Europe. Automation, workforce transitions, and the shifting geography of employment*. McKinsey Global Institute; Pobrane dnia: 10.07.2021 z: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/featured%20insights/future%20of%20organizations/the%20future%20of%20work%20in%20europe/mgi-the-future-of-work-in-europe-discussion-paper.pdf>
- Sowada, C. (2004). *Finansowanie opieki zdrowotnej – źródła i metody (Handout)*. Forum ochrony zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań. Kraków: IZP CM UJ.
- Stabryła, A. (red.). (2010). *Analiza i projektowanie systemów zarządzania przedsiębiorstwem*. Kraków: Miles.
- Stabryła, A. (red.). (2012). *Podstawy organizacji i zarządzania. Podejście i koncepcje badawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Stelina, J. (2014). *Charakter prawny stosunków zatrudnienia konstytucyjnoprawnego*. Gdańskie Studia Prawnicze, Tom XXXI, (s.973-982). Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Stępniewski, J. (red.). (2005). *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- Stroińska, E. (2012). *Elastyczne formy zatrudnienia – telepraca, zarządzanie pracą zdalną*. Warszawa: Poltext.
- Strzemińska, H. (2004). *Zarządzanie zasobami czasu pracy, doświadczenia krajów europejskich*. Warszawa: IPISS.
- Szaban, J.M. (2013). *Rynek pracy w Polsce i Unii Europejskiej*. Warszawa: Difin.
- Szmidt, C. (red.). (2016). *Zarządzanie i ekonomia. Teraźniejszość i przyszłość*. Warszawa: Poltext.
- Szurgacz, H. (2011). *Kształtowanie warunków pracy przez pracodawcę. Możliwości i granice*. Warszawa: Difin.
- Szymaniec-Mlicka, K. (2020). *Zasobowe uwarunkowania podejmowania decyzji w organizacjach publicznych*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Pobrane dnia: 9.04.2022 z: <https://www.wieszcz.pl/zasobowe-uwarunkowania-podejmowania-decyzji-w-organizacjach-publicznych-na-przykladzie-szpitali,id566191.html>

- Szymczak, J. (2016). *Bycie (stawanie się) badaczem gotowym do realizowania projektów badawczych „z” drugim człowiekiem*. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego; Pobrane dnia: 22.03.2021 z: [https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/89350/PDF/17\\_Szymczak\\_Joanna\\_Refleksyjnosc\\_i\\_refleksja\\_z\\_perspektywy\\_nauczycieli\\_wczesnej\\_educacji.pdf](https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/89350/PDF/17_Szymczak_Joanna_Refleksyjnosc_i_refleksja_z_perspektywy_nauczycieli_wczesnej_educacji.pdf)
- Świdarska, G.K. (red.). (2011). *Rachunek kosztów w Zakładzie Opieki Zdrowotnej*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza.
- Tarka, P. (2017). Statystyka w praktyce. Specyfika i komplementarność badań ilościowych i jakościowych, *Wiadomości Statystyczne* PL ISSN 0043-518X e-ISSN 2543-8476 Rok LXII 3(670), (s. 16—27); Pobrane dnia: 22.03.2021 z: [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5982/7/24/1/ws\\_03\\_2017\\_\\_04\\_piotr\\_tarka\\_\\_s\\_pecyfika\\_i\\_komplementarnosc\\_badan\\_ilosciowych\\_i\\_jakosciowych.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5982/7/24/1/ws_03_2017__04_piotr_tarka__s_pecyfika_i_komplementarnosc_badan_ilosciowych_i_jakosciowych.pdf)
- Trojnecka, M. (2007). *Rola rachunku kosztów w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: Verlag Dashöfer.
- Twardowski, M. (2010). *Niezbędne zmiany do wprowadzenia w systemie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem roli w tym systemie Podstawowej Opieki zdrowotnej* (Konferencja Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych w Cancun 19-23.05.2010).
- Ulatowska, M. (2007). *Przyczyny rozwoju elastycznych form zatrudnienia w Polsce*. Pobrane dnia: 10.04.2020 z: [www.doradca-zawodowy.ecorys.pl](http://www.doradca-zawodowy.ecorys.pl)
- Vendramin, P., Parent-Thirion, A. (2019). *Redefining Working Conditions in Europe*. Geneva: The Graduate Institute, International Development Policy; Pobrane dnia: 18.04.2020 z: <file:///C:/Users/UZYTKO~1/AppData/Local/Temp/RedefiningWorkingConditionsinEurope.pdf>
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology* (34), (s. 610-622).
- Wachowiak, P. (red.). (2005). *Pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Wacław, J. (2003). Tendencje w rozwoju metod zarządzania na przykładzie sektora medycznego. *Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej. Miesięcznik Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej*, (7).
- Waligóra, K. (2015). *Zatrudnienie niepracownicze typu penalnoprawnego. Vol. 4 (1)* Wrocław: Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis, (s. 267-282).
- Wilczyński, P. (2011). Od związku do separacji. *Tygodnik powszechny*, (14/3221).
- Wiśniewski, J. (2010). *Różnorodne formy zatrudnienia*. Toruń: Dom Organizatora.
- Włodarczyk, A. (2011). *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra - na interpelację nr 23826*. Pobrane dnia: 10.04.2015 z: <http://www.dziedziczak.pl/praca/odpowiedz-podsekretarza-stanu-w-ministerstwie-zdrowia-z-upowaznienia-ministra-na-interpelacje-w-sprawie-wzrostu-odplatnosci-za-leki-1157.html>
- Włodarczyk, M. W: Baran, K.W. (red.). (2020). *System prawa pracy. Tom X Międzynarodowe publiczne prawo pracy. Standardy europejskie*. Warszawa: Wolters Kluwer, (s. 27-41).



- Wojtczak, A. (2015). *Systemy opieki zdrowotnej w świecie. Organizacja i finansowanie*. Pobrane: 12.06.2016 z <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/A.Wojtczak.pdf>.
- Wróbel, P. (2013). Cena dostępności. *Rynek Zdrowia*, (11 /100).
- Wysocki, M.R. (2013). Jak ocalić więź z pacjentem. *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, (3).
- Wyszkowska, Z. (2013). Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. *Współczesne zarządzanie*, (2).
- Young, S. (2005). *Etyczny kapitalizm. Jak na powrót połączyć prywatny interes z dobrem publicznym*. Wrocław: METAmorfoza.
- Zimmermann, J. (2014). *Prawo administracyjne. 3 Wydanie. Skrypt*; Pobrane dnia: 29.08.2019 z: <https://www.studocu.com/pl/document/universytet-kardynala-stefana-wyszynskiego-w-warszawie/prawo-administracyjne/jan-zimmermann-prawo-administracyjne-skrypt/14342099>
- Zimniewicz, K. (2016). W poszukiwaniu metodologicznego modelu dla nauk o zarządzaniu. *Przegląd Organizacji*, Nr 2 (913), Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK) s. 4-7; Pobrane dnia: 14.10.2021 z: <https://doi.org/10.33141/po.2016.02.01>
- Zioło-Gwadera, K. (2016). Formy zatrudnienia stosowane na współczesnym rynku pracy w Polsce. *Współczesne Problemy Ekonomiczne*, (13).

## Netografia

- Antal. (2021). Raport płacowy. Wynagrodzenia i benefity oferowane specjalistom i menedżerom. Edycja 10; Pobrane dnia: 07.09.2021 z: [https://gospodarczy.lublin.eu/wp-content/uploads/sites/9/2021/04/RPA\\_Antal\\_PL\\_2021\\_0604.pdf](https://gospodarczy.lublin.eu/wp-content/uploads/sites/9/2021/04/RPA_Antal_PL_2021_0604.pdf)
- BioStat. (2019). Co Polacy myślą o systemie ochrony zdrowia?; Pobrane dnia: 24.02.2021 z: <https://www.medexpress.pl/co-polacy-mysla-o-systemie-ochrony-zdrowia/74810>
- Business Insider Polska (BIP), PAP. (2021). Skrócenie czasu pracy może zwiększyć efektywność pracowników; Pobrane dnia: 08.04.2022 z: <https://businessinsider.com.pl/rozwoj-osobisty/kariera/skrocenie-czasu-pracy-moze-zwiekszyc-efektywnosc-pracownikow/xvj88fs>
- CeZ. MZ. (2020). *Biuletyn Statystyczny*, Warszawa: Centrum e-Zdrowia; Pobrane dnia: 05.08.2020 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_statystyczny\\_2020\\_5fa959206ef00.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2020_5fa959206ef00.pdf)
- CeZ. MZ. (2021). *Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia*, Warszawa: Centrum e-Zdrowia; Pobrane dnia: 15.09.2021 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/statystyka/2021/biuletyn\\_statystyczny\\_2021\\_6188f67e8ed37.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/statystyka/2021/biuletyn_statystyczny_2021_6188f67e8ed37.pdf)
- CSIOZ. MZ. (2014). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 15.07.2016 z [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/biuletyn\\_statystyczny\\_2014\\_565ef70044002.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2014_565ef70044002.pdf)

- CSIOZ. MZ. (2015). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 15.07.2016 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/biuletyn\\_statystyczny\\_2015\\_565ef70078079.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2015_565ef70078079.pdf)
- CSIOZ. MZ. (2016). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 18.08.2018 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/biuletyn\\_statystyczny\\_2016\\_57ee354e48145.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2016_57ee354e48145.pdf)
- CSIOZ. MZ. (2017). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 18.08.2018 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_2018\\_5c3deab703e35.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf)
- CSIOZ. MZ. (2018). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 05.08.2020 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_2018\\_5c3deab703e35.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf)
- CSIOZ. MZ. (2019). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Pobrane dnia: 05.08.2020 z: [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_statystyczny\\_2019\\_5db016ddd0b8d.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2019_5db016ddd0b8d.pdf)
- Deloitte. (2018). Millenialsi nie ufają biznesowi i nie chcą za długo pracować w jednej firmie; Pobrane dnia: 30.09.2019 z: [www.wirtualnemedi.pl/artykul/millenialsi-jako-pracownicy-zaufanie-do-biznesu-raport-deloitte](http://www.wirtualnemedi.pl/artykul/millenialsi-jako-pracownicy-zaufanie-do-biznesu-raport-deloitte)
- Deloitte. (2019). Raport Milenialsi 2019: Młodzi są świadomi wyzwań, jakie ich czekają w erze przemysłu 4.0, Global Millennial Survey 2019; Pobrane dnia: 30.09.2019 z: [www2.deloitte.com/pl/pl/pages/human-capital/articles/raport-millenialsi-2019.html](http://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/human-capital/articles/raport-millenialsi-2019.html)
- Eurofound. (2018). *Overview of new forms of employment – 2018 update*, Publications Office of the European Union, Luxembourg; Pobrane dnia: 01.10.2019 z: <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/fixed-term-work>
- Eurofound and Cedefop. (2020). *European Company Survey 2019: Workplace practices unlocking employee potential. European Company Survey 2019 series*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pobrane dnia: 06.09.2021 z: [https://pmb.cereq.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7457](https://pmb.cereq.fr/doc_num.php?explnum_id=7457)
- Eurofound. (2020). *New forms of employment: 2020 update*, New forms of employment series, Publications Office of the European Union, Luxembourg; Pobrane dnia: 06.09.2021 z: <https://www.eurofound.europa.eu/pl/publications/report/2020/new-forms-of-employment-2020-update>
- Eurofound. (2021). *Nowe formy zatrudnienia*. Pobrane dnia: 09.10.2021 z: <https://www.eurofound.europa.eu/pl/topic/new-forms-of-employment>
- Europejska Polityka Zatrudnienia. (2003). Pobrane dnia: 18.08.2021 z: [www.mps.gov.pl](http://www.mps.gov.pl)

- GUS. (2021). Pobrane dnia: 06.04.2022 z: <http://form.stat.gov.pl/formularze/2022/passive/Z-03.pdf>
- Instytut Analiz Rynku (IARP). (2021) Alternatywne formy pracy; Pobrane dnia: 15.08.2021 z: <https://iarp.edu.pl/aktualnosci/raport-alternatywne-formy-pracy/>
- KE. (2021). *Prawo pracy*; Pobrane dnia: 09.10.2021 z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=157&langId=pl>
- ORPIP. (2014). Konferencja *Pielęgniarka i położna - przyjacielem pacjenta dorosłego i dziecka*. Sprawozdanie; Pobrane dnia: 16.06.2016 z: <http://ptpaiio-lodz.one.pl/wp-content/uploads/2014/06/konferencja.pdf>
- KRO. (2020). *Najgorzej w UE. Polska ma poważny problem z lekarzami*. Pobrane dnia: 07.03.2021 z: [www.money.pl/gospodarka/ilu-lekarzy-przypada-na-1000-mieszkanow-polska-na-szarym-koncu-wsrod-krajow-unijnych-6577414188301152a.html](http://www.money.pl/gospodarka/ilu-lekarzy-przypada-na-1000-mieszkanow-polska-na-szarym-koncu-wsrod-krajow-unijnych-6577414188301152a.html)
- Minister Zdrowia. (2019). Odpowiedź na zapytanie nr 9001 Posłana Sejm Pana Krzysztofa Głuchowskiego w sprawie problemów z obsadą etatów lekarskich i pielęgniarskich w polskich szpitalach. Warszawa; Pobrane dnia: 14.03.2021 z: [www.orka2.sejm.gov.pl](http://www.orka2.sejm.gov.pl)
- MZ. (2020b). *Analiza rynku usług pielęgniarskich*. Warszawa; Pobrane dnia: 16.01.2022 z: [http://www.akademiapp.mz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/analizy\\_i\\_raporty/analiza\\_ryнку\\_usług\\_2020\\_\\_wersja\\_25.02.2020.pdf](http://www.akademiapp.mz.gov.pl/fileadmin/user_upload/analizy_i_raporty/analiza_ryнку_usług_2020__wersja_25.02.2020.pdf)
- MZ. (2021). *Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z Perspektywą do 2030 r.* Pobrane dnia: 31.03.2022 r. z: <https://pracodawcy.pl/wp-content/uploads/2021/06/Zdrowa-Przyszlos%CC%81c%CC%81.-Ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa%CC%A8-do-2030-r..pdf>
- NRPIP. (2017). Raport: *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa; Pobrane dnia: 13.03.2021 z: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)
- NIK. (2015). *Informacja o wynikach kontroli Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa; Pobrane dnia: 14.10.2021 z: [www.nik.gov.pl/plik/id,9420,vp,11655.pdf](http://www.nik.gov.pl/plik/id,9420,vp,11655.pdf)
- NIK. (2019). *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku*. Pobrane dnia: 25.02.2021 z: [www.nik.gov.pl/aktualnosci/realizacja-zadan-nfz-w-2019.html](http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/realizacja-zadan-nfz-w-2019.html)
- NIL. (2013). Zapytanie w sprawie lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Pobrane dnia: 02.08.2013 z: [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)
- NIPiP. (2017). Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Warszawa; Pobrane dnia: 13.02.2021 r. z: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)
- PARP. (2020). *Alternatywne formy pracy*. Pobrane dnia: 15.08.2021 z: [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Alternatywne-formy-pracy\\_31-03.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Alternatywne-formy-pracy_31-03.pdf)
- Traktat o Unii Europejskiej z dnia 7 lutego 1992 roku i Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Wersje skonsolidowane, Dziennik Urzędowy C 326 , 26/10/2012 P. 0001 – 0390); Pobrane dnia: 09.10.2021 z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:12012E/TXT>

ZK OZZL. (2020) Oświadczenie ZK OZZL w sprawie szkodliwych skutków ustawy mającej na celu „zapewnienie kadr medycznych”, Bydgoszcz dnia 1 grudnia 2020; Pobrane dnia: 14.10.2021 z: <https://www.ozzl.org.pl/aktualnosci/14043-o-szkodliwych-skutkach-ustawy-o-zapewnienu-kadr-medycznych-oswiadczenie-zk-ozzl>

ZUS. (2014). *ZUS przestrzega przed outsourcingiem pracowników. Komunikat z 04 marca 2014.* Pobrane dnia: 15.04.2014 z: <https://www.zus.pl/>

## Wykaz aktów prawnych

Dyrektywa Rady 91/383/WE z dnia 25 czerwca 1991 roku uzupełniająca środki mające wspierać poprawę bezpieczeństwa i zdrowia w pracy pracowników pozostających w stosunku pracy na czas określony lub w czasowym stosunku pracy.

Dyrektywa Rady 97/81/WE z dnia 15 grudnia 1997 roku dotycząca Porozumienia ramowego dotyczącego pracy w niepełnym wymiarze godzin.

Dyrektywie Rady 1999/70/WE z dnia 28 czerwca 1999 roku Porozumienie ramowe w sprawie pracy na czas określony.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 roku dotycząca niektórych aspektów czasu pracy (Dz.Urz. UE L 299 z 18.11.2003 r., s. 9; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, s.381).

Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks Cywilny (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93).

Ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.z 1967 r. Nr 44, poz. 220)

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy (Dz.U. z 1974 r. Nr 24, poz. 141).

Ustawa z dnia 16 września 1982 roku Prawo spółdzielcze (Dz.U. z 1982 r. Nr 30, poz. 210)

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (Dz.U. z 1991 r. Nr 41, poz. 179).

Ustawa z dnia 23 maja 1991 roku o związkach zawodowych (Dz.U. z 1991 r. Nr 55, poz. 234).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

Ustawa z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn.zm.).

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego oraz warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721).

Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 z późn.zm.).

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. 2001 r. Nr 100, poz. 1083).

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r., poz. 1057)

Ustawa z dnia 9 lipca 2003 roku o zatrudnieniu pracowników tymczasowych (Dz.U. z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 z późn.zm.).

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759).

Ustawa z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2004 r. Nr 54, poz. 535 z późn.zm.).

Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010 r. nr 220, poz. 1447 z późn.zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn.zm).

Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410).

Ustawa z dnia 1 lipca 2009 roku o łagodzeniu skutków kryzysu ekonomicznego dla pracowników i przedsiębiorców (Dz.U. z 2009 r. Nr 125, poz. 1035).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240).

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 roku o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 160).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039).

Ustawa z dnia 23 grudnia 2011 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634).

Ustawa z dnia 13 lipca 2012 roku o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2012 r. Nr 0, poz. 892).

Ustawa z dnia 28 lutego 2013 roku o rachunkowości (Dz.U. z 2013 r. Nr 0, poz. 275).

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2021 r., poz. 1801)

Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1000).

- Rozporządzenie z dnia 31 grudnia 1975 roku Rady Ministrów w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą (Dz.U. z 1976 r. Nr 3, poz. 19 z późn.zm.)
- Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 roku Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896).
- Rozporządzenie z dnia 27 czerwca 2012 roku Rady Ministrów w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz.U. 2012 r., poz. 741).
- Rozporządzenie z dnia 26 września 2012 roku Ministra Zdrowia o stażu podyplomowym lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2012 r., poz. 95).
- Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012 roku Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r., poz. 1545).
- Rozporządzenie z dnia 02 stycznia 2013 roku Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz.U. z 2013 r., poz. 26).
- Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 roku Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1520).
- Rozporządzenie z dnia 11 października 2018 roku Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2012).
- Instrukcja z dnia 15 września 1984 roku Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych (Dz.Urz.MZiOS. z 1984 r. Nr 11, poz. 60).

## Wykaz tabel

Tabela 1. Wybrane definicje „zatrudnienia” .....	15
Tabela 2. Ewolucja modelu Handy’ego .....	18
Tabela 3. Wybrane definicje zatrudnienia niepracowniczego .....	21
Tabela 4. Charakterystyka niektórych nowych form zatrudnienia .....	26
Tabela 5. Wybrane poglądy na temat czasu .....	32
Tabela 6. Elastyczność pracy – elastyczności szczegółowe .....	41
Tabela 7. Podział elastycznych form zatrudnienia .....	44
Tabela 8. Rodzaje elastycznych form zatrudnienia według kryterium chronologicznego .....	45
Tabela 9. Podział elastycznych form zatrudnienia ze względu na ich zakres .....	45
Tabela 10. Zalety i wady elastycznych form zatrudnienia .....	46
Tabela 11. Konsekwencje stosowania elastycznych form zatrudnienia z punktu widzenia przedsiębiorstwa .....	47
Tabela 12. Wytyczne Europejskiej Strategii Zatrudnienia .....	54
Tabela 13. Wady i zalety umowy o pracę, samozatrudnienia i umów cywilnoprawnych .....	65
Tabela 14. Zestawienie oferowanych benefitów pozapłacowych w 2020 roku oraz różnica ich wykorzystania w stosunku do 2019 roku .....	74
Tabela 15. Zestawienie otrzymanych oraz pożądaných przez pracowników benefitów pozapłacowych w 2020 roku .....	75
Tabela 16. Czynniki kształtujące efektywność pracy .....	80
Tabela 17. Rodzaje norm pracy .....	84
Tabela 18. Rodzaje świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy .....	90
Tabela 19. Finanse i liczba samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2013 – 2019 .....	97

Tabela 20. Szpitale stacjonarne ogólne oraz liczba łóżek w Polsce w latach 2013–2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku .....	99
Tabela 21. Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych w Polsce, wykorzystanie łóżek, liczba leczonych w latach 2013–2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku .....	100
Tabela 22. Ludność RP wg stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	125
Tabela 23. Lekarze pracujący w placówkach ochrony zdrowia w Polsce w latach 2012 – 2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	125
Tabela 24. Liczba pielęgniarek w placówkach ochrony zdrowia oraz wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	131
Tabela 25. Liczba położnych w placówkach ochrony zdrowia oraz wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	132
Tabela 26. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	133
Tabela 27. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku i płci w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	134
Tabela 28. Prognozowana liczba pielęgniarek i położnych nabywających prawo do emerytury oraz brakujących pielęgniarek i położnych w latach 2018–2033 ...	138
Tabela 29. Uwarunkowania planowania kadr systemu zdrowotnego .....	140
Tabela 30. Wymagania MZ w zakresie zatrudnienia lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i położnych w wybranych oddziałach podmiotów leczniczych .....	304
Tabela 31. Liczba pielęgniarek i położnych, którym wydano zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01.05.2004 r do 31.12.2019 r. ....	158
Tabela 32. Schemat procesu badawczego .....	173
Tabela 33. „W chwili zatrudnienia była to jedyna możliwa forma zatrudnienia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	195
Tabela 34. „Forma zatrudnienia dostosowana do potrzeb” pielęgniarki jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	196
Tabela 35. „Bezpieczeństwo zatrudnienia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	197
Tabela 36. „Wyższe zarobki” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia ..	197



Tabela 37. „Stabilizacja, stabilizacja zatrudnienia i stabilizacja wynagrodzenia” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	198
Tabela 38. „Warunki finansowe” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	199
Tabela 39. „Urlop, ubezpieczenie” jako argument uzasadniający formę zatrudnienia .....	200
Tabela 40. „Korzystniejsze warunki finansowe” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia .....	212
Tabela 41. „Lepsze warunki finansowe, możliwość wypracowania większej liczby godzin, organizacja pracy” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia .....	212
Tabela 42. „Warunki finansowe i organizacja pracy” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia .....	213
Tabela 43. „Wzrost wynagrodzenia, możliwość pracy w większej liczbie godzin” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia .....	214
Tabela 44. „Emerytura, warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów, decydowanie o liczbie godzin” jako uzasadnienie ankietowanych dla zmiany formy zatrudnienia .....	215
Tabela 45. „Warunki finansowe, samodzielne rozliczanie dochodów, decydowanie o liczbie godzin” jako uzasadnienie ankietowanych dla zmiany formy zatrudnienia .....	215
Tabela 46. „Presja przełożonych, propozycja nie do odrzucenia” jako uzasadnienie dla zmiany formy zatrudnienia .....	216
Tabela 47. Zestawienie respondentów – ogólna charakterystyka z uwzględnieniem stanowiska i wykształcenia, stażu pracy w obecnym miejscu zatrudnienia, stażu pracy na obecnym stanowisku oraz formy zatrudnienia .....	225

## Wykaz wykresów

Wykres 1. Liczba lekarzy na 1 tys. mieszkańców w krajach UE w 2018 roku .....	124
Wykres 2. Wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w 2017 roku .....	124
Wykres 3. Liczba lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	127
Wykres 4. Liczba lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny – wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2013-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	129
Wykres 5. Lekarze w podziale według wieku w latach 2013-2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku .....	130
Wykres 6. Liczba pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym w latach 2014-2019 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku .....	135
Wykres 7. Liczba pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i kursem kwalifikacyjnym – wskaźnik na 10 tys. ludności w latach 2014-2019 według stanu na dzień 31 grudnia danego roku .....	135
Wykres 8. Liczba zarejestrowanych oraz zatrudnionych pielęgniarek i położnych nieposiadających uprawnień emerytalnych na lata 2016-2030 według prognoz z 2017 roku .....	137
Wykres 9. Limity przyjęć na kierunki lekarskie na uczelniach nadzorowanych przez MZ i MEN .....	149
Wykres 10. Limity przyjęć na studia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo ....	150
Wykres 11. Absolwenci wybranych kierunków kształcenia na uczelniach medycznych – obywatele polscy .....	151
Wykres 12. Absolwenci wybranych kierunków kształcenia na uczelniach medycznych – obcokrajowcy .....	151
Wykres 13. Zestawienie wydanych lekarzom zaświadczeń w poszczególnych latach od 2010 roku do 2019 roku oraz w okresie od 01-06.2020 roku .....	157
Wykres 14. Liczba pielęgniarek będących obywatelami Polski, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w innych krajach europejskich (narastająco) ....	159
Wykres 15. Liczba położnych będących obywatelami Polski, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w innych krajach europejskich (narastająco) ....	160

Wykres 16. Liczba pielęgniarek nieposiadających obywatelstwa polskiego, którym stwierdzono i przyznano w Polsce prawo wykonywania zawodu w latach 2016-2019 .....	161
Wykres 17. Liczba położnych nieposiadających obywatelstwa polskiego, którym stwierdzono i przyznano prawo wykonywania zawodu .....	162
Wykres 18. Zatrudnienie lekarzy według formy zatrudnienia w latach 2012-2019 według stanów na dzień 31.12 danego roku .....	181
Wykres 19. Pielęgniarki i położne uprawnione do wykonywania zawodu według formy zatrudnienia w latach 2012 – 2019 według stanów w dniu 31.12 danego roku .....	182
Wykres 20. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz płci .....	185
Wykres 21. Kobiety, które wypełniły ankietę według wieku i posiadanego wykształcenia .....	185
Wykres 22. Pielęgniarze, którzy wypełnili ankietę według wieku i posiadanego wykształcenia .....	187
Wykres 23. Kobiety, które wypełniły ankietę według wieku, posiadanego wykształcenia i specjalizacji .....	188
Wykres 24. Mężczyźni, którzy wypełnili ankietę według wieku, posiadanego wykształcenia i specjalizacji .....	189
Wykres 25. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według posiadanej specjalizacji w dziedzinach medycyny .....	190
Wykres 26. Pielęgniarze, którzy wypełnili ankietę według posiadanej specjalizacji	190
Wykres 27. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz formy zatrudnienia .....	191
Wykres 28. Liczba osób, które wypełniły ankietę według formy zatrudnienia oraz stażu pracy .....	192
Wykres 29. Liczba osób, które wypełniły ankietę według wieku oraz miejsca zamieszkania .....	192
Wykres 30. Liczba osób, które wypełniły ankietę według formy zatrudnienia oraz miejsca zamieszkania .....	193

Wykres 31. Osoby, które wypełniły ankietę według wykształcenia i miejsca zamieszkania .....	194
Wykres 32. Liczba lekarzy, którzy wypełnili ankietę według płci i wieku .....	201
Wykres 33. Liczba pielęgniarek i położnych, które wypełniły ankietę według płci i wieku .....	202
Wykres 34. Lekarze, którzy wypełnili ankietę, według wieku i kwalifikacji .....	203
Wykres 35. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę, według wieku i posiadanego wykształcenia oraz specjalizacji .....	204
Wykres 36. Dziedziny specjalizacji lekarzy, którzy wypełnili ankietę (w przypadku, gdy lekarz posiada więcej niż jedną specjalizację – wykazano każdą z nich) .....	205
Wykres 37 Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według posiadanej specjalizacji w dziedzinach medycyny .....	205
Wykres 38. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wieku i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia .....	206
Wykres 39. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według kwalifikacji i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia .....	207
Wykres 40. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według kwalifikacji i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia .....	207
Wykres 41. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według obszaru zamieszkania i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia .....	208
Wykres 42. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według obszaru zamieszkania i stażu pracy w momencie zmiany formy zatrudnienia .....	208
Wykres 43. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według wieku i obszaru zamieszkania .....	209
Wykres 44. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wieku i obszaru zamieszkania .....	210
Wykres 45. Lekarze, którzy wypełnili ankietę według posiadanej specjalizacji i obszaru zamieszkania .....	210
Wykres 46. Pielęgniarki i położne, które wypełniły ankietę według wykształcenia i obszaru zamieszkania .....	211

Wykres 47. Lekarze, którzy udzielili wywiadu według wieku i kwalifikacji .....	222
Wykres 48. Pielęgniarki, które udzieliły wywiadu według wieku i kwalifikacji .....	223
Wykres 49. Lekarze, którzy udzielili wywiadu według wieku, płci i stanowiska .....	223
Wykres 50. Pielęgniarki, które udzieliły wywiadu według wieku, płci i stanowiska.	224

## Wykaz rysunków

Rysunek 1. Model przedsiębiorstwa elastycznego wg J. Atkinsona .....	19
Rysunek 2. Kategoryzacja form zatrudnienia według D. Bąk-Grabowskiej .....	21
Rysunek 3. Stosunki prawne zatrudnienia według W. Santery .....	23
Rysunek 4. Klasyfikacja form zatrudnienia według P. Cappelli i J.R. Kellera .....	24
Rysunek 5. Obszary powiązanych decyzji w zakresie organizacji pracy i wyboru formy zatrudnienia w przedsiębiorstwie .....	30

## Wykaz załączników

1. Ankieta dla osób zatrudnionych w Szpitalu na stanowiskach medycznych .....	296
2. Ankieta dla zatrudnionych, którzy rozwiązali ze Szpitalem umowy o pracę, a następnie zawarli ze Szpitalem umowy cywilnoprawne o świadczenie usług zdrowotnych/ medycznych .....	297
3. Kwestionariusz wywiadu pogłębionego .....	298
4. Wymagania MZ w zakresie zatrudnienia lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i położnych w wybranych oddziałach podmiotów leczniczych .....	302

## Załącznik 1. Ankieta dla osób zatrudnionych w Szpitalu na stanowiskach medycznych

### **Płeć\***

Kobieta

Mężczyzna

### **Wiek\***

od 25 do 30 lat

od 30 do 40 lat

od 40 do 50 lat

od 50 do 60 lat

powyżej 60 lat

### **Stanowisko\***

Pielęgniarka

Położna

Lekarz

### **Wykształcenie\***

Średnie medyczne

Policealne medyczne

Wyższe medyczne

Specjalizacja (jaka?) .....

### **Zamieszkuje Pan/i obszar\***

Miejski

Wiejski

### **Forma zatrudnienia\***

Umowa o pracę

Umowa cywilnoprawna

\*proszę o podkreślenie właściwej odpowiedzi

1. Od kiedy zatrudniony/a jest Pan/i w Szpitalu?

.....

2. Co skłoniło Pana/ią do zatrudnienia w tej formie?

.....



**Załącznik 2. Ankieta dla zatrudnionych, którzy rozwiązali ze Szpitalem umowy o pracę, a następnie zawarli ze Szpitalem umowy cywilnoprawne o świadczenie usług zdrowotnych/medycznych**

**Płeć\***

Kobieta  
Męczyzna

**Wiek\***

od 25 do 30 lat  
od 30 do 40 lat  
od 40 do 50 lat  
od 50 do 60 lat  
powyżej 60 lat

**Stanowisko\***

Pielęgniarka  
Położna  
Lekarz

**Wykształcenie\***

Średnie medyczne  
Policealne medyczne  
Wyższe medyczne  
Specjalizacja (jaka?) .....

**Zamieszkuje Pan/i obszar\***

Miejski  
Wiejski

\*proszę o podkreślenie właściwej odpowiedzi

1. Co skłoniło Pana/ią do zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę na umowę cywilnoprawną?

.....

2. Jak długo świadczy Pan/i usługi zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej?

.....

3. Jak długo był/a Pan/i zatrudniony/a w Szpitalu na podstawie umowy o pracę?

.....

### **Załącznik 3. Kwestionariusz wywiadu pogłębionego**

#### **Moduł 1. Ogólne informacje o badaniu**

Cel i przebieg badania. Informacja na temat sposobu przetwarzania danych z przeprowadzonego badania. Informacja o tym, że wywiad jest anonimowy.

#### **Moduł 2. Status i rola zawodowa badanych**

*Proszę przedstawić ogólne informacje o sobie oraz przedstawić (opisać) ogólnie specyfikę Pana/Pani pracy.*

Płeć

Wiek

Na jakim stanowisku respondent pracuje?

Jakie wykształcenie zawodowe posiada respondent?

Czy respondent posiada specjalizację?

Jaki jest aktualny zakres obowiązków zawodowych respondenta w miejscu pracy?

Jak długo respondent pracuje w obecnej placówce medycznej?

Jak długo respondent pracuje na tym stanowisku?

Czy respondent zamierza zmienić swoje miejsce zatrudnienia?

Jeśli tak, to jakie czynniki mogą mieć największy na to wpływ?

Jeżeli nie, to z jakich powodów?

#### **Moduł 3. Zatrudnienie – charakter, specyfika, uwarunkowania**

*Jak wygląda obecna sytuacja Pana/Pani zatrudnienia w szpitalu? Jaki rodzaj zatrudnienia dotyczy Pana/Pani pracy?*

Jaka forma zatrudnienia dotyczy respondenta?

Czy respondent negocjował z zatrudniającym swoje zatrudnienie (formę zatrudnienia oraz warunki zatrudnienia)? Czy miał taką możliwość?

Czy respondent jest zadowolony z tej formy zatrudnienia, którą obecnie posiada?

Czy respondent w trakcie zatrudnienia zmieniał formę zatrudnienia?

Jeżeli tak, to z jakiej umowy na jaką? Kiedy? Z jakich powodów?

Czy respondent miał możliwość negocjowania nowych warunków zatrudnienia?

Czy respondent jest zadowolony z normy i systemu czasu pracy?

Czy respondent jest zadowolony z organizacji pracy?

Czy respondent pełni dyżury medyczne?

Czy respondent podpisał klauzulę opt-out?

Jakie byłoby optymalne rozwiązanie w kwestii zatrudnienia dla respondenta?

Czy respondent uzależnia wykonywanie swoich obowiązków oraz efektywność wykonywanej pracy od warunków zatrudnienia?

Od czego zależy (od jakich warunków wewnętrznych i zewnętrznych) - zdaniem respondenta - rodzaj zatrudnienia tego respondenta?

#### **Moduł 4. Funkcjonowanie struktury organizacyjnej szpitala, organizacja pracy, efektywność i jakość usług medycznych**

*Jak Pan/Pani ocenia strukturę organizacyjną szpitala oraz organizację pracy i świadczonych usług?*

Czy respondent ma poczucie autonomii i sprawstwa w wykonywaniu swojej pracy?

Czy struktura organizacyjna w podmiocie leczniczym ma – zdaniem respondenta – bardziej charakter hierarchiczny czy demokratyczny?

Jak stosunki pracy i przełożenia przekładają się na charakter i efektywność wykonywanej pracy?

Czy respondent posiada kompetencje do podejmowania decyzji w zakresie zatrudnienia oraz warunków zatrudnienia personelu, w tym wynagrodzenia? Jeżeli tak, to czy i jakie decyzje podjął w ostatnich 6 miesiącach?

Czy respondent posiada kompetencje do podejmowania decyzji w zakresie organizacji pracy w dziale, którym zarządza? Jeżeli tak, to czy i jakie decyzje podjął w ostatnich 6 miesiącach?

Czy organizacja struktury podmiotu leczniczego umożliwia elastyczność zatrudnienia? Jeśli tak, to czy respondent korzysta z takich możliwości?

#### **Moduł 5. Strukturalne uwarunkowania funkcjonowania podmiotów leczniczych**

*Proszę wskazać na najważniejszy (najważniejsze) Pana/Pani zdaniem elementy oddające specyfikę podmiotów leczniczych w kraju i w środowisku lokalnym.*

Jakie kwestie respondent postrzega jako pozytywne w strukturze podmiotów leczniczych?

Jakie negatywne elementy – i domagające się zmian – dostrzega respondent w strukturze podmiotów leczniczych?

Czy – zdaniem respondenta – wdrażane zmiany powinny mieć charakter bardziej formalnoprawny czy społeczny?

Czy respondent wskazywał pracodawcy negatywne elementy i domagające się zmian? Jeżeli tak – czy zostały poprawione/zmienione?

Czy wprowadzane zmiany w przepisach prawa działają na korzyść podmiotów leczniczych i personelu?

### **Moduł 6. Deficyty kadrowe – problemy zarządzania podmiotem leczniczym**

*Czy zgadza się Pan/Pani z faktyczną i obecną specyfiką zatrudnienia w podmiocie leczniczym, w którym Pan/Pani pracuje?*

Czy w podmiocie leczniczym, w którym zatrudniony jest respondent pracuje wystarczająca ilość personelu?

Które – zdaniem respondenta – działy struktury szpitalnej powinny zmodyfikować zatrudnienie? Które zwiększyć, a które pomniejszyć?

Czy personel poszczególnych działów współpracuje, rywalizuje czy dba jedynie o wykonanie kontraktu przez dział, w którym jest zatrudniony?

Jakie czynniki związane z zatrudnieniem mogłyby wzmocnić efektywność wykonywanych usług szpitalnych oraz poczucie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego?

### **Moduł 7. Predykcja zatrudnienia i funkcjonowania podmiotów leczniczych**

*Jak Pana/Pani zdaniem będzie w przyszłości przebiegać funkcjonowanie podmiotów leczniczych w Polsce, a jak w podmiocie, w którym Pan/Pani pracuje?*

Czy – zdaniem respondenta – zmieni się znacznie ilość personelu medycznego w podmiotach leczniczych? Jeśli tak, to w którym kierunku będzie dokonywana ta zmiana?

Czy respondent dopuszcza możliwość zastępowania w podmiotach leczniczych personelu danej grupy przez personel innej grupy, np. pielęgniarki ratownikami medycznymi?

Czy respondent uważa, że zakresy obowiązków pracowników w grupach deficytowych w podmiotach leczniczych powinny zostać zmienione poprzez przeniesienie niektórych

obowiązków na pracowników innych grup, np. wypełnianie danych w systemach informatycznych przez asystentów lekarzy lub sekretarki medyczne?

Czy rozwiązania formalnoprawne będą kluczowe w restrukturyzacji zatrudnienia i w zmniejszeniu deficytu kadr medycznych w podmiotach leczniczych?

**Zał. 4 Tabela 30. Wymagania MZ w zakresie zatrudnienia lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i położnych w wybranych oddziałach podmiotów leczniczych**

<b>Oddział</b>	<b>Anestezjologia i intensywne terapię / Anestezjologia i intensywne terapię dla dzieci</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 4 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.
pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, w tym równoważnik co najmniej 4 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego.
organizacja udzielania świadczeń	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu lekarza na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. W miejscu udzielania świadczeń: 1) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 2) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska.
<b>Oddział</b>	<b>Chirurgia ogólna</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej.
pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym).
<b>Oddział</b>	<b>Choroby wewnętrzne</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.

pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym).
<b>Oddział</b>	<b>Hematologia</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie hematologii.
pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)
<b>Oddział</b>	<b>Kardiologia</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie kardiologii.
pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.

organizacja udzielania świadczeń	Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, zwany dalej „OINK”, z salą lub salami intensywnego nadzoru kardiologicznego, spełniającymi wymagania określone w pozostałych częściach (stanowisko ordynatora może być łączone ze stanowiskiem ordynatora oddziału kardiologii) albo 2) co najmniej 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego – w oddziale kardiologicznym, spełniające wymagania określone w pozostały 1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym); 2) co najmniej 4 łóżka w sali lub salach intensywnego nadzoru kardiologicznego.
<b>Oddział</b>	<b>Neonatologia trzeci poziom referencyjny</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 3 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie neonatologii.
pielęgniarki i położne	Zapewnienie opieki pielęgniarstwa w łącznym wymiarze: 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka, 2) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji, 3) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego – w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.
organizacja udzielania świadczeń	1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami); 2) równoważnik co najmniej 1 etatu – specjalista w dziedzinie neonatologii na 20 łóżek noworodkowych; 3) 1 lekarz na 3 stanowiska intensywnej terapii noworodka – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii, lub w trakcie specjalizacji z neonatologii; 4) 1 lekarz na 6 stanowisk opieki pośredniej – specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii.
<b>Oddział</b>	<b>Neurochirurgia</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 3 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii.
pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w



	dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.
organizacja udzielania świadczeń	1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii lub w trakcie specjalizacji z neurochirurgii; 2) w przypadku neurochirurgii dla dzieci – udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub pediatrii; 3) zapewnienie kontynuacji procesu leczniczego poprzez procedury rehabilitacji neurologicznej.
<b>Oddział</b>	<b>Neurologia</b>
lekarze	1) równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie neurologii; 2) w przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista neurologii
pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.
organizacja udzielania świadczeń	1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym); 2) zapewnienie kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji neurologicznej; 3) co najmniej jedno stanowisko IOM – w miejscu udzielania świadczeń; 4) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń.
<b>Oddział</b>	<b>Okulistyka</b>

lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie okulistyki.
pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – specjalista okulistyki lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w okulistyce lub lekarz w trakcie specjalizacji z okulistyki.
<b>Oddział</b>	<b>Onkologia kliniczna</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej.
pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym).
<b>Oddział</b>	<b>Otorynolaryngologia</b>
lekarze	1) w przypadku otorynolaryngologii: równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii; 2) w przypadku leczenia dzieci w otorynolaryngologii: równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii; 3) w przypadku audiologii i foniatrii: równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie audiologii lub foniatrii lub audiologii i foniatrii; 4) w przypadku leczenia dzieci w audiologii i foniatrii: równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie audiologii lub foniatrii, lub audiologii i foniatrii.

pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
organizacja udzielania świadczeń	1) w przypadku otorynolaryngologii: zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym); 2) w przypadku audiologii i foniatrii: zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym).
<b>Oddział</b>	<b>Ortopedia</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.
pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym); 2) zapewnienie kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji narządu ruchu; 3) w przypadku udzielania świadczeń dla dzieci – udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub pediatrii.
<b>Oddział</b>	<b>Pediatria</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie pediatrii.

pielęgniarki i położne	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami dziecięcymi o profilu zachowawczym lub z konsultacją realizowaną w ramach świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o ile świadczenia te realizowane są w miejscu udzielania świadczeń przez ten sam podmiot leczniczy.
<b>Oddział</b>	<b>Położnictwo i Ginekologia trzeci poziom referencyjny</b>
lekarze	Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki i położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.
organizacja udzielania świadczeń	1) wyodrębniona opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia – trzech lekarzy; 2) stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń; 3) stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii pod warunkiem zapewnienia w strukturze szpitala OAiIT oraz spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w lokalizacji; 4) dostępność wykonania znieczulenia śródporodowego; 5) możliwość wykonywania więcej niż jednego cięcia cesarskiego jednocześnie; 6) w systemie „matka z dzieckiem” sale wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków; wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013; Rozporządzenie z dnia 11 października 2018)