



**Julianna Stasicka**

Czynniki środowiska pracy determinujące  
zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych  
w Polsce

Conditions of working environment determining  
physicians' retention in public hospitals  
in Poland

**Praca doktorska**

Promotor: dr hab. Marcin Gołembski

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

Pracę przyjęto dnia: .....

Podpis Promotora

## Spis treści

|                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Wstęp.....                                                                                                                     | 4         |
| <b>1. Znaczenie i czynniki zatrzymania pracowników w organizacji.....</b>                                                      | <b>10</b> |
| 1.1. Definicja zatrzymania pracowników – przegląd literatury naukowej.....                                                     | 11        |
| 1.2. Znaczenie zatrzymania pracowników i przyczyny odejść z organizacji .....                                                  | 24        |
| 1.3. Czynniki oddziałujące na zatrzymanie pracowników w organizacji .....                                                      | 33        |
| <b>2. Środowisko pracy w ochronie zdrowia w Polsce .....</b>                                                                   | <b>38</b> |
| 2.1. Koncepcja środowiska pracy – przegląd literatury.....                                                                     | 39        |
| 2.2. Kategorie i czynniki środowiska pracy z uwzględnieniem szpitali publicznych<br>w Polsce .....                             | 45        |
| 2.3. Znaczenie środowiska pracy .....                                                                                          | 50        |
| 2.4. Możliwości kształtowania środowiska pracy .....                                                                           | 55        |
| <b>3. Charakter funkcjonowania publicznych szpitali w Polsce – perspektywa zatrzymania<br/>    pracowników .....</b>           | <b>62</b> |
| 3.1. Znaczenie i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce .....                                                         | 63        |
| 3.2. Uwarunkowania prawne i ekonomiczne funkcjonowania szpitali .....                                                          | 68        |
| 3.3. Treść i kontekst pracy lekarzy.....                                                                                       | 78        |
| 3.4. Problemy związane z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy.....                                                               | 82        |
| <b>4. Czynniki środowiska pracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach publicznych w Polsce<br/>    – analiza empiryczna .....</b> | <b>94</b> |
| 4.1. Metodyka i konstrukcja postępowania badawczego .....                                                                      | 95        |
| 4.2. Dane statystyczne .....                                                                                                   | 101       |
| 4.3. Metodyka badań ilościowych .....                                                                                          | 103       |
| 4.4. Wykonanie badań pilotażowych i głównych .....                                                                             | 118       |
| 4.5. Analiza danych ilościowych.....                                                                                           | 121       |
| 4.6. Proces realizacji badań jakościowych .....                                                                                | 140       |
| 4.7. Analiza badań jakościowych .....                                                                                          | 140       |
| 4.8. Wnioski, rekomendacje i kierunki dalszych badań .....                                                                     | 160       |
| Zakończenie .....                                                                                                              | 169       |
| Bibliografia.....                                                                                                              | 172       |
| Spis rysunków .....                                                                                                            | 202       |
| Spis tabel.....                                                                                                                | 203       |
| Spis załączników .....                                                                                                         | 205       |

## Wykaz stosowanych skrótów

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

EU-OSHA - Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (ang. *European Agency for Safety and Health at Work*)

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ILO – Międzynarodowa Agencja Pracy (ang. *International Labour Organization*)

MZ – Ministerstwo Zdrowia

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NIL – Naczelna Izba Lekarska

NZOZ – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*)

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PR OZZL – Porozumienie Rezydentów Okręgowego Związku Zawodowego Lekarzy

PSZ - System Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego Świadczeń Opieki Zdrowotnej

PWZ – Prawo Wykonywania Zawodu

SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

UE – Unia Europejska

UEP – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

WIL – Wielkopolska Izba Lekarska

WOW NFZ – Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

WUP – Wojewódzki Urząd Pracy

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

## Wstęp

Tematyka dotycząca zatrzymania lekarzy w kontekście czynników środowiska pracy w szpitalach publicznych w Polsce jest w pełni aktualnym zagadnieniem w związku z licznymi problemami występującymi w polskiej ochronie zdrowia zarówno na poziomie makro, jak również mikro w poszczególnych podmiotach leczniczych. Zauważalny jest niedostateczny poziom finansowania sektora publicznej ochrony zdrowia w Polsce w stosunku do PKB, głęboki deficyt pracowników medycznych (OECD, 2019), w tym szczególny niedobór lekarzy w specjalizacjach określonych jako deficytowe (Wasilewski, 2017) oraz brak zastępowalności pokoleniowej w grupie zawodowej lekarzy (Domagała, 2018). Zagadnienie warte uwagi stanowi rozważana przez lekarzy rezygnacja z pracy jako następstwo pandemii (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). Ponadto, przemęczenie, przepracowanie i nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi skłaniają do odejścia lekarzy pracujących w szpitalach (NIK, 2021; NIL, 2023). Powyższe problemy i wyzwania wymagają znalezienia pilnych rozwiązań, nie tylko na poziomie krajowym, ale także na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych. Mając świadomość niewydolności systemu, należy zwrócić uwagę, że wyłącznie oddolne działania naprawcze mogą stanowić fundament do podejmowania kolejnych przekształceń (Dobska, 2018).

Obecnie zatrzymanie pracowników jest globalnym wyzwaniem, z którym mierzą się organizacje w różnych krajach i sektorach (Augenza i Som, 2018). Rosnąca mobilność osób zatrudnionych i przekształcenia na rynku pracy wymagają wdrożenia nowych rozwiązań (Deloitte, 2022). Środowisko pracy stanowi jeden z kluczowych obszarów, który wpływa na możliwość pozyskania i zatrzymania pracowników (Alias i in., 2019). Zagadnienie dotyczące czynników środowiska pracy znajduje się w obszarze zainteresowania badaczy w obszarze systemu ochrony zdrowia na świecie. Kluczowe jest głębsze zrozumienie czynników środowiska pracy, które mogą stanowić bodźce do poprawy sytuacji w podmiotach leczniczych i zatrzymania wykwalifikowanego personelu medycznego w Polsce (Kilańska i in., 2016).

Zagadnienie dotyczące zatrzymania pracowników jest szeroko opisywane w literaturze przedmiotu, natomiast względnie niedawne pojawienie się pojęcia retencji w terminologii zarządzania wzbudza pewne wątpliwości w dyskursie naukowym (Pocztowski, 2009; Skowron-Mielnik i Bor, 2015). Na początku XXI wieku zyskało na znaczeniu zainteresowanie

przyczynami i skutkami ruchliwości pracowniczej oraz zagadnieniami związanymi z zatrudnieniem pracowników. W efekcie uwidoczniły się nieścisłości terminologiczne wynikające z nieprecyzyjnego przekładania pojęć obcojęzycznych na język polski (Pocztowski, 2009). Analizując bogaty dorobek literatury polskiej i zagranicznej zauważono brak spójności w zakresie definiowania pojęć związanych z pozostawianiem pracowników w organizacji. Wielość pojęć związana z problematyką retencji implikuje niejednoznaczność terminologiczną i owocuje zamiennym stosowaniem różnych pojęć. W konsekwencji prowadzi to do posługiwania się nieprecyzyjnym słownictwem i formułowania błędnych uogólnień. Wobec powyższego na gruncie poznawczym pojawia się potrzeba próby usystematyzowania terminologii i w ten sposób wypełnienie zdefiniowanej luki pojęciowej.

Dalsze badania literatury pozwoliły dojść również do wniosku, że środowisko pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce w literaturze przedmiotu jest rozpoznane w stosunkowo niewielkim stopniu. Na gruncie teorii implikuje to możliwość syntetycznego i holistycznego scharakteryzowania środowiska pracy, zaś na polu badawczym stanowi okazję do wyznaczenia czynników determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych.

Czynniki środowiska pracy lekarzy różnią się w zależności od uwarunkowań danego kraju ze względu na specyficzne typy systemów opieki zdrowotnej i sposób ich funkcjonowania. Dodatkowo, różnice w otoczeniu politycznym, ekonomicznym i społecznym uniemożliwiają bezpośrednie przełożenie wyników badań z innych krajów, ponieważ istotny jest kontekst osadzenia ich w występujących uwarunkowaniach (Malik i Sharma, 2017). Ponadto, istniejących klasyfikacji czynników środowiska pracy nie można uznać za zamknięte i w pełni wyczerpujące. Pojawiają się nowe czynniki w związku ze zmianami organizacyjnymi lub społecznymi, wdrażaniem innowacyjnych procesów i technologii, a także możliwością powstania nowego rodzaju lub miejsca pracy. Istnieje także możliwość, że dany czynnik występował wcześniej, ale dopiero obecnie jest dołączony do klasyfikacji lub inaczej przyporządkowany przez zmianę sposobu postrzegania danego problemu lub w związku z nabyciem wiedzy pozwalającej właściwie go zaklasyfikować (Potocka, 2012). Biorąc pod uwagę ograniczoną literaturę na temat zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, istnieje pełne uzasadnienie dla prowadzenia wspomnianych badań (El Koussa, 2016).

Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych wymaga głębokich i wielopłaszczyznowych zmian uwzględniających specyfikę funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Szpitale są przedsiębiorstwami medycznymi, różniącymi się od innych podmiotów działających w gospodarce i ta odmienność ich działalności uniemożliwia implementację odwzorowanych rozwiązań stosowanych w organizacjach biznesowych. (Sidor-Rządkowska, 2018). Niemniej, osoby zarządzające w ochronie zdrowia coraz przychylniej próbują adaptować koncepcje zarządzania do potrzeb podmiotów leczniczych i sprawdzają rozwiązania stosowane w innych obszarach gospodarki (Waśniewski i Strumiłło, 2020). Dodatkowo, w obliczu głębokich problemów związanych z dostępnością i zatrzymaniem lekarzy w szpitalach publicznych, prowadzenie badań ukierunkowane na określenie czynników determinujących chęć kontynuowania przez lekarzy pracy stanowi wyzwanie, któremu sprostanie niesie wartość zarówno naukową, jak również społeczną.

Na podstawie powyższych przesłanek sformułowano problem badawczy, który dotyczy niezwykle istotnej potrzeby zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, biorąc pod uwagę znaczenie czynników środowiska pracy. Na podstawie określonego problemu badawczego sformułowano następujące pytania badawcze.

1. Jakie są przyczyny problemów związanych z zatrzymaniem lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce?
2. Jakie czynniki środowiska pracy dotyczą lekarzy pracujących w szpitalach publicznych w Polsce?
3. Które czynniki środowiska pracy lekarzy pracujących w szpitalach publicznych w Polsce determinują zatrzymanie lekarzy w tych podmiotach?
4. W jaki sposób szpitale publiczne w Polsce mogą kształtować czynniki środowiska pracy lekarzy w celu ich zatrzymania w tych podmiotach i jakie są ograniczenia?

Z badań literaturowych oraz przyjętego problemu badawczego wynika cel główny dysertacji, którym jest identyfikacja czynników środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, ich znaczenia dla zatrzymania lekarzy w tych podmiotach oraz określenie sposobów kształtowania tych czynników przez szpitale publiczne w Polsce. Dla osiągnięcia celu głównego rozprawy konieczne było sformułowanie następujących celów częściowych.

1. Identyfikacja i charakterystyka czynników środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.

2. Identyfikacja i systematyzacja czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.
3. Wskazanie potencjalnych rozwiązań do stosowania przez szpitale w Polsce, w związku z kształtowaniem zależnych od nich czynników środowiska pracy, w celu zatrzymania lekarzy w tych podmiotach.

W przygotowywanej rozprawie doktorskiej w zakresie przedmiotowym zostały zbadane czynniki środowiska pracy istotne w kontekście zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. W zakresie podmiotowym wskazano szpitale publiczne w Polsce oraz lekarzy pracujących w tych jednostkach. Nawiązując do zakresu przestrzennego i czasowego, przegląd literatury i badania empiryczne wraz z analizą wyników zostały przeprowadzone w Polsce w latach 2020-2024. Ze względu na turbulentność otoczenia, dynamiczną sytuację epidemiologiczną i stale zmieniające się uwarunkowania prawne dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz regulacji dotyczących pracy lekarzy, prowadzone rozważania zostały zaktualizowane według danych dostępnych do maja 2024 roku.

Dysertacja doktorska ma charakter teoretyczno-empiryczny, który został odzwierciedlony w układzie pracy. Przyjęty problem badawczy, cel główny i cele szczegółowe narzuciły określoną logikę wyводу ukazaną w konstrukcji pracy. Rozważania zostały zawarte w czterech rozdziałach. Pierwsze trzy stanowią część teoretyczną, tworzącą podstawy merytoryczne do napisania rozdziału czwartego, który obejmuje część empiryczną.

W rozdziale pierwszym dokonano identyfikacji pojęcia retencji w literaturze polskojęzycznej i anglojęzycznej. Działania były ukierunkowane na określenie zakresu pojęcia retencji oraz przyjęcie pojęcia stosowanego w dysertacji. Z badań literatury wyniknęło, że retencja jest ujęta w dwóch wymiarach, jako zdolność organizacji do zatrzymania pracowników oraz jako działania organizacji skierowane na zatrzymanie pracowników. Na podstawie przeprowadzonego postępowania przygotowano definicję retencji korespondującą z celami niniejszej pracy.

Przedmiotem rozważań w rozdziale drugim była analiza zakresu literatury w zakresie identyfikacji pojęcia środowiska pracy w literaturze, w celu przyjęcia definicji odpowiedniej dla niniejszej pracy doktorskiej. Ponadto, skupiono się na identyfikacji kluczowych

czynników środowiska pracy dotyczących lekarzy w szpitalach publicznych. Na podstawie przygotowanej klasyfikacji zaprojektowano badania empiryczne.

Rozdział trzeci został poświęcony identyfikacji i charakterystyce kluczowych problemów związanych z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce. Zwrócono szczególną uwagę na opracowania i raporty statystyczne zarówno krajowe (np. dane GUS, MZ, NFZ, NIL, NIK), jak i międzynarodowe (np. dane OECD, WHO, ILO). Jako efekt działań wyznaczono cztery główne kategorie problemów we wskazanym zakresie.

W celu zapewnienia wiarygodności w procesie poszukiwania odpowiedzi na pytania badawcze zastosowano różne metody i narzędzia. Dokonano triangulacji metod badawczych w celu zbadania zjawiska dla uzyskania szeroko spektralnych wyników. Po uzyskaniu rezultatów została przeprowadzona analiza w celu opisanie zależności między badanymi wiodącymi czynnikami zatrzymania pracowników, a następnie synteza w celu sformułowania wniosków na podstawie wyników badań empirycznych. Określenie czynników determinujących zatrzymanie lekarzy pozwoliło ustalić możliwe do podjęcia przez szpitale publiczne działania oparte na osiągalnych do wprowadzenia zmianach organizacyjnych. W rozprawie zastosowano metodę indukcyjno-dedukcyjną. W części teoretycznej posłużono się głównie dedukcją, związaną z odniesieniem ogólnych tez zawartych w literaturze do grupy zawodowej lekarzy. W części empirycznej wykorzystano głównie rozumowanie indukcyjne w celu sformułowania generalnych wniosków dla populacji lekarzy w Wielkopolsce na podstawie wyników badań ilościowych i jakościowych przeprowadzonych wśród wyselekcjonowanej statystycznie próby badawczej.

Jako efekt przygotowania rozprawy doktorskiej, autorka zreinterpretowała pojęcie retencji uwzględniając kontekst środowiska pracy. Dodatkowo, powstała klasyfikacja czynników środowiska pracy związana z zatrzymaniem lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, która wzbogaciła literaturę przedmiotu. Ponadto, kluczową wartością dodaną rozprawy doktorskiej jest aplikacyjność wyników badań do szpitali publicznych w Polsce. Autorka przedstawiła wnioski i zaproponowała rozwiązania, które będą mogły zostać wdrożone w praktyce funkcjonowania szpitali publicznych w Polsce, co stanowi istotną wartość w obliczu istniejących fundamentalnych problemów związanych z zatrzymaniem lekarzy w tych podmiotach.

Biorąc pod uwagę powyżej opisane tło, rozprawa doktorska dotycząca czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce

posiada wartość użyteczną, wnosząc nowe elementy do istniejącej wiedzy, wspierając rozwój nauki i wypełniając lukę poznawczą, jak również znajdując odzwierciedlenie w praktyce zarządzania poprzez wartość aplikacyjną. Praca została napisana w zakresie nauk o zarządzaniu i jakości, natomiast podejmowana tematyka dotyczy kilku dyscyplin naukowych, w szczególności elementów ekonomii, socjologii, nauk medycznych i nauk o zdrowiu, a nawet wątków prawnych, co ze względu na interdyscyplinarność stanowi o jej wartości.

## **1. Znaczenie i czynniki zatrzymania pracowników w organizacji**

Wielowymiarowy kryzys spowodowany pandemią SARS-CoV-2019 i jego skutki dostrzegane w kontekście międzynarodowym są oceniane jako jedne z najbardziej dotkliwych od czasu Wielkiego Kryzysu gospodarczego w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w latach 1923-1933, którego zasięg objął wówczas prawie wszystkie kraje i gałęzie gospodarki (OECD, 2023). Aktualne napięcia geopolityczne, w tym głównie rosyjska agresja zbrojna na Ukrainę spowodowały dodatkowy szok dla systemu gospodarczego i pogłębiły dynamiczne przekształcenia dostrzegane na rynku pracy (ILO, 2022). Zjawiska takie jak globalizacja, umiędzynarodowienie przedsiębiorstw i mieszanie się kultur, a także migracje zarobkowe pobudzają stałe transformacje zachodzące na rynku pracy (Górski i Ryłko, 2018). Pracodawcy doświadczają wzmagających się problemów z dostępnością kapitału ludzkiego, dlatego są oni zainteresowani nie tylko automatyzacją procesów, ale także podejmowaniem wysiłku ukierunkowanego na sprawne pozyskiwanie i zatrzymanie już zatrudnionych pracowników (Rostkowski, 2020).

Zatrzymanie obecnych pracowników i rekrutacja nowych są głównymi wyzwaniami dla przedsiębiorstw (KPMG, 2018). Coraz większa rotacja pracowników generuje konieczność poznania ich potrzeb w celu zapobiegania decyzjom o odchodzeniu z firm (Deloitte, 2022). Zapotrzebowanie na wykwalifikowane osoby świadczące pracę jest dostrzegane w różnych branżach (Engetou, 2017), a pozyskanie i zatrzymanie pracowników staje się coraz większym wyzwaniem w obszarze krajowym oraz międzynarodowym (Zahid i in., 2020).

W bieżącym rozdziale na wstępie zostanie dokonany przegląd literatury naukowej zarówno polskich, jak i zagranicznych autorów w celu identyfikacji zakresu pojęć związanych z zatrzymaniem pracowników w organizacji. W celu poszukiwania, oceny, analizy i syntezy treści związanych z analizowanym problemem naukowym zastosowano metodę SALSA uzupełnioną metodą kuli śnieżnej. W dalszej części rozdziału wskazano kluczowe znaczenie zatrzymania pracowników dla długoterminowego sukcesu przedsiębiorstwa (Sengupta i Gupta, 2012). Następnie, dokonano analizy możliwych powodów odejść pracowników, uwzględniając w szczególności dobrowolne odejścia związane z przyczynami wewnątrzorganizacyjnymi, żeby finalnie wyznaczyć czynniki znaczące dla zatrzymania pracowników w organizacji.

### 1.1. Definicja zatrzymania pracowników – przegląd literatury naukowej

Retencja pracowników stanowi zagadnienie znajdujące się w obszarze zainteresowania zarówno badaczy i naukowców, jak również praktyków. Wynika to z działania dla osiągnięcia wysokiej efektywności pracy, sprawnego funkcjonowania organizacji oraz realizacji potrzeb osób aktywnych zawodowo (Pocztowski, 2018). W terminologii dotyczącej zarządzania, pojęcie retencji pojawiło się względnie niedawno i biorąc pod uwagę pierwotne znaczenie tego określenia w dyskursie naukowym jego użycie może wzbudzać wątpliwości (Pocztowski, 2009; Skowron-Mielnik i Bor, 2015). Według *Słownika Języka Polskiego* (2022) retencja występuje w trzech podstawowych znaczeniach, jako:

- naturalne zjawisko magazynowania wody,
- zapas wody zgromadzony w ten sposób,
- a także w ujęciu prawnym jako możliwość zatrzymania rzeczy dłużnika, przysługująca wierzycielowi w określonych okolicznościach.

Na podstawie powyższych opisów, biorąc pod uwagę semantyczny aspekt językowy można dostrzec, że słowo retencja nie odnosi się *stricto* do aspektu związanego z pracownikami, ani patrząc szerzej, z zarządzaniem. Z języka łacińskiego pojęcie retencja (łac. *retentio*) tłumaczone jest jako *zatrzymanie* (PWN, 2022).

Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku nastąpił wzrost zainteresowania przyczynami i skutkami ruchliwości pracowniczej w związku ze zmianami zachodzącymi na rynku pracy oraz doświadczeniami przedsiębiorstw w obszarze zatrudnienia. Jako następstwo niedokładnego przekładania pojęć anglojęzycznych uwidoczniły się nieścisłości terminologiczne w literaturze przedmiotu (Pocztowski, 2009). W polskojęzycznych opracowaniach naukowych występują pojęcia: *zatrzymanie*, *utrzymanie* i *retencji* pracowników, często traktowane jako wyrazy bliskoznaczne i stosowane zamiennie. Uzasadniona jest zatem na podstawie przeglądu literatury naukowej identyfikacja i klasyfikacja różnic między wskazanymi powyżej pojęciami w celu sprecyzowania pojęcia, które zostanie przyjęte w niniejszej pracy, uwzględniając jej zakres podmiotowy, a także wyznaczony cel główny badań empirycznych.

Znaczenie zagadnień dotyczących zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji, a także uwarunkowania językowe sprawiają, że wymagana jest szczegółowa kategoryzacja pojęć. Pojawiający się problem terminologiczny jest istotny zarówno z punktu widzenia

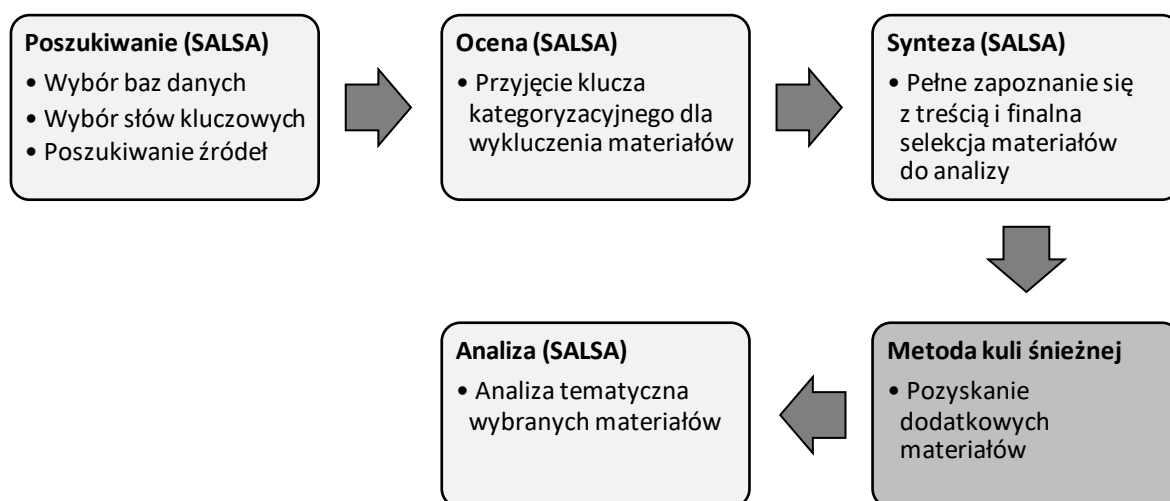
naukowego, stanowi bowiem okazję do prowadzenia rozważań naukowych związanych z systematyzacją pojęć, ale także wart uwagi z punktu widzenia praktyki. Stosowanie nieściślej terminologii może powodować trudność w precyzyjnym określeniu działań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi oraz przyczyniać się do problemu w precyzyjnej komunikacji na temat określonych zjawisk. Zrozumienie różnic może również przyczynić się do świadomego podejścia w zakresie ustalania i wdrażania optymalnych działań w przedsiębiorstwach.

W związku z powyższym, przyjmując, że kluczowe jest uporządkowanie i wyjaśnienie pojęć w kontekście opisu podstaw teoretycznych odnoszących się do problematyki niniejszej pracy doktorskiej zdecydowano się na przeprowadzenie badań literatury. Do przeglądu literatury naukowej wyszczególniono następujące dwa zasadnicze cele:

- identyfikacja zakresu pojęcia retencji w opracowaniach literatury polskojęzycznej oraz anglojęzycznej, odnoszącej się do zarządzania zasobami ludzkimi,
- wskazanie pojęcia dotyczącego zatrzymania pracowników w organizacji, które zostanie przyjęte w niniejszej pracy doktorskiej, biorąc pod uwagę cel główny i zakres podmiotowy pracy.

Badania literaturowe przeprowadzono przy zastosowaniu metody SALSA (ang. *Search, Appraisal, Synthesis, Analysis*), która składa się z czterech powiązanych ze sobą krytycznych etapów: poszukiwania, oceny, syntezy i analizy (Booth i in., 2016). Analizę metodą SALSA wzbogacono wprowadzając dodatkową metodą kuli śnieżnej (ang. *snowball technique*) w celu pozyskania uzupełniających materiałów. Metoda kuli śnieżnej odnosi się do poszukiwania dodatkowych odniesień zawartych w cytowaniach wybranych publikacji naukowych (Malinauskaite i in., 2019). Poza wspomnianymi metodami zastosowano wyszukiwanie według haseł w *Google Scholar*, a także publikacje zawierające treści dotyczące analizowanego problemu naukowego. Dzięki szeroko spektralnemu podejściu możliwe było wzbogacenie treści oraz zastosowanie triangulacji metod, która pozwala zaoferować bardziej zrównoważone wyjaśnienie problemu naukowego. Triangulacja metod przyczynia się także do zwiększenia wiarygodności uzyskanych wyników badań w kontekście oceny danej koncepcji oraz pluralizmu źródeł pozyskania danych (Noble i Heale, 2019). Po przeprowadzeniu analizy literatury nastąpi podsumowanie treści, które umożliwi reinterpretację analizowanego problemu naukowego.

Wdrożony model SALSA uzupełniony przez autorkę o etap wykorzystujący metodę kuli śnieżnej z syntetycznym opisem podjętych działań w poszczególnych etapach widnieje na poniższym rys. 1.



**Rysunek 1. Zakres przeglądu literatury zgodnie z metodą SALSA**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Booth i in., 2016, s. 23-24; Malinauskaite i in., 2019, s. 2).

Pierwszy etap metody SALSA, czyli poszukiwanie (ang. *search*) dotyczy zebrania literatury odnoszącej się do badanego zakresu tematycznego. Na początku sprecyzowano źródła pozyskania materiałów, które stanowią dorobek literatury poruszający problematykę retencji pracowników. W celu uzyskania możliwie kompleksowych wyników uwzględniono materiały dostępne w bazie danych *Web of Science Core Collection*, która jest wiodącym narzędziem badawczym wspierającym działania naukowe w różnych dziedzinach wiedzy poprzez możliwość wyszukiwania cytowań naukowych i informacji analitycznych stanowiących zbiór danych (Li i in., 2017). W celu dywersyfikacji źródeł pozyskania publikacji wykorzystano także bazę *Scopus*, która jest jednym z największych zbiorów abstraktów i cytowań recenzowanej literatury naukowej. Oferuje ona przegląd światowego dorobku badań z różnych dziedzin nauki, w tym nauk społecznych, a treści włączane do bazy *Scopus* są selekcjonowane na podstawie kryteriów jakości i rygoru naukowego (Baas i in., 2020). Następnie, dla literatury anglojęzycznej ustalono słowo kluczowe *retention*, które wyszukiwano w powiązaniu ze słowem *employee(s)*. Kolejną fazą było określenie kryteriów selekcji materiałów do oceny, syntezy i analizy. W pierwszej kolejności wybrano język angielski z uwagi na przystępność

zrozumienia treści publikacji bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów na tłumaczenie (Arksey i O'Malley, 2005; Booth i in., 2016).

Po zakończeniu etapu przygotowawczego, rozpoczęto badania literatury według przyjętych podejść SALSA i kuli śnieżnej. Aby zapewnić możliwie trafny wybór prac naukowych przeznaczonych do oceny, syntezy i analizy przeprowadzone poszukiwanie materiałów było wielostopniowe. Z uwagi na fakt, że w bazie danych istnieje opcja ograniczenia wyników wyszukiwania według różnych kryteriów, skorzystano z niej i pierwszym wyznacznikiem była obecność określonych słów przynajmniej w jednej z części publikacji, mianowicie w tytule, słowach kluczowych lub streszczeniu. Zastosowano powyższe kryterium z uwagi na fakt, iż istnieje uzasadnione przypuszczenie, że jeśli dane słowo występuje w którejś ze wskazanych części pracy, powinno być również zdefiniowane (Gołembski, 2019). Dalej zastosowane kryteria nieznacznie różniły się w zależności od wykorzystywanej bazy danych ze względu na różne opcje wyboru możliwości wykluczenia. Z uwagi na znaczącą liczbę wyników (767) odnoszących się do różnych dziedzin naukowych w bazie *Web of Science Core Collection* zdecydowano się zawęzić powyższe kryterium do zarządzania (265), jako właściwego dla niniejszej pracy doktorskiej, która osadzona jest na gruncie nauk o zarządzaniu i jakości. Następnie, w celu dalszej selekcji i wzmocnienia ukierunkowania na przyjęte cele zastosowano dodatkowe kryterium redukcji polegające na wyborze prac w oparciu o *Social Sciences Citation Index* (SSCI), który zawiera ponad 3400 czasopism z dziedziny nauk społecznych, a także pewne pozycje z 3500 światowych wiodących czasopism naukowych i technicznych, które eksperci wybierają według kryteriów jakości i największego wpływu w omawianym temacie, opierając się na wskaźniku cytowania (Clarivate, 2021). W pełni uzasadniony jest przegląd prac, które są rzetelne i pozytywnie odbierane w środowisku naukowym. Po redukcji, do następnej fazy postępowania zakwalifikowano 143 prace.

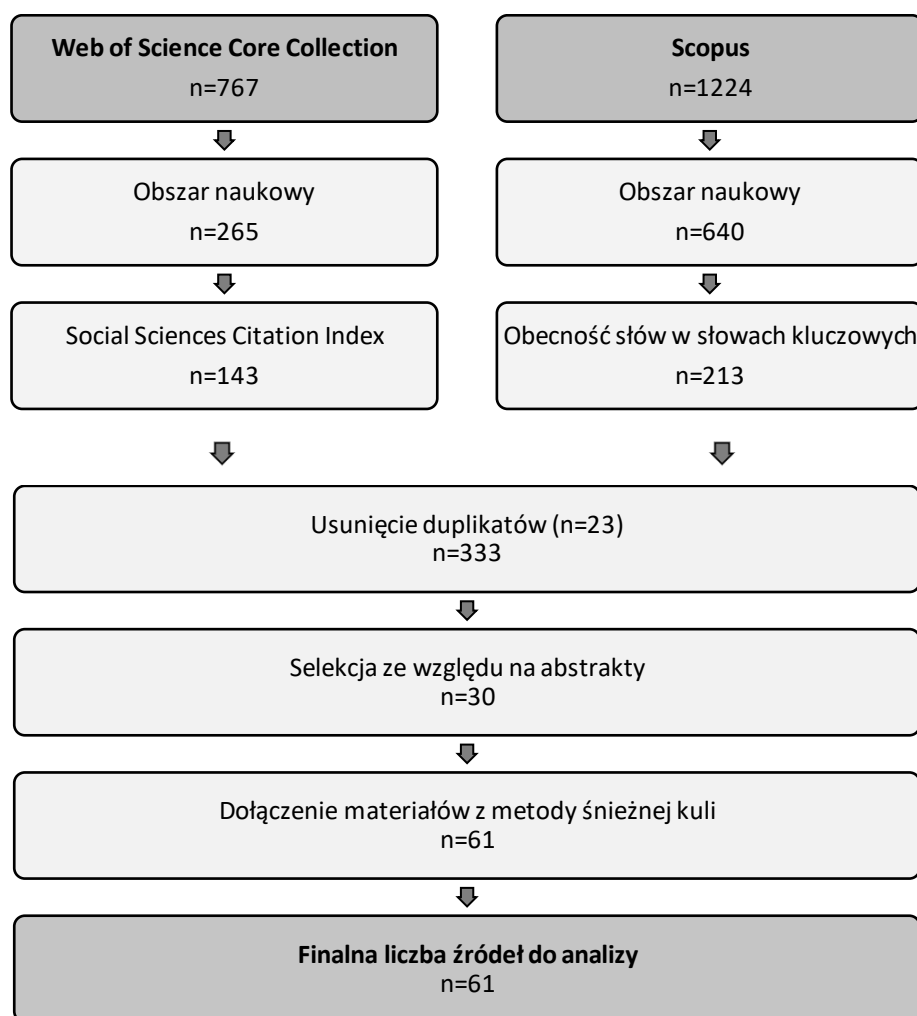
W bazie *Scopus*, wykorzystanej w sposób uzupełniający do przeprowadzanego przeglądu literatury, początkowo po wyborze języka angielskiego i słów kluczowych uzyskano wyższy wynik liczby publikacji (1224), niż w przypadku pierwszej badanej bazy, *Web of Science Core Collection*. W dalszym kroku zawężono obszar wyszukiwania do obszaru naukowego *Business, Management, Accounting* (640) oraz ze względu na liczny wolumen wyników, kryterium obecności wyszukiwanych słów w słowach kluczowych (213). Porównując uzyskane wyniki z obu baz danych, pojawiły się 23 duplikaty, które zostały zredukowane.

W rezultacie do dalszego etapu zostały przeniesione 333 materiały. Poszukiwanie publikacji uwzględniało źródła dostępne w obu bazach danych na dzień 07.12.2021 roku. Zgodnie z metodą opisaną przez Booth i in. (2016) dopiero w kolejnym kroku postępowania badawczego dokonano bardziej wnikliwej analizy treści wyszukanych publikacji.

W drugim etapie prowadzonych badań literatury według przyjętej metody SALSA, czyli ocenie (ang. *appraisal*) autorka zapoznała się z każdym abstraktem wyłonionym w poprzednim kroku. Celem był wybór na podstawie arbitralnej oceny autorki, najbardziej adekwatnego materiału do procesu syntezy odpowiadającego przyjętym celom. Pod uwagę wzięto wystąpienie słów kluczowych w tytule i streszczeniu, odniesienie do retencji pracowników, roku publikacji oraz subiektywną decyzję autorki dotyczącą przydatności danej pracy. Do kolejnej fazy prowadzonego postępowania przekazano 30 prac, które zostały uznane za najbardziej odpowiadające wyznaczonym celom dla niniejszego przeglądu literatury.

Publikacje finalnie wyłonione na etapie oceny stanowiły materiał do syntezy (ang. *synthesis*). W tym kroku wybrano publikacje odpowiadające w największym stopniu przyjętym celom badania. Głównym kryterium selekcji było definiowanie pojęcia retencji pracowników w treści sprawdzanej publikacji. W przypadku cytowania innych autorów, jeśli przytoczona definicja została ujęta we wcześniejszych pracach, materiał do analizy wykluczano z próby.

Zakwalifikowany zbiór, który został otrzymany w wyniku dokonania finalnej selekcji i syntezy, poddano wnikliwej analizie, która stanowi ostatni etap postępowania badawczego w przyjętej metodzie SALSA. W tym miejscu zwrócono także uwagę na przypisy bibliograficzne zastosowane w ocenianych pracach i w przypadku możliwości dotarcia do źródła odwołano się do oryginalnych publikacji cytowanych autorów. Dzięki metodzie kuli śnieżnej z uwzględnieniem dodatkowych materiałów wyszukanych w *Google Scholar* oraz książkach naukowych, dołączono dodatkowe 31 prac, które znacząco wzbogaciły przeprowadzany przegląd literatury. W związku z powyższym, finalna liczba źródeł do analizy wynosiła 61 pozycji. Przeprowadzony proces poszukiwania, oceny, syntezy i analizy pozwolił osiągnąć przyjęte cele dla badań literaturowych. Wspomniane etapy zaprezentowano na rys. 2 dla lepszego zrozumienia sekwencji poszczególnych podjętych kroków.



**Rysunek 2. Etapy selekcji materiałów naukowych**

Źródło: opracowanie własne.

Analiza (ang. *analysis*) wybranych materiałów została przeprowadzona w dwóch fazach. Najpierw zapoznano się z materiałami anglojęzycznymi, a w drugiej kolejności wykorzystano literaturę polskojęzyczną. Z przeprowadzonego przeglądu literatury anglojęzycznej wynika, że pojęcie retencji jest opisywane z różnych perspektyw. Najczęściej autorzy definiują retencję jako proces, w którym pracownicy są zachęceni do pozostania w organizacji przez dłuższy okres lub do osiągnięcia wyznaczonych celów (Singh i Dixit, 2011 za: Butson i in., 2021). W innym rozumieniu retencji pracowników rozważane są działania podejmowane przez przedsiębiorstwa, aby uwzględniając potrzeby i priorytety pracowników zachęcić ich do pozostania w organizacji przez długi czas (Adamska-Chudzińska, 2020). Podobne ujęcie wskazuje, że retencja to proces, w którym pracownicy są zachęceni do pozostania w miejscu realizacji zadań zawodowych przez maksymalny

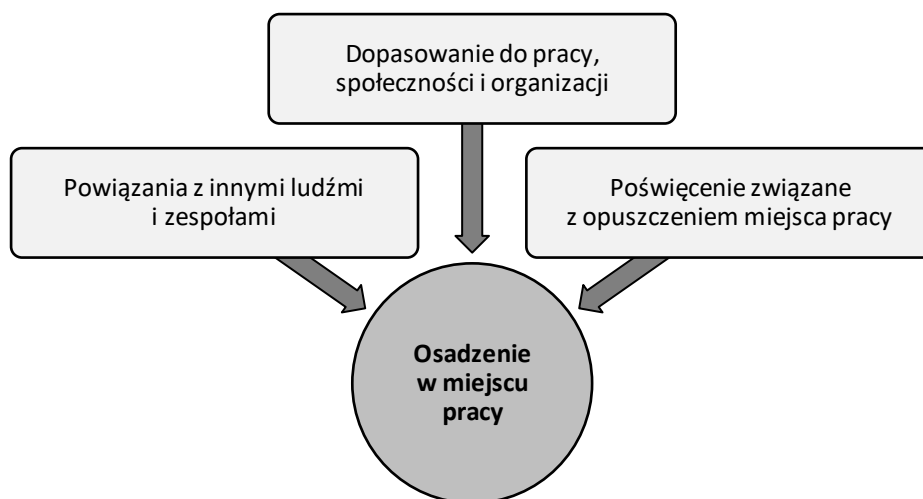
okres lub do momentu zakończenia projektu (Akila, 2012; Nazia i Begum, 2013; Das i Baruah, 2013; Ansari i Bijalwan, 2017). Bansal (2014) określił retencję pracowników jako dobrowolny ruch przedsiębiorstwa w celu stworzenia środowiska, które angażuje pracowników w długim okresie. W bardzo zbliżonym ujęciu, retencja to wysiłek organizacyjny, którego celem jest stworzenie środowiska angażującego pracowników na długi czas (Chaminade, 2007 za: Tirno i Sharmin, 2019). Nazia i Begum (2013) oraz Ansari i Bijalwan (2017) definiują retencję pracowników jako wysiłek przedsiębiorstwa mający na celu utrzymanie środowiska pracy wspierającego pracowników do pozostania w przedsiębiorstwie.

Głównym celem retencji pracowników w obszarze działań podejmowanych przez przedsiębiorstwa jest zapobieganie odchodzeniu lub utracie kompetentnych pracowników z organizacji (Samuel i Chipunza, 2009; Rombaut i Guerry, 2019) i zatrzymanie pracowników o krytycznych umiejętnościach (Bansal, 2014). Ansari i Bijalwan (2017) podkreślają, że retencja pracowników odnosi się do praktyk stosowanych przez firmy, aby nie tylko zapobiec odejściu pracowników, ale także oddziaływać na ich satysfakcję z pracy. Obecnie odczuwanie satysfakcji z pracy jest dla pracowników warunkiem koniecznym do pozostania w przedsiębiorstwie (Deloitte, 2022). Satysfakcja wpływa na motywację pracowników do realizacji celów oraz postawę w odniesieniu do wykonywanej pracy (Głowacka i Mojs, 2015). Satysfakcja pracowników ma istotne znaczenie dla organizacji, ponieważ również wpływa na poziom związania pracowników z firmą (Kopertyńska, 2009).

Ze szczegółowej analizy powyższych opracowań zaczerpniętych z literatury anglojęzycznej wynika, że retencja to podejmowane przez przedsiębiorstwo działania ukierunkowane na zachęcenie pracowników do pozostania w organizacji w perspektywie długookresowej, a także zapobieganie odchodzeniu pracowników.

Warto zaznaczyć, że konstruktem retencji zapobiegającym wycofaniu się pracownika i opisującym jego decyzję o partycypacji jest osadzenie w miejscu pracy (ang. *job embeddedness*) (Lee i in., 2004), które stanowi nowe spojrzenie na przyczyny dobrowolnej rotacji, uwzględniając czynniki występujące w miejscu wykonywania zadań zawodowych i poza nim, które powodują, że pracownicy pozostają na swoich stanowiskach pracy. Rozważając osadzenie w miejscu pracy, poszukiwana jest odpowiedź na pytanie, co zasadniczo powoduje, że pracownicy zostają na swoich stanowiskach pracy (Yang i in., 2011). Inaczej mówiąc, osadzenie w miejscu pracy opisuje sytuację, w której korzyści

pozostania pracownika przewyższają koszty zmiany pracy (Khan i in., 2018). Rozpatrywany konstrukt osadzenia w miejscu pracy składa się z trzech następujących elementów składowych, które przedstawiono na rys. 3.



**Rysunek 3. Elementy konstruktu osadzenia w miejscu pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Mitchell i in., 2001).

W dalszych rozważaniach, żeby zrozumieć zakres i znaczenie poszczególnych wymiarów warto omówić elementy składowe konstruktu osadzenia w miejscu pracy. Powiązania stanowią formalne lub nieformalne połączenia między pracownikiem, społecznością, a środowiskiem, w którym on funkcjonuje. Dopasowanie dotyczy postrzeganej przez pracownika zgodności osobistych wartości, celów zawodowych i planów na przyszłość z kulturą organizacyjną lub wymaganiami pracy. Poświęcenie definiuje postrzegany potencjalny koszt materialny lub psychologiczny, który pracownik może ponieść decydując się na rezygnację z pracy (Mitchell i in., 2001).

Koncepcja osadzenia w miejscu pracy zakłada, że im większy poziom powiązania danej osoby z organizacją i społecznością, tym większe prawdopodobieństwo pozostania w przedsiębiorstwie (Holtom i Inderrieden, 2006). Osadzenie w miejscu pracy rozumiane jest jako połączenie sił, które powstrzymują osobę przed porzuceniem swojej pracy. W ciągu ostatnich dwóch dekad osadzenie w miejscu pracy stało się punktem bazowym do podjęcia zagadnienia dotyczącego dobrowolnej rotacji pracowników (Zhang i in., 2019).

Analizując polskojęzyczne opracowania literatury naukowej dotyczące obszaru omawianej tematyki, można zauważyć, że istnieje mnogość równolegle stosowanych pojęć. Dodatkowo, problematyka dotycząca ruchów kadrowych pracowników jest

wieloaspektowa i dynamiczna ze względu na stale zachodzące zmiany w otoczeniu przedsiębiorstw na różnych płaszczyznach (Antczak, 2010). Podejmowane przez organizację działania w zakresie przyjmowania, przemieszczania, stabilizowania i zwalniania pracowników można opisać określeniem sterowania procesami ruchliwości pracowniczej.

Ruchliwość pracownicza jest terminem o najszerszym znaczeniu, rozumianym jako zmiana pozycji osób świadczących usługę pracy w przestrzeni zawodowej, bez uwzględniania powodów tych zmian. Celem takich działań jest wsparcie dla zapewnienia stabilności i elastyczności zatrudnienia (Pocztowski, 2009). Aktualnie dla wielu pracodawców stabilizowanie zatrudnienia oznacza potrzebę zatrzymania pracowników jako następstwo uwarunkowań demograficznych i ekonomicznych. W szczególności, konieczność retencji pracowników wynika z sytuacji na rynku pracy, zwłaszcza w odniesieniu do specyfiki rynku pracownika (Bukowska i Łukasiewicz, 2017).

Na podkreślenie zasługuje, że dwa rozbieżne cele, które przedsiębiorstwo może realizować w obszarze zatrudnienia to retencja zatrudnienia i elastyczność zatrudnienia. W obu przypadkach występuje oddziaływanie na strukturę i stan zatrudnienia, jednak o odmiennym charakterze działań (Król, 2012). Retencja zatrudnienia dotyczy utrzymania jego struktury i stanu niezbędnego do efektywnej realizacji procesów. Zatem, retencja zatrudnienia stanowi odpowiednik stabilności zatrudnienia (Król, 2012; Pocztowski, 2018). Natomiast elastyczność zatrudnienia oznacza osiągnięcie równowagi w wymiarze jakościowym i ilościowym między popytem i podażą pracy. Dotyczy ona zapewnienia stanu i struktury zatrudnienia, które pozwalają na efektywne funkcjonowanie organizacji w zakresie realizacji celów, zarówno bieżących, jak i strategicznych (Bukowska i Łukasiewicz, 2017). Elastyczność zatrudnienia związana jest z poszukiwaniem rozwiązań pozwalających na szybkie i wymagające niskich nakładów finansowych pozyskanie nowych i rozstanie się z dotychczasowymi pracownikami. Nadmierna elastyczność zatrudnienia może generować negatywne konsekwencje. Niewykluczone, że będzie ona wpływać na konieczność ponoszenia znacznych dodatkowych kosztów wynikających z częstszego pozyskiwania nowych pracowników, procesu ich adaptacji w miejscu pracy oraz może powodować zagrożenie wypływu informacji z organizacji i utraty kompetentnych pracowników. Dodatkowo, może wzmacniać ryzyko przerwania ciągłości procesów pracy i obniżenie jej wydajności (Król, 2012).

Utrzymanie stanu i struktury zatrudnienia na optymalnym poziomie jest jednym z celów zarządzania zasobami ludzkimi (Pocztowski, 2009). Zadaniem planowania zasobów ludzkich jest zapewnienie właściwej liczby pracowników o określonych umiejętnościach w odpowiednim miejscu i czasie dla realizacji przyjętych celów krótkoterminowych i długoterminowych (Armstrong i Taylor, 2016). W procesie zarządzania zasobami ludzkimi można wyróżnić tzw. twarde oraz miękkie planowanie zatrudnienia. Obszar twardy opiera się na podejściu liczbowym i dotyczy analizy poprzednich trendów w celu predykcji tendencji, a także dopasowania podaży i popytu na zatrudnienie. W podejściu twardym kładzie się nacisk na ekonomiczną efektywność pracowników, podkreślając aspekt kalkulacyjny i ilościowy (Król, 2007). W tym ujęciu pracownicy najczęściej nie uczestniczą w podejmowaniu decyzji, natomiast zostają włączeni w działania ukierunkowane na podniesienie wydajności i jakości pracy (Górecka, 2010). Miękkie planowanie zasobów ludzkich koncentruje się na rozmieszczeniu popytu i podaży na pracę, umożliwiając implikowanie strategii biznesowej dla rozwoju ludzi, postaw, kultury oraz umiejętności i liczebności pracowników (Rothwell, 1995). W orientacji miękkiej zwraca się szczególną uwagę na przywództwo, komunikowanie i motywowanie (Król, 2007). Większość działań skoncentrowana jest na zdobyciu oddania pracowników poprzez informowanie ich o planach, celach i kondycji firmy (Górecka, 2010).

Pozyskiwanie zasobów ludzkich dotyczy działań związanych z zatrudnieniem, do których zalicza się planowanie zasobów ludzkich, proces rekrutacji i selekcji, pozyskanie i zatrzymanie pracowników, zarządzanie rotacją i absencją pracowników oraz zarządzanie talentami (Armstrong i Taylor, 2016). Walka o talenty i zmiany w modelach kariery zawodowej powodują, że przyciągnięcie i zatrzymanie pracowników stanowi wyzwanie dla przedsiębiorstwa (Marzec, 2015). Według badań KPMG (2018), 35% przedsiębiorstw wskazało, że dopiero niedawno zatrzymanie pracowników w organizacji stało się istotnym i alarmującym problemem. Pojęcie utrzymania pracowników odnosi się do pracowników, których organizacja planuje z różnych względów zachować. W zależności od sektora i charakteru działalności firmy, znaczenie wartościowego pracownika będzie inne. Cechą wspólną jest postrzeganie pracownika za niezbędnego dla organizacji i trudnego do zastąpienia. W konsekwencji, przedsiębiorstwo nie może pozwolić sobie na jego utratę (Branham, 2001 za: Cynk, 2016).

Analizując pojęcia związane z retencją konieczne jest rozróżnienie retencji pracowników o charakterze podmiotowym oraz retencji zatrudnienia o charakterze przedmiotowym. Wynika to bezpośrednio z praktyki, gdzie może wystąpić sytuacja, gdy zatrudnienie jest stabilne, co oznacza, że organizacja dysponuje odpowiednią liczbą pracowników o dopasowanych kompetencjach, natomiast następuje rotacja pracowników (Skowron-Mielnik i Bor, 2015). Według Pocztowskiego (2018) retencja pracowników w ogólnym znaczeniu oznacza ich pozostawanie w organizacji. Król i Ludwicyński (2007, s. 690) definiują retencję jako „czasowe zatrzymanie pracownika w organizacji, tj. do momentu, kiedy jego zachowanie zostanie ocenione jako niewystarczające do odnawiania decyzji o jego zatrudnieniu”. Retencja w odniesieniu do określonych grup lub pojedynczych pracowników oznacza ich zatrzymanie w przedsiębiorstwie. Podkreślając informację z przytoczonych powyżej definicji, pojęcie retencji pracowników występuje w znaczeniu zatrzymania pracowników (Pocztowski, 2009).

Rotacja pracowników jest jednym z obszarów badań ruchliwości, czy też mobilności pracowniczej. Kategoria dotyczy procesu zmian ilościowych i jakościowych w stanie zatrudnienia wynikających z wchodzenia pracowników do organizacji, wewnętrznych zmian treści pracy osób zatrudnionych oraz ostatecznie odchodzenia ich z przedsiębiorstwa (Pocztowski, 2018). Rotacja pracowników jest procesem odnoszącym się do wymiany na rynku pracy, pomiędzy przedsiębiorstwami, stanowiskami, zawodami, a także między stanami zatrudnienia i bezrobocia (Abbasi i Hollman, 2000). Rotacja występuje, gdy pracownicy odchodzą z pracy i muszą zostać zastąpieni (Samuel i Chipunza, 2009). Warto jednak przytoczyć, że z raportu KPMG (2018) wynika, że 43% przedsiębiorstw postrzega odchodzenie pracowników, jako naturalny proces rotacji między organizacjami.

Należy podkreślić, że rotacja i retencja pracowników są komplementarne i nie wykluczają się wzajemnie (Pocztowski, 2018). Wskaźnik rotacji to stosunek liczby osób odchodzących z pracy w określonym czasie względem średniej liczby pracowników w tym samym okresie (Armstrong i Taylor, 2016). W przypadku wskaźnika rotacji pracowników, nie są uwzględniane przyczyny odejść pracowników, które mogą być różne (Cynk, 2016). Procesy płynności są ograniczone z powodu dążenia do zatrzymania pracowników. Sprowadzają się do dopełnienia pojawiających się niedoborów ilościowych kapitału ludzkiego oraz zwolnień nieprzydatnych dla organizacji lub nieefektywnych pracowników, a także samoistnych odejść (Król, 2012).

Podsumowując powyższe rozważania wyłania się wniosek, że niejednoznaczność pojęć związanych z retencją pracowników stosowanych w literaturze wymaga wyjaśnienia. Uporządkowanie dostępnych pojęć jest kluczowe dla przyjęcia pojęcia właściwego do celów niniejszej pracy, a także stanowi wkład do nauk o zarządzaniu i jakości, dzięki pogrupowaniu dostępnych pojęć polskojęzycznych i anglojęzycznych. Studia literatury naukowej wskazują, że w literaturze anglojęzycznej najbardziej powszechnie stosowane jest pojęcie retencji (ang. *retention*). W polskich opracowaniach używane są słowa retencja i zatrzymanie pracowników, a także utrzymanie odnoszące się do pracowników szczególnie cennych dla organizacji. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania w związku z wykonanym przeglądem literatury, wyraźnie rysuje się obraz, że pojęcie retencji jest definiowane z różnych perspektyw. Odnosi się ono do nauk o zarządzaniu i jakości, ale także do innych dziedzin nauki, jak hydrologia lub prawo, w całkowicie innym znaczeniu. Dodatkowo, pojęcie jest rozpoznawalne międzynarodowo i wielu polskich autorów pisząc artykuły naukowe w języku angielskim używa słowa *retention* w związku z umiędzynarodowieniem. W rozważaniach na temat zarządzania zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie często stosuje się pojęcie retencji w różnych aspektach. Warto uwypuklić fakt, że istnieją dwa zasadnicze podejścia do retencji pracowników.

W ujęciu pierwszym retencja rozumiana jest jako zdolność organizacji do zatrzymania pracowników (por. m.in. Pocztowski, 2009; Samuel i Chipunza, 2009; Bansal, 2014; Bukowska i Łukasiewicz, 2017; Rombaut i Guerry, 2019). Ogólny poziom retencji pracowników można sformułować w sposób wymierny, stosując adekwatny wzór matematyczny (Pocztowski, 2018). Wskaźnik retencji określa zatrzymanie poszczególnych pracowników w określonym czasie (Sedlak & Sedlak, 2023).

W drugim ujęciu, retencja to działania organizacji skierowane na zatrzymanie pracowników. W omawianym aspekcie uwzględnione są czynności i starania podejmowane przez organizację, ukierunkowane na pozostanie pracowników w organizacji (por. m.in. Chaminade, 2007 za: Tirno i Sharmin, 2019; Singh i Dixit, 2011, za: Butson i in., 2021; Akila, 2012; Nazia i Begum, 2013; Das i Baruah, 2013; Bansal, 2014; Ansari i Bijalwan, 2017; Adamska-Chudzińska, 2020). W tym miejscu warto również przypomnieć koncepcję osadzenia w miejscu pracy, która obejmuje spektrum czynników determinujących pozostawanie pracowników w organizacji (por. m.in. Lee i in., 2004; Yang i in., 2011). Syntezę pojęć retencji zaprezentowano w tab. 1.

**Tabela 1. Przegląd ujęć pojęcia retencji**

| Pojęcie                                                                                                                       | Autorzy                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Retencja jako działania zachęcające pracowników do pozostania w organizacji                                                   | Singh i Dixit, 2011, za: Butson i in., 2021; Akila 2012; Nazia i Begum, 2013; Das i Baruah, 2013; Ansari i Bijalwan, 2017; Adamska-Chudzińska, 2020 |
| Retencja jako zdolność organizacji do zatrzymania pracowników                                                                 | Pocztowski, 2009; Samuel i Chipunza, 2009; Bansal, 2014; Bukowska i Łukasiewicz, 2017; Rombaut i Guerry, 2019                                       |
| Retencja jako wysiłek przedsiębiorstwa ukierunkowany na stworzenie środowiska pracy angażującego pracowników w długim okresie | Chaminade, 2007 za: Tirno i Sharmin, 2019; Nazia i Begum, 2013); Bansal, 2014 oraz Ansari i Bijalwan, 2017                                          |
| Retencja jako zapobieganie odejściu pracowników z organizacji                                                                 | Samuel i Chipunza, 2009; Rombaut i Guerry, 2019                                                                                                     |
| Retencja jako (czasowe) pozostawanie pracowników w organizacji                                                                | Król i Ludwiczyski, 2007; Pocztowski, 2018                                                                                                          |
| Retencja jako zatrzymanie pracowników                                                                                         | Pocztowski, 2009                                                                                                                                    |

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, z literatury wyłaniają się dwa różne podejścia do definiowania pojęcia retencji pracowników. Pierwsze odnosi się do pozostawiania pracowników w przedsiębiorstwie, zapobiegając ich odchodzeniu. Drugie, obejmuje działania podejmowane przez organizację ukierunkowane na zatrzymanie pracowników. Oba podejścia dotyczą problemu związanego z pozostawianiem pracowników w przedsiębiorstwie, uwzględniając perspektywę pracownika i organizacji. Można przyjąć, że wskazane aspekty są komplementarne i tworzą holistyczną koncepcję retencji pracowników.

Współcześnie, polski system publicznej ochrony zdrowia mierzy się z problemami związanymi z zapewnieniem wystarczającej liczby lekarzy gwarantującej zabezpieczenie zdrowotne pacjentów (por. OECD, 2019). Mając na uwadze tematykę pracy doktorskiej, w badaniach empirycznych autorka zmierza do ustalenia czynników środowiska pracy, które determinują zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. Kluczowe jest zapobieganie odejściu lekarzy w związku z ich znacznym niedoborem liczbowym (OECD, 2022), stale nasilającymi się przewidywanymi odejściami z podmiotów leczniczych oraz chęci wyjazdu za granicę w celu wykonywania zawodu poza Polską (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). W związku z powyższym, niezbędne jest podejmowanie działań ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych w Polsce.

Efektem końcowym przeprowadzonego przeglądu literatury jest przyjęcie określonego pojęcia dla potrzeb niniejszej pracy z przypisanym zakresem merytorycznym dotyczącym treści oraz jego konsekwentne stosowanie w dalszej części pracy. Opierając się na przeprowadzonym przeglądzie literatury dla niniejszej pracy doktorskiej zostało przyjęte pojęcie zatrzymania pracowników w organizacji, zwracając szczególną uwagę na przeciwdziałanie ich odejściu. Zatrzymanie należy rozumieć jako działania podejmowane przez organizację, które mogą kształtować indywidualną decyzję pracownika o pozostaniu w niej. Kluczowy aspekt w rozważaniach będą stanowiły możliwe do wykreowania i wdrożenia działania przedsiębiorstwa ukierunkowane na stworzenie środowiska pracy skłaniającego pracowników do pozostania w organizacji w długim okresie (por. Chaminade, 2007 za: Tirno i Sharmin, 2019; Nazia i Begum, 2013; Bansal, 2014 oraz Ansari i Bijalwan, 2017).

W związku z powyższym, na potrzeby niniejszej pracy przyjęto definicję zatrzymania pracowników, jako działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo, ukierunkowanych na stworzenie i kształtowanie środowiska pracy angażującego pracowników do pozostania w organizacji w dłuższym okresie. Nawiązując do tematyki pracy, kluczowe będzie określenie możliwych do podejmowania przez szpitale publiczne działań dla stworzenia i modelowania środowiska pracy, stymulującego i podtrzymującego chęć lekarzy do dalszej pracy w szpitalu, przeciwdziałając ich chęci odejścia. Rozumiejąc dokładne znaczenie pojęcia przyjętego w niniejszej pracy doktorskiej, zdecydowanie warto podkreślić istotność zatrzymania pracowników w organizacji. Dodatkowo, należy także wskazać czynniki wynikające ze współczesnych zmian i pojawiających się trendów w zarządzaniu zasobami ludzkimi w kontekście przeciwdziałania odchodzeniu pracowników z przedsiębiorstwa.

## **1.2. Znaczenie zatrzymania pracowników i przyczyny odejść z organizacji**

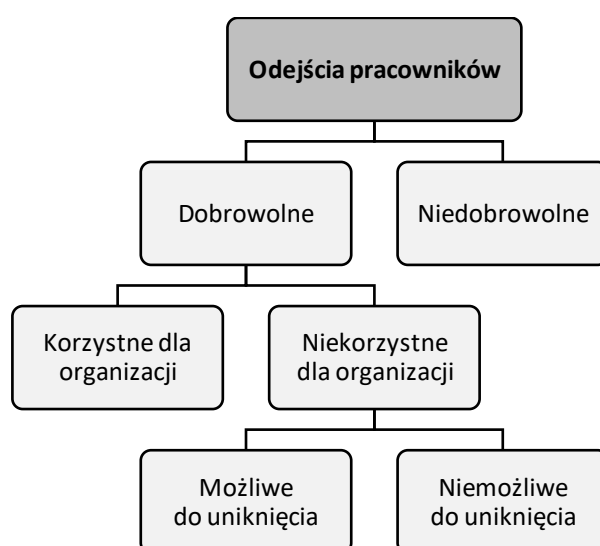
Jednym ze współcześnie występujących zjawisk, które zasadniczo wpłynęło na życie ludzi w wielu obszarach, takich jak stan zdrowia, edukacja czy praca zawodowa było pojawienie się wirusa SARS-CoV-2019 w grudniu 2019 roku w chińskim mieście Wuhan (Eftimov i in., 2020). Szybkie rozprzestrzenienie się zakażenia spowodowało wybuch globalnej pandemii COVID-19, która wymusiła poszukiwanie nowych rozwiązań i wprowadzenie radykalnych zmian w obliczu skutków ekonomicznych (Deloitte, 2021). Negatywne konsekwencje

zjawiska odnotowano we wszystkich sferach, włączając zdrowie, ekonomię, politykę, a także życie społeczne (Dobska, 2022). Przedsiębiorstwa na całym świecie znalazły się pod presją, żeby zareagować na nagły kryzys, którego dynamiczna i nieprzewidywalna natura utrudniała predykcję i długookresowe planowanie strategii (Deloitte, 2021). Działanie w warunkach niepewności narzuciło konieczność zmiany myślenia ze skupienia się na przetrwaniu na dążenie do rozkwitu poprzez uznanie, że zakłócenia nie występują epizodycznie, lecz mają charakter ciągły. Przy takim podejściu i rozumieniu możliwe jest przyjęcie postawy prospektywnej, w której zakłócenia mobilizują organizację do działania w celu osiągnięcia długotrwałego sukcesu (Deloitte, 2021). Obecnie przewagę konkurencyjną na rynku zdobywają przedsiębiorstwa, które są w stanie antycypować i reagować aktywnie na zmiany, ponieważ reaktywne podejście jest niewystarczające dla budowania długookresowej i strategicznej wartości (Gołembski i Wojtkowiak, 2016). Istnieje potrzeba zauważenia wyłaniającej się nowej perspektywy oraz adekwatnego dostosowania podejść i metod zarządzania z odpowiednim wyprzedzeniem. W celu adaptacji do zmieniających się warunków otoczenia jako następstwo wiedzy i procesu uczenia się, przedsiębiorstwa nieprzerwanie modyfikują swoje zachowania. Rezultatem wdrażanych i realizowanych działań jest zakres, w którym następuje dostosowanie do zmieniających się warunków otoczenia, w którym funkcjonuje przedsiębiorstwo (Urbanowska-Sojkin i Weinert, 2020).

W obszarze zarządzania zmiany obejmują różne priorytety i zachodzą w różnym tempie, jednak ich cechą wspólną jest fakt podlegania jednakowym trendom i wydarzeniom, niezależnie od tempa rozwoju i szerokości geograficznej (Lewicka, 2019). Zmiany wywoływane są poprzez działanie różnych sił, wynikające z potrzeby sprostania prawnym wytycznym, a także pojawienia się nowych algorytmów zachowań lub wiedzy merytorycznej (Głowacka, 2004). Globalizacja, zmiany na rynku pracy, rozwój technologii i ewolucja nauk o zarządzaniu przyczyniają się do złożonych i dynamicznych przekształceń politycznych, ekonomicznych i społecznych (Lewicka, 2019). Zmienność warunków gospodarowania oraz turbulentność otoczenia biznesowego generują pojawiające się wyzwania dla zarządzających związane z uwidocznieniem się nowych problemów, potrzeb i oczekiwań. Zmiany zachodzące w otoczeniu zmuszają organizacje do poszukiwania i przyswajania mechanizmów dostosowawczych (Gołembski i Wojtkowiak, 2016). Rosnące tempo zmian generuje konieczność rekonfiguracji kluczowych czynników sukcesu

(Pocztowski, 2009). Wykwalifikowane zasoby ludzkie stają się deficytowe, w związku z tym wymagana jest adaptacja przedsiębiorstw według zachodzących reorientacji i wzmocnienie znaczenia zarządzania zasobami ludzkimi, ponieważ tradycyjne podejście i reaktywność prawdopodobnie nie pozwoli sprostać przekształceniom występującym na rynku pracy (Górski i Ryłko, 2018).

Jednym z elementów analizy procesów wymiany lub cyrkulacji pracowników w wyniku zmian ról organizacyjnych i stanowisk pracy, a także przyjęć i odejść jest badanie przemieszczeń pracowniczych w obrębie przedsiębiorstwa oraz odejść pracowników (Pocztowski, 2018). Podział możliwych przyczyn odejść pracowników ukazano na rys. 4.



**Rysunek 4. Przyczyny odejść pracowników**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Cynk, 2016).

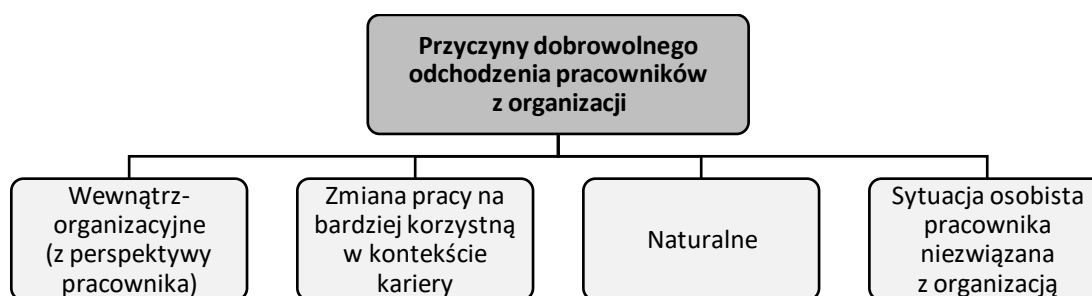
Odejścia w ogólnym ujęciu rozumiane są jako zwolnienia z przyczyn naturalnych lub wynikające z propozycji pracownika. Można je podzielić na dwie kategorie:

- trwałe (np. w przypadku emerytury),
- czasowe (np. urlop wychowawczy) (Pawlak, 2011).

Jednym z rodzajów odejść pracowników są dobrowolne odejścia, które są następstwem decyzji osób zatrudnionych. Często obejmują one pracowników, których utrata jest bardzo dotkliwa dla przedsiębiorstwa z uwagi na ich wysokie kompetencje, których budowanie jest czasochłonne i wymaga nakładów finansowych (Pocztowski, 2018). Dobrowolne odejścia pracowników należy postrzegać jako istotny problem w zarządzaniu organizacjami. Wykorzystując najlepsze praktyki zarządzania zasobami ludzkimi należy podejmować stałe,

a nie tylko dorywcze lub jednorazowe działania, aby to zjawisko odpowiednio kształtować (Pocztowski, 2018). Według raportu KPMG (2018)<sup>1</sup> problemy na rynku pracy związane z zatrzymaniem pracowników i niekontrolowanymi odejściami pracowników dotyczą aż 40% pracodawców.

Znaczenie zatrzymania pracowników skutkuje zainteresowaniem zrozumienia powodów odejść, co może przekładać się na skuteczniejsze działania podejmowane w celu zatrzymania pracowników. Dokonuje się analizy czynników wpływających pozytywnie i negatywnie na pracownika w przedsiębiorstwie. Celem działań jest poszukiwanie najlepszych metod zarządzania zasobami ludzkimi, które uwzględniają postrzeganie relacji pracownika z organizacją oraz możliwych ograniczeń przez pryzmat percepcji pracownika (Gojny-Zbierowska, 2016). Dokonując systematyzacji wskazanych w literaturze przyczyn opuszczania organizacji przez pracowników można wyróżnić cztery kategorie, ukazane na rys. 5.



**Rysunek 5. Przyczyny dobrowolnego odchodzenia pracowników z organizacji**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Taylor 2006, s. 33; Dolot 2019, s. 132).

W praktyce, decyzja o odejściu z przedsiębiorstwa najczęściej jest następstwem niezadowolenia pracownika z organizacji, wykonywanej pracy, złych stosunków, konfliktów lub niezrozumienia z kierownictwem czy współpracownikami. Taka sytuacja jest szczególnie charakterystyczna dla sektora usług. Dobrowolna rezygnacja z pracy występuje również w sytuacji, gdy pracownik decyduje się na zmianę pracy na taką, która w jego ocenie jest bardziej korzystna, przez doświadczanie większej satysfakcji (Taylor, 2006). W pierwszym podrozdziale wskazano, że satysfakcja z pracy jest kluczowym i niezbędnym warunkiem dla zatrzymania pracowników w przedsiębiorstwie (por. Deloitte, 2022). Odejście z pracy może być także związane z przyczynami naturalnymi, które wynikają

<sup>1</sup> Badanie przeprowadzono w 2018 roku w Polsce wśród 150 członków osób zajmujących się zarządzaniem kapitałem ludzkim lub kadry zarządzającej przedsiębiorstwami (KPMG, 2018).

z obiektywnych powodów i uniemożliwiają pracownikowi kontynuację zatrudnienia w konkretnej organizacji. Można do nich zaliczyć przejście na emeryturę, rentę, chorobę lub śmierć. Istnieją także przyczyny dotyczące sytuacji osobistej pracownika, np. związane z koniecznością opieki nad członkiem rodziny lub zmianą miejsca zamieszkania. W takich sytuacjach rezygnacja pracownika nie wynika z błędów popełnionych przez niego lub pracodawcę tylko sytuacji związanych z życiem osobistym lub zdarzeń losowych (Dolot, 2019).

Biorąc pod uwagę wskazane powyżej potencjalne powody dobrowolnego odchodzenia pracowników, można stwierdzić, że przyczyny wewnątrzorganizacyjne stanowią jeden z istotnych obszarów, na których warto się skupić poprzez podjęcie odpowiednich działań w organizacji. Kształtowanie środowiska pracy jest jednym z możliwych do wdrożenia przez organizację rozwiązań sprzyjających zatrzymaniu pracowników. Warto zwrócić uwagę na działania w kierunku eliminowania niezadowolenia pracowników i oddziaływanie na ich satysfakcję z pracy. Rozpatrując przyczyny naturalne, możliwe jest podejmowanie takich działań, które polegają na zachęcaniu starszych pracowników do kontynuowania zatrudnienia, jednocześnie racjonalnie uwzględniając możliwości i potrzeby pracowników w różnym wieku (Bugajska i Hildt-Ciupińska, 2012). Oznacza to, że należy poszukiwać rozwiązań związanych z rolą pracownika w miejscu pracy, z relacją między pracownikiem i pracodawcą, a także dotyczących sprzężenia między pracownikiem i przedsiębiorstwem (Górski i Ryłko, 2018).

Próba zidentyfikowania czynników warunkujących chęć odejścia pracowników jest krokiem poprzedzającym możliwe do podjęcia przez organizację działania zmierzające do ich zatrzymania. Czynniki wypychające (ang. *push factors*) sprawiają, że osoby szukają innej pracy (Reyes i in., 2019). Wśród powodów dla których pracownicy decydują się na opuszczenie aktualnego miejsca pracy można wskazać:

- lepsze potencjalne warunki pracy,
- większe bezpieczeństwo,
- wyższe wynagrodzenie,
- lepsze perspektywy rozwoju kariery (Armstrong i Taylor, 2016).

Powyższe czynniki mogą być rozpatrywane jako potencjalne przewidywania w nowej pracy. Wśród aspektów wskazujących na niezadowolenie w aktualnym miejscu świadczenia pracy wyróżniono:

- złe relacje z przełożonymi,
- złe relacje ze współpracownikami,
- znęcanie się lub molestowanie,
- powody osobiste – m.in. wskazania medyczne, zmiana miejsca zamieszkania,
- nieradzenie sobie z pracą (Armstrong i Taylor, 2016).

Raport przygotowany przez firmę Antal<sup>2</sup> (2016) zwraca uwagę na zjawisko *attrition*<sup>3</sup>, które jest definiowane jako odpływ pracowników z przedsiębiorstwa wynikający z ich indywidualnych decyzji, trudnych do przewidzenia i niemożliwych do kontrolowania z perspektywy organizacji. Odpływ pracowników stanowi istotny element zmniejszenia liczby pracowników na rynku pracy w wyniku rezygnacji z pracy, choroby, emigracji, przejścia na emeryturę lub śmierci (Sengupta i Gupta, 2012; Castro-Lopes i in., 2017). W zależności od wpływu na funkcjonowanie organizacji oraz grupy pracowników, których w największym stopniu dotyczy skala odchodzenia, wyszczególniono trzy kategorie odpływu pracowników ze wskazaniem odsetka przedsiębiorstw rozpatrujących je jako najtrudniejszą sytuację:

- utrata wysokich kwalifikacji (48%),
- szybka fluktuacja (33%),
- wolumenowa utrata pracowników (19%).

Wyniki badania wskazują, że najtrudniejszą sytuacją dla przedsiębiorstwa jest utrata wysokich kwalifikacji związana z odejściem najlepszych pracowników, którzy w znacznym stopniu wpływali na produktywność oraz kształtowanie kultury organizacyjnej. Poważnym wyzwaniem dla przedsiębiorstw jest rywalizacja o wartościowych pracowników, co skutkuje umacnianiem się rynku kandydata (Antal, 2016). Organizacja powinna ustalić, na których pracowników warto zwrócić szczególną uwagę, a następnie określić, jakie czynniki mają znaczący wpływ na fluktuację oraz spróbować wdrożyć praktyki zarządzania, które pozwolą zatrzymać pracowników w organizacji (Taylor, 2006). Zatrzymanie najlepszych pracowników jest kluczową rolą zarządzania zasobami ludzkimi, szczególnie w przypadku głębokiego niedoboru konkretnych grup pracowników (Augenza i Som, 2018).

---

<sup>2</sup> W badaniu wzięto pod uwagę 214 firm, zatrudniających łącznie 80 000 pracowników.

<sup>3</sup> W dalszej części pracy zjawisko *attrition* będzie określane mianem odpływu pracowników.

Szybka fluktuacja definiowana jest jako opuszczanie przedsiębiorstwa przez pracowników przed upływem 12 miesięcy od momentu dołączenia. Pracownicy nie byli w stanie osiągnąć pełnej aktywności zawodowej oraz poprzez świadczoną przez nich pracę nie zwróciły się wygenerowane koszty ich pozyskania i wdrożenia (Antal, 2016). Skuteczne zarządzanie fluktuacją pracowników powinno być skoncentrowane na zatrzymaniu pracowników, którzy odgrywają istotną rolę w organizacji i ich odejście byłoby szczególnie kłopotliwe. Niektórzy pracownicy stanowią cenniejszy zasób dla organizacji, niż pozostali, a wynika to z trzech zasadniczych kwestii:

- po pierwsze, niedobór wykwalifikowanych pracowników jest zróżnicowany w zależności od rynku, dlatego ich zastępowanie jest trudniejsze i generuje konsekwencje finansowe,
- po drugie, odejście pracowników należących do niektórych grup zawodowych jest szczególnie dotkliwe w momencie, gdy relacje pracowników z klientami są znaczące dla reputacji organizacji na rynku,
- po trzecie, pracownicy niektórych grup zawodowych osiągają pełną efektywność zawodową w dłuższym czasie (Taylor, 2006).

Wolumenowa utrata pracowników występuje w momencie, gdy wysoki odsetek pracowników decyduje się na opuszczenie przedsiębiorstwa. Dla pracodawcy stanowi to kłopot ze względu na zachwianie ciągłości realizowanych procesów, kultury organizacyjnej oraz konieczności ponoszenia kosztu generowanego powtarzającymi się procesami rekrutacyjnymi (Antal, 2016). Istotnym aspektem zatrzymania pracowników jest rekrutacja wewnętrzna. W takim przypadku organizacja koncentruje się na wewnętrznym rynku pracy, czyli osobach już zatrudnionych. W zakresie rekrutacji wewnętrznej wykonuje się przemieszczenia horyzontalne i wertykalne pracowników w celu zatrzymania ich w przedsiębiorstwie (Król, 2012).

Zjawisko odchodzenia części pracowników na podstawie ich decyzji lub z inicjatywy pracodawcy występuje we wszystkich organizacjach, nawet postrzeganych jako najlepsze (Sidor-Rządkowska, 2003). Naukowcy i liderzy biznesu zazwyczaj koncentrują się na określeniu różnic między osobami, które zostają w przedsiębiorstwie, a tymi które odchodzą. Na tej podstawie próbują określić przyczyny dobrowolnych odejść i rozważyć działania zapobiegające odejściu pracowników (Lee i in., 2018). Zrozumienie powodów pozostawania pracowników w organizacji jest kluczowe, natomiast jak piszą Griffeth i Hom

(2001, za: Hausknecht i in., 2009) również istotne jest zbadanie, w jaki sposób czynniki wpływające na zatrzymanie pracowników różnią się w przypadku pracowników na różnych szczeblach organizacji. Podobne stanowisko prezentuje Taylor i Armstrong (2016), zwracając uwagę na to, że strategie zatrzymania pracowników powinny opierać się na rozpoznaniu czynników, które mają istotny wpływ na to, że pracownicy zostają lub odchodzą. Pożądane jest ograniczanie częstotliwości odejść pracowników kluczowych dla działalności firmy, ponieważ zastępowanie odchodzących pracowników jest kosztowne dla organizacji i dezorganizujące dla świadczenia usług (Samuel i Chipunza, 2009). Globalna debata na temat międzynarodowej migracji pracowników ochrony zdrowia wzmogła pogłębioną analizę powodów, dla których pracownicy zostają lub odchodzą. Powiązane badania wykazały, że środowisko pracy jest istotnym czynnikiem wpływającym na pozyskanie i zatrzymanie pracowników ochrony zdrowia (Wiskow i in., 2010).

W oparciu o dane z przytoczonego wcześniej raportu KPMG (2018), co piąta firma wykazuje trudności w zatrzymaniu specjalistów w branżach usług finansowych i bankowych, nowoczesnych technologii, produkcji przemysłowej, farmacji, jak również ochrony zdrowia. Zarówno w Polsce, jak i na świecie trwający proces rosnącej mobilności na rynku pracy, wzmocniony co najmniej od początku 2022 roku zjawiskiem masowej rezygnacji z pracy (ang. *great resignation*) jest znaczącym trendem, który należy brać pod uwagę w kontekście znalezienia możliwych do wdrożenia rozwiązań pozwalających na zatrzymanie osób realizujących zadania zawodowe (Deloitte, 2022). Wspomniane zjawiska dotyczyły również pracowników medycznych, którzy przez zaostrzone warunki pracy związane z działaniami w zakresie zwalczania COVID-19, wzmocnione przez przeciążenie pracą, brak równowagi między życiem osobistym i zawodowym oraz postrzegany brak wsparcia organizacyjnego decydowali się odejść (Linzer i in., 2022).

Według Taylora (2006) w różnych grupach zawodowych wśród pracowników dominują określone wzorce związane z planowaniem kariery oraz podobne przyczyny rezygnacji z pracy. Opierając się na tym założeniu, działania podejmowane przez przedsiębiorstwo w celu rozwiązywania problemów związanych z fluktuacją pracowników powinny być dostosowane do potrzeb grupy i realizowane w strategii długoterminowej. Zdaniem Antczaka (2010) kryteriami wykorzystywanymi do analizy odejść pracowników z organizacji jest liczba odchodzących, przyczyna oraz forma odejścia. Specjaliści HR za pomocą badań ankietowych (ang. *exit interviews*) identyfikują cechy organizacyjne, które

spowodowały odejście poszczególnych osób z organizacji. Głównym celem tych badań jest uzyskanie informacji na temat doświadczenia związanego z pracą w organizacji i zidentyfikowanie czynników wspierających zatrzymanie pracowników (Wilkinson, 1992). Pocztowski (2018) podkreśla, że ustalanie przyczyn odejść pracowników powinno obejmować także badania opinii pracowników dotyczących monitorowania postaw pracowniczych, zachowań absencyjnych, zaangażowania organizacyjnego, czy satysfakcji z pracy. Hom, Mitchell, Lee i Griffeth (2012) proponują uwzględnienie pełnego spektrum powodów, dla których pracownicy zostają i odchodzą z organizacji. Zdaniem George'a (2015) nawet ważniejsze jest zidentyfikowanie cech, które determinują, że osoby zatrudnione decydują się pozostać w organizacji.

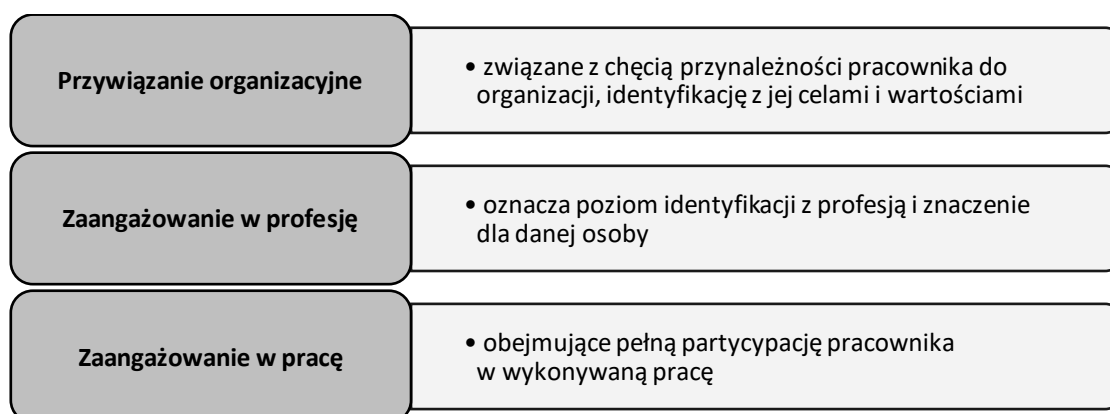
Strategia zatrzymania pracowników obejmuje kwestie, które musi wziąć pod uwagę organizacja oraz wyznacza sposoby rozwiązania występujących problemów (Armstrong i Taylor, 2016). Kluczowe jest ustalenie czynników, które powiązane są z zatrzymaniem pracowników w różnych organizacjach (Zahid i in., 2020). Strategie zatrzymania pracowników wynikają z analizy problemów występujących w organizacji oraz określenia sposobów ich rozwiązania. Finalnie, powinny wynikać ze zrozumienia czynników, które determinują to, czy pracownicy zostają lub odchodzą (Armstrong i Taylor, 2016). W związku z tym, przedmiotem rozważań w kolejnym podrozdziale będą czynniki wpływające na chęć pozostania pracowników w organizacji. Główne czynniki wypychające, czyli zachęcające do odejścia są związane ze środowiskiem pracy, obejmując złe warunki pracy, niebezpieczne miejsce pracy, niskie płace, ograniczone możliwości kształcenia i rozwoju zawodowego, a także brak zasobów do efektywnej pracy (Wiskow i in, 2010). Czynniki wypychające sprawiają, że pracownicy poszukują innej pracy, podobnie jak niezadowolenie ze środowiska pracy (Reyes i in., 2019). Pracownicy mają skłonność przenosić się tam, gdzie mogą znaleźć czynniki przyciągające, odzwierciedlające przeciwne czynniki wypychające (Wiskow i in, 2010).

Obecnie zatrzymanie pracowników jest globalnym wyzwaniem, z którym mierzy się większość organizacji. Do 2030 roku prognozowany jest niedobór 18 milionów miejsc pracy w sektorze ochrony zdrowia głównie w krajach o niskim i średnim dochodzie, do których także zaliczana jest Polska (Scheffler i in., 2018). Proces zmian obecny w systemie ochrony zdrowia determinuje konieczność diagnozowania, interpretowania i zarządzania trendami i pojawiającymi się symptomami nadchodzących przekształceń (Głowacka, 2004).

Przemiany obserwowane w wielu wymiarach wymagają również transformacji w ochronie zdrowia uwzględniając kontekst organizacyjny (Głowacka i Mojs, 2008). Problem niewystarczającej liczby pracowników wynika z sytuacji kadrowej w przedsiębiorstwach (Engetou, 2017). Postępujący rozwój rynku pracownika generuje konieczność kreowania odpowiadających pracownikom warunków pracy. Niewystarczające okazuje się skuteczne pozyskanie pracownika, ponieważ obecnie w przedsiębiorstwach współpracują osoby z różnych pokoleń, posiadające nie tylko kompetencje, ale także określone wartości i oczekiwania względem wykonywanej pracy i pracodawcy (Górski i Ryłko, 2018). Problemy związane z zatrzymaniem pracowników są tym bardziej dostrzegane w sektorze publicznym, którego elementem jest publiczna ochrona zdrowia (Bao i Zhong, 2019).

### 1.3. Czynniki oddziałujące na zatrzymanie pracowników w organizacji

Organizacja może zatrzymać dobrych pracowników dzięki długoterminowej i holistycznej strategii zatrzymania pracowników obejmującej niezbędne programy (Abbasi i Hollman, 2000). Działania ukierunkowane na zatrzymanie pracowników powinny skupiać się na obszarach, w których może pojawić się niezadowolenie lub brak zaangażowania pracowników (Armstrong i Taylor, 2016). Pracownicy z ciągłym zaangażowaniem rozumieją potrzebę zachowania obecnej pracy i koszty ewentualnego odejścia, dlatego zaangażowanie przyczynia się zmniejszenia rotacji (Indradevi i Veronica, 2018). Rozpatrując powiązanie pracowników z pracą można wyróżnić trzy konstrukty omówione na rys. 6.



**Rysunek 6. Konstrukty wiążące pracownika z pracą**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Lewicka, 2019).

W złożonym środowisku pracy zaangażowanie pracownika powiązane jest z czterema elementami: organizacją, pracą, wykonywanym zawodem oraz współpracownikami. Na tej podstawie wyszczególniono cztery powiązane ze sobą typy zaangażowania, które tworzą zaangażowanie zintegrowane (Kmiotek, 2016). Szczegółowy model z opisem poszczególnych typów zaangażowania ujęto w tab. 2.

**Tabela 2. Model zaangażowania zintegrowanego pracowników**

| Rodzaj zaangażowania          | Charakter   | Wyjaśnienie                                                                   |
|-------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Zaangażowanie organizacyjne   | emocjonalny | pozytywne uczucia pracownika wobec organizacji w której jest zatrudniony      |
|                               | trwania     | możliwości oraz spodziewane koszty w przypadku rezygnacji z pracy             |
|                               | normatywny  | poczucie obowiązku wobec organizacji                                          |
| Zaangażowanie w pracę         | emocjonalny | pozytywne emocje wzbudzone w wyniku wykonywania danej pracy                   |
|                               | trwania     | możliwości oraz spodziewane kosztów w przypadku rezygnacji z pracy            |
|                               | normatywny  | poczucie obowiązku i konieczności dalszego wykonywania pracy                  |
| Zaangażowanie profesjonalne   | emocjonalny | pozytywne emocje wobec wykonywanego zawodu                                    |
|                               | trwania     | możliwości oraz spodziewane koszty związane z rezygnacją z wykonywania zawodu |
|                               | normatywny  | poczucie obowiązku i konieczności dalszego wykonywania pracy                  |
| Zaangażowanie interpersonalne | emocjonalny | odzwierciedlenie pozytywnych emocji wobec współpracowników                    |
|                               | trwania     | możliwości oraz możliwe straty związane z odejściem z zespołu                 |
|                               | normatywny  | poczucie obowiązku wobec najbliższych współpracowników                        |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kmiotek, 2016, s. 99).

Rozważając zaangażowanie pracowników w kontekście ich pozostawania w organizacji, warto szerzej omówić koncepcję zaangażowania organizacyjnego (ang. *organizational commitment*), która oznacza chęć przynależności do organizacji, identyfikację z jej celami i wartościami (Lewicka, 2019). Ta koncepcja odnoszona jest do zakresu, w jakim pracownik identyfikuje się i jest związany z organizacją oraz nie ma skłonności jej opuścić (Jachnis, 2008). Zaangażowanie bierne (ang. *commitment*) rozumiane jest jako przywiązanie do organizacji i trwanie w niej. Obejmuje ono trzy elementy:

- akceptację i wiarę w wartości i cele organizacji,
- pragnienie bycia członkiem organizacji,
- chęć ponoszenia wysiłku na rzecz organizacji (Borkowska, 2014).

Model opracowany przez autorów Meyer i Allen (1991) przedstawia trójskładnikowy układ zaangażowania organizacyjnego, wyróżniając następujące elementy:

- pragnienie (ang. *affective commitment*) – inaczej określane jako przywiązanie emocjonalne, związane z identyfikacją z celami i wartościami organizacji,
- potrzeba (ang. *continuance commitment*) – występuje w sytuacji, gdy rezygnacja z pracy jest zbyt nieopłacalna,
- zobowiązanie (ang. *normative commitment*) – poczucie moralnego obowiązku kontynuowania zatrudnienia i pozostania w organizacji.

Na podstawie powyższej typologii zaangażowania organizacyjnego można dostrzec, że potrzeba (ang. *continuance commitment*) zbliżona jest do koncepcji osadzenia w miejscu pracy, w której potencjalny koszt opuszczenia pracy sprawia, że pracownik pozostaje na swoim stanowisku. Podsumowując, można stwierdzić, że zaangażowanie organizacyjne pracowników jest istotnym elementem w kontekście zatrzymania pracowników w organizacji.

Już w latach 90. Fitz-enz (1990 za: Banerjee, 2019) zauważył, że zatrzymanie pracowników jest determinowane przez zespół czynników, a nie jednostkowo. Badania przeprowadzone w obszarze nauk o zarządzaniu wskazują na identyfikację czynników wiążących pracownika z organizacją i skłaniających go do większego wysiłku, a także chęci pozostania w organizacji (Vance, 2006). Według Baumruka (2006) zaangażowani pracownicy dobrze mówią o organizacji, dobrze pracują i pozostają. Opisane działania zostały określone w modelu 3S (ang. *say, strive, stay* - mówić, starać się, zostać). Takie zachowania mogą znacznie udoskonalić funkcjonowanie przedsiębiorstwa, ponieważ zaangażowani pracownicy bronią organizacji w dyskusjach ze współpracownikami, są gotowi poświęcić swój czas, żeby przyczynić się do sukcesu przedsiębiorstwa i chcą pozostać w organizacji mimo możliwości podjęcia pracy w innym miejscu (Skowron-Mielnik, 2014).

Stanowi to całkowicie odmienne podejście od wcześniejszego, w którym zarządzanie personelem było podejściem zakładającym sprzeczne interesy pracownika i pracodawcy, nastawionym na kontrolę i rozwiązywanie problemów w ramach rutynowych procedur. Obecnie, znaczenia nabierają postawy i zachowania pracownika, ponieważ od jego wyborów wynika wielkość włożonego wysiłku w pracę, chęć poprawiania wyników i poszukiwania usprawnień (Lewicka, 2019). Dotychczasowe badania dotyczące zatrzymania pracowników wykazały, że na chęć pozostawania pracowników w organizacji i chęć do kontynuowania pracy wpływają następujące czynniki: środowisko pracy,

zaangażowanie organizacyjne, wyniki pracy, nagrody i uznanie, wsparcie przełożonego oraz wynagrodzenie (Zahid i in., 2020). Innymi działaniami, których celem jest zachęcenie pracowników do pozostania w organizacji są szkolenia pracowników, kierunkowanie ścieżek kariery, a także kształtowanie systemów wynagrodzeń (Król, 2012). Na zatrzymanie pracowników pozytywnie może oddziaływać ich identyfikacja z organizacją oraz wykonywanym zawodem. Dodatkowo, osoby, które pracują w dziedzinie specjalizacji wymagającej zaawansowanego wykształcenia lub szkolenia mogą mieć wyższy poziom identyfikacji z wykonywanym zawodem, niż organizacją (George, 2015).

Pojęcie doświadczenia pracownika staje się kluczowe przy przeprojektowywaniu praktyk i środowiska pracy w celu dostosowania ich do potrzeb i preferencji pracowników. Warto zwrócić uwagę, że doświadczenie pracownika dotyczy pracy, a nie biura (Yadav i Vihari, 2021). Podejście oparte na badaniu doświadczenia pracownika jako klienta wewnętrznego obejmuje analizę wymiarów wpływających na atrakcyjność pracodawcy. Wspomniane wymiary obejmują otoczenie biznesowe, finansowe, jak również pozafinansowe aspekty motywacji, dopasowanie umiejętności i potrzeb pracownika do zespołu i przełożonego, możliwość rozwoju pracownika oraz środowisko pracy. Oznacza to, że środowisko pracy w znaczącym stopniu wpływa na doświadczenie pracownika i jego chęć do pozostania w miejscu pracy (KPMG, 2018).

## Podsumowanie

W rozdziale dzięki zastosowaniu metody SALSA wzbogaconej metodą kuli śnieżnej, wskazano zakres definiowania pojęcia retencji w dwóch wymiarach. Pierwszy z nich dotyczy pozostawiania pracowników w przedsiębiorstwie i zapobiegania ich odejściu. Drugim wymiarem są działania ukierunkowane na zatrzymanie pracowników podejmowane przez przedsiębiorstwo. Po przeprowadzeniu badań literaturowych, w pracy przyjęto pojęcie zatrzymania pracowników, stosowane zamiennie z pozostawianiem pracowników w organizacji.

Biorąc pod uwagę prognozowany globalny niedobór pracowników w sektorze ochrony zdrowia, który będzie omawiany w dalszej części pracy, należy poświęcić szczególną uwagę działaniom ukierunkowanym na zatrzymanie pracowników. Rozpatrując przyczyny odejść pracowników z organizacji można zauważyć dobrowolne i niedobrowolne odejścia. Wśród dobrowolnych odejść niektóre są niekorzystne dla organizacji, ale część z nich jest możliwa do uniknięcia z uwagi, że pewne z nich mogą wynikać z przyczyn wewnątrzorganizacyjnych.

Jednym z kluczowych elementów otoczenia przedsiębiorstwa jest rynek pracy, a dynamicznie zachodzące na nim zmiany powodują narastającą trudność w pozyskaniu i zatrzymaniu pracowników (Górski i Ryłko, 2018). Współczesne kierunki badań w naukach o zarządzaniu i jakości koncentrują się na perspektywie pracownika, biorąc pod uwagę wiedzę na temat zachowań organizacyjnych (Gojny-Zbierowska, 2016). Aby wdrożyć strategię zatrzymania pracowników należy ustalić czynniki wspierające chęć pracowników do kontynuowania pracy. Warto skupić się na obszarach niezadowolenia lub braku zaangażowania pracowników, w tym biorąc pod uwagę środowisko pracy.

Zatrzymanie pracowników jest jednym z głównych celów zarządzania zasobami ludzkimi i staje się coraz trudniejsze w związku z uwarunkowaniami rynku pracy (Paull i in., 2008). Dłuższe pozostanie pracowników w organizacji jest krytycznym elementem przewagi konkurencyjnej przez wzmocnienie produktywności i wyników firmy. Dodatkowo, generuje spadek kosztów i oszczędność czasu związaną z zatrudnieniem, wdrożeniem do pracy i szkoleniem nowych pracowników (Anis i in., 2010). Środowisko pracy, stanowiące jeden z kluczowych czynników wpływających na pozostawanie pracowników w organizacji będzie stanowiło przedmiot szczegółowych rozważań w kolejnym rozdziale.

## **2. Środowisko pracy w ochronie zdrowia w Polsce**

Jedną z głównych działalności człowieka jest praca ukierunkowana na zaspokojenie potrzeb materialnych, społecznych i psychicznych (Chodkowski, 2019). Funkcjonowanie człowieka w miejscu zatrudnienia stanowi kontekst, który należy brać pod uwagę przy analizowaniu zagadnień dotyczących wykonywania aktywności zawodowej, uwzględniając relacje międzyludzkie i organizację pracy. Środowisko pracy stanowi nieodłączną część działania zawodowego pracowników (Jakimiuk, 2016). Odgrywa ono istotną rolę w zwiększeniu skuteczności i motywacji do podejmowania aktywności, a także w zapewnieniu dostępności pracowników ochrony zdrowia (Wiskow i in., 2010). Dodatkowo, odpowiednie środowisko pracy jest istotne w zatrzymaniu pracowników, ponieważ zwiększa zdolność do realizacji zadań zawodowych i zaangażowanie w sprawy organizacji (Anis i in., 2010). W związku z powyższym, zapewnienie właściwej jakości środowiska pracy jest kluczowe w przeciwdziałaniu odejściom pracowników, tym bardziej, że rekrutacja i zatrzymanie pracowników to niezmiennie priorytety w sektorze ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Wykazano, że środowisko pracy stanowi istotny czynnik w tym procesie (Wiskow i in., 2010).

W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu zakresu literatury polskojęzycznej i anglojęzycznej w celu ustalenia pojęcia środowiska pracy. Następnie, wskazano subśrodowiska pracy uwzględniając podział na techniczne, ludzi oraz organizacyjne. W dalszych rozważaniach opisano współczesną koncepcję zmieniającego się środowiska pracy, uwzględniając wzory, wynikające z przeobrażeń w obszarach społeczno-ekonomicznym i technologicznym, prowadzące do przekształcającej się struktury, treści i procesu pracy. Dalej, autorka scharakteryzowała różne typologie podziału środowiska pracy, a następnie szanse i zagrożenia stwarzane przez to środowisko w kontekście zatrzymania pracowników. Na końcu rozdziału autorka opisuje również sposoby kształtowania środowiska pracy.

Ramy teoretyczne opisujące środowisko pracy stanowią niezbędne podłoże do części empirycznej rozprawy doktorskiej. Określenie czynników środowiska pracy umożliwi przeprowadzenie badań, które pozwolą poznać percepcję pracowników na temat cech otoczenia, w którym wykonują zadania zawodowe i w konsekwencji wskazać elementy środowiska pracy, które ułatwią organizacjom zatrzymanie pracowników.

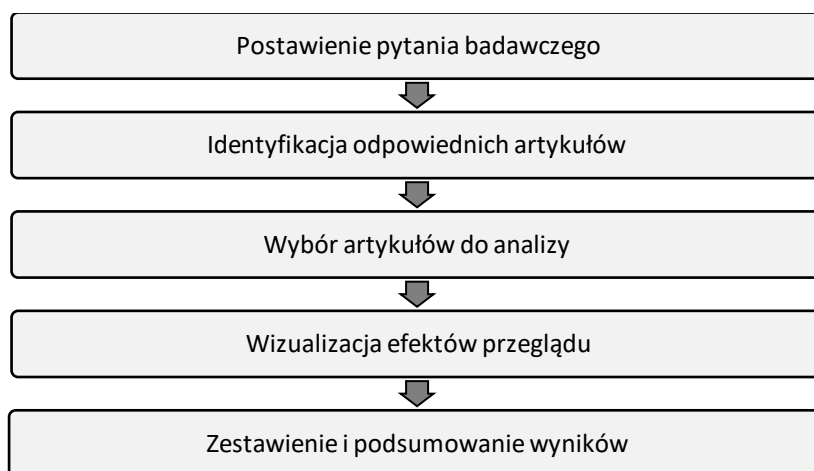
## 2.1. Koncepcja środowiska pracy – przegląd literatury

Podejmując temat rozprawy doktorskiej dotyczący zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce z perspektywy czynników środowiska pracy, warto przypomnieć, że w poprzednich rozważaniach ustalono pojęcie zatrzymania pracowników, rozumiane jako działania organizacji ukierunkowane na pozostanie pracowników i zapobieganie ich odchodzeniu. W bieżącym podrozdziale rozważana jest koncepcja środowiska pracy. W pierwszej kolejności skoncentrowano uwagę na zweryfikowaniu zagadnienia środowiska pracy jako przedmiotu zainteresowania badaczy w świetle dostępnej literatury naukowej. W toku przeprowadzenia przeglądu literatury wyjaśniono pojęcie środowiska pracy z perspektywy różnych ujęć.

Grant i Booth (2009) zidentyfikowali 14 typów przeglądów literatury naukowej, a jedną ze wskazanych metod, która została przyjęta w niniejszym podrozdziale dysertacji jest badanie zakresu literatury (ang. *scoping research*). Jest ono najczęściej stosowane do sprawdzenia istniejącej literatury w danej dziedzinie pod względem objętości i charakteru (Peters i in., 2015). Współcześnie dostępna jest tak duża liczba istniejących i osiągalnych do wykorzystania źródeł, że niemożliwe jest zapoznanie się ze wszystkimi publikacjami osobno (Mazur i Orłowska, 2018). Celem badania zakresu literatury na poziomie ogólnym jest szybkie określenie kluczowych koncepcji stanowiących podłoże obszaru badań oraz głównych źródeł i typów dostępnych dowodów empirycznych (Arksey i O'Malley, 2005). Badanie zakresu literatury pozwala określić nie tylko zakres dostępnej literatury, ale także zidentyfikować luki w wiedzy oraz dokonać weryfikacji przedmiotu i sposobu prowadzenia badań. Przeprowadzenie przeglądu zakresu literatury jest szczególnie uzasadnione w następujących przypadkach:

- wyjaśnienie kluczowych definicji i pojęć,
- identyfikacja wiodących cech czynników związanych z daną koncepcją,
- zbadanie sposobu prowadzenia badań na dany temat w określonej dziedzinie,
- identyfikacja rodzajów dostępnych dowodów,
- diagnoza i analiza luk wiedzy (Munn i in., 2018),
- określenie wartości pełnego przeglądu systematycznego,
- podsumowanie dostępnych wyników badań (Arksey i O'Malley, 2005).

Do przeprowadzonego badania literatury zaaplikowano model Arksey'a i O'Malley'a (2005), składający się pięciu powiązanych etapów. Na rys. 7 wyeksponowano wspomniane kolejne kroki, które zaimplementowano do postępowania badawczego i w dalszych rozważaniach szczegółowo opisano.



**Rysunek 7. Etapy przeglądu zakresu literatury według modelu Arksey'a i O'Malley'a**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Arksey i O'Malley, 2005, s. 8-9).

W pierwszym kroku rozpoczęto od postawienia pytania badawczego. W ten sposób określono zakres eksploracji i strategię wyszukiwania (Mazur i Orłowska, 2018). Pytanie badawcze brzmi następująco: *Jak w literaturze definiowane jest środowisko pracy oraz jakie czynniki środowiska pracy lekarzy zostały zidentyfikowane?* Uwzględniając, że zakres podmiotowy niniejszej pracy doktorskiej odnosi się do lekarzy wykonujących pracę w szpitalach publicznych, zdecydowano się na szersze wyszukiwanie, obejmujące ochronę zdrowia ze względu na możliwość powiązania czynników dotyczących innych zawodów, medycznych, m.in. pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, a także podmiotów leczniczych odrębnych niż szpitale publiczne na zasadzie podobieństwa i odwzorowania. Szerszy zakres wyszukiwania może istotnie wesprzeć proces poszukiwania i zwiększyć wiarygodność wyników przez brak pominięcia istotnych materiałów. Wiąże się to jednak z niebezpieczeństwem, że bardziej rozległy zakres wpłynie na wygenerowanie zbyt dużej do przetworzenia puli wyników, dlatego kluczowe jest stałe dostosowanie przyjętego podejścia w procesie wyszukiwania (Arksey i O'Malley, 2005). Autorka na bieżąco koordynowała podejmowane działania w zakresie kryteriów wyszukiwania w celu ich elastycznego dopasowania do osiągnięcia najlepszych wyników.

Wyznaczono główne założenia stanowiące nadrzędną wskazówkę do realizacji strategii wyszukiwania. Przyjęte kryteria<sup>4</sup> do przeprowadzanego przeglądu dostępnej literatury są następujące:

- publikacja<sup>5</sup> dotyczy definicji środowiska pracy,
- publikacja porusza tematykę środowiska pracy w szpitalach lub w ochronie zdrowia,
- w publikacji wskazane i opisane są czynniki środowiska pracy.

W kroku drugim przyjętego podejścia, wykorzystano różne źródła, próbując zidentyfikować artykuły stanowiące podstawę do odpowiedzi na postawione pytanie badawcze. Wyszukiwanie przeprowadzono w dwóch elektronicznych bazach danych, *Web of Science Core Collection* oraz *Scopus*, których zasadność wykorzystania szerzej omówiono w rozdziale pierwszym. Do przeglądu zakresu literatury dodano opisaną również w rozdziale pierwszym metodę kuli śnieżnej, dołączając materiały pozyskane na podstawie bibliografii znalezionych prac. Dodatkowo, uwzględniono informacje znajdujące się na portalach specjalistycznych publikujących wyniki przeprowadzonych badań, strony internetowe wybranych organizacji, ręczne wyszukiwanie według haseł w *Google Scholar* i dostępne książki poruszające zgłębiane zagadnienie.

Proces poszukiwania adekwatnych wyników jest iteracyjny w celu zgromadzenia najbardziej adekwatnych rezultatów (Arksey i O'Malley, 2005) i dostosowywany na bieżąco w trakcie postępowania badawczego. Biorąc pod uwagę powyższe wytyczne, wyznaczono dwa wiodące cele dla przeprowadzanego przeglądu zakresu literatury, którymi są:

- przyjęcie definicji środowiska pracy,
- określenie kluczowych elementów środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych, które będą wykorzystane w badaniach empirycznych.

W zakresie językowym wyszukiwano artykuły polskojęzyczne i anglojęzyczne. Materiały w innych językach zostały wykluczone ze względu na potencjalne koszty i czas związane z tłumaczeniem (Arksey i O'Malley, 2005; Booth i in., 2016). W zakresie czasowym nie wskazano ram<sup>6</sup> ze względu na możliwość wyłonienia opisanych wcześniej czynników

---

<sup>4</sup> Przyjęte kryteria rozpatrywane są rozłącznie.

<sup>5</sup> Przez publikację autorka rozumie wyszukiwane materiały naukowe, w szczególności artykuły, książki, a także aktualne raporty publikowane przez portale specjalistyczne.

<sup>6</sup> Ramy czasowe zostały ograniczone przez sposób i źródło szukania informacji.

i określenia ich znaczenia w kontekście współczesnych zmian politycznych, ekonomicznych i społecznych.

Krok trzeci polega na wyborze artykułów i badań właściwych dla postawionego pytania badawczego i przyjętych celów zidentyfikowanych dla przeprowadzanego przeglądu. Autorka wyszukiwała artykuły w bazach danych stale modyfikując słowa kluczowe w celu najlepszego dostosowania uzyskanych rezultatów. Wstępna faza wyszukiwania doprowadziła do znalezienia znacznej liczby publikacji, w tym wielu nieistotnych z punktu widzenia celów przyjętych dla bieżącego przeglądu. Zostały one odrzucone. Na drodze selekcji abstraktów wybrano artykuły, które zdaniem autorki w najlepszym stopniu odzwierciedlały treść wobec postawionego pytania badawczego i celów wyznaczonych dla prowadzonych czynności. Następnie autorka zapoznawała się z pełną treścią danego artykułu i wykorzystała zawarte w nim informacje lub finalnie odrzuciła go ze względu na brak poszukiwanych treści.

Przechodząc do następnych etapów, w kroku czwartym skupiono uwagę na zaprezentowaniu rezultatu przeprowadzonego przeglądu literatury. W ostatnim, piątym kroku zestawiono i podsumowano omówione treści. W ten sposób oba etapy powiązano i opisano w dalszych rozważaniach. Podsumowując, przeprowadzono działania w celu zdefiniowania, opisanie i zmierzenia różnych aspektów środowiska pracy.

Na początku rozważań warto zauważyć, że środowisko w ogólnym ujęciu to całokształt czynników występujących na zewnątrz danego organizmu i oddziałujących na niego z różną siłą, charakterem i czasem (Chodkowski, 2019). Według *Słownika Języka Polskiego* (2024) słowo *środowisko* występuje w trzech znaczeniach, jako:

- ogół elementów otoczenia,
- grupa ludzi pracujących lub żyjących w podobnych warunkach,
- zespół czynników chemicznych, biologicznych lub fizycznych umożliwiający zachodzenie pewnych reakcji.

Środowisko pracy (ang. *working environment*, *work environment*, *workplace environment*) określane jest jako kombinacja cech pracy definiujących otoczenie, w którym działają pracownicy (OECD, 2017). Obok środowiska naturalnego, mieszkaniowego i szkolnego jest ono jednym ze środowisk życia człowieka, które absorbuje najwięcej czasu i indywidualnej siły (Górska i Lewandowski, 2010). Omawiane pojęcie określane jest również warunkami lub środowiskiem, w którym pracownicy muszą

pracować (UKEssays, 2018). Środowisko pracy dotyczy całokształtu warunków, w których odbywa się proces pracy (Korpus, 2008 za: Jakimiuk, 2016). Podobnie, według innego opracowania, środowisko pracy to warunki, z którymi spotykają się pracownicy podczas wykonywania pracy (Marinda i in., 2020). Ain (2020) definiuje środowisko pracy, jako aktualne warunki panujące w otoczeniu miejsca pracy. Środowisko pracy stanowi układ warunków i złożoną strukturę z wielu czynników (Gembalska-Kwiecień, 2003; Chodkowski, 2019). Uwzględniając powyższe wyjaśnienia, można przyjąć, że środowisko pracy to warunki występujące w miejscu pracy, z którymi pracownicy mają styczność podczas realizacji zadań zawodowych.

Przyjmując definicję, że wydajność pracy to całkowita ilość pracy wykonanej przez jednego pracownika w ciągu jednego dnia, ponad 80% problemów związanych z wydajnością pracy jest uwarunkowanych środowiskiem pracy (Ain, 2020). Opierając się na literaturze dotyczącej systemów pracy o wysokiej wydajności, środowisko pracy może być definiowane jako zbiór praktyk ukierunkowanych na promowanie szerszego zaangażowania i przywiązania (ang. *organizational commitment*) pracowników do organizacji (Weinberg i in., 2012). O przywiązaniu, inaczej nazwanym zaangażowaniem organizacyjnym, rozumianym jako identyfikacja z organizacją i chęć pozostania w niej, wspomniano więcej w rozdziale pierwszym.

W innym ujęciu, środowisko pracy obejmuje praktyki menedżerskie koncentrujące się na rekrutacji, rozwijaniu umiejętności i zatrzymywaniu pracowników (Weinberg i in., 2012). Biorąc pod uwagę powyższe rozważania można dostrzec, że część autorów w ramach środowiska pracy uwzględnia nie tylko warunki w miejscu świadczenia pracy, ale łączy je z praktykami związanymi z zarządzaniem zasobami ludzkimi poprzez realizację etapów procesu kadrowego i oddziaływaniem na pracowników.

Środowisko pracy jest elementem organizacyjnym, który ma silny wpływ na kształtowanie indywidualnych zachowań pracowników (Marinda i in., 2020). Istnieje powiązanie jakości środowiska pracy i jakości świadczonej pracy. Jeśli środowisko pracy nie spełnia oczekiwań i potrzeb pracowników, w konsekwencji nie wykonują oni zadań zgodnie z przyjętymi standardami lub odchodzą z organizacji (UKEssays, 2018). Zatem, środowisko pracy stanowi niezbędny do uwzględnienia kontekst przy analizowaniu zagadnień związanych z funkcjonowaniem zawodowym pracownika i wykonywaniem pracy.

W wielu dyscyplinach naukowych badania dotyczące kształtowania środowiska pracy są przedmiotem zainteresowania w różnych aspektach, m.in. pedagogiki pracy, ekonomii, zarządzania, ergonomii (Jakimiuk, 2016). W tab. 3 zaprezentowano syntetyczne ujęcie środowiska pracy na podstawie poprzedzających rozważań teoretycznych.

**Tabela 3. Przegląd ujęć pojęcia środowiska pracy**

| Pojęcie                                                                                               | Autorzy                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Środowisko pracy to warunki występujące w miejscu pracy                                               | Gembalska-Kwiecień, 2003; Korpus, 2008 za: Jakimiuk, 2016; Górski i Lewandowski, 2010; UKEssays, 2018; Marinda i in., 2020; Chodkowski, 2019 |
| Środowisko pracy jako działania wspierające lub kształtujące zachowania pracowników                   | Weinberg i in., 2012; Marinda i in., 2020                                                                                                    |
| Środowisko pracy to warunki lub cechy pracy definiujące otoczenie, w którym pracownicy wykonują pracę | Sammot-Bonnici, 2015; OECD, 2017; Ain, 2020                                                                                                  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wskazanej literatury.

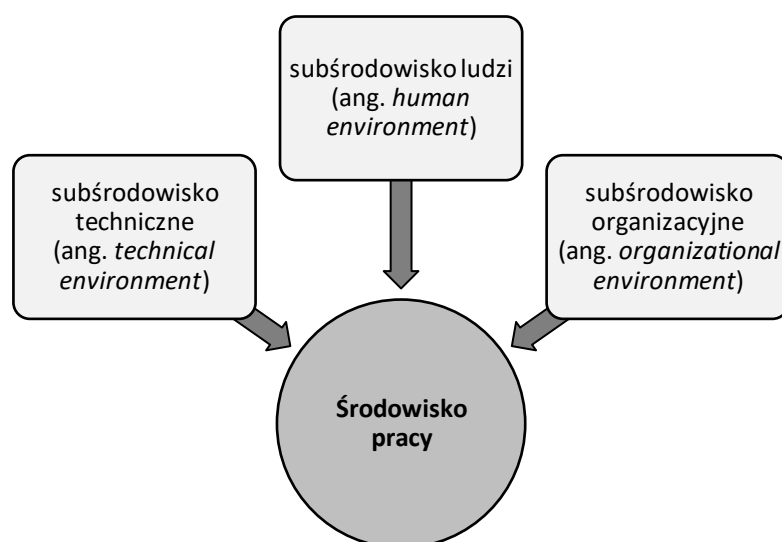
Podsumowując powyższe rozważania i rozpatrując zagadnienie bardziej szczegółowo, z powyższego zestawienia wynika, że środowisko pracy postrzegane i definiowane jest głównie w dwóch kategoriach: w skali mikro i makro. Perspektywa mikro ograniczona jest do bezpośredniego otoczenia i dotyczy warunków lub działań występujących w miejscu pracy. W ujęciu makro środowisko pracy składa się ze zmiennych, które w ograniczonym zakresie są możliwe do kontrolowania przez organizację, ale pomimo tego wymagają analizy w celu adaptacji organizacji do zachodzących zmian (Sammot-Bonnici, 2015).

Zgodnie z zakresem podmiotowym i przedmiotowym niniejszej pracy doktorskiej oraz przyjętym dla dysertacji celem głównym, środowisko pracy będzie rozpatrywane w skali mikro, skupiając uwagę na działaniach poszczególnych podmiotów leczniczych, pomijając możliwość kształtowania zmian na poziomie globalnym. W związku z powyższym, w dysertacji zostanie przyjęta definicja środowiska pracy jako zbioru praktyk i warunków występujących w miejscu pracy ukierunkowanych na zapobieganie odchodzeniu pracowników z organizacji (por. Weinberg i in., 2012; UKEssays, 2018; Marinda i in., 2020).

W wyniku wyjaśnienia i uznania pojęcia środowiska pracy w odniesieniu do rozprawy doktorskiej, można przystąpić do bardziej szczegółowych rozważań związanych z kategoryzacją czynników środowiska pracy w odniesieniu do lekarzy realizujących zadania zawodowe w szpitalach publicznych.

## 2.2. Kategorie i czynniki środowiska pracy z uwzględnieniem szpitali publicznych w Polsce

Koncepcja środowiska pracy jest wielowymiarowa i obejmuje szeroki zakres cech pracy, uwzględniając charakterystykę firmy lub organizacji, w której świadczona jest praca (OECD, 2017). Rozważając aspekt środowiska pracy można wyróżnić trzy subśrodowiska pracy wskazane na poniższym schemacie (rys. 8).



**Rysunek 8. Subśrodowiska pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Oppermann, 2002 za: Kumar, 2018; Ain, 2020).

Subśrodowisko techniczne składa się z elementów umożliwiających lub ułatwiających pracownikom wykonywanie zadań zawodowych. Subśrodowisko ludzi obejmuje interakcje ze współpracownikami, grupami, obejmując komunikację nieformalną oraz przywództwo. Subśrodowisko organizacyjne odnosi się do procedur, systemów, praktyk, które kontrolują osoby zarządzające (Oppermann, 2002 za: Kumar, 2018).

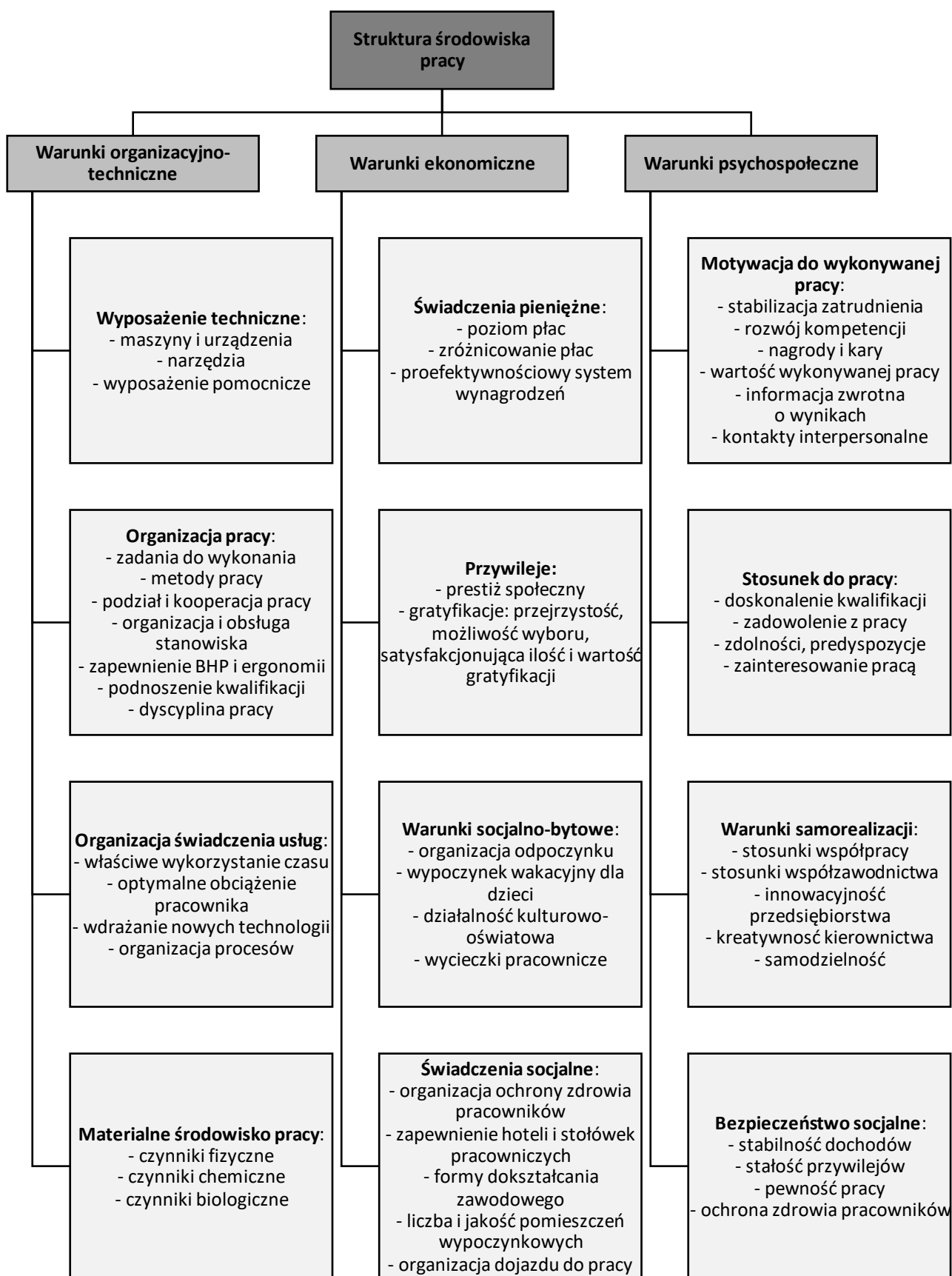
Według dostępnych opracowań literatury środowisko pracy w zależności od zastosowanych kryteriów dzieli się na różne kategorie. Pierwszą kategorią są czynniki zewnętrzne, czyli elementy fizyczne, które powiązane są z wydajnością i komfortem pracowników (Ain, 2020). Fizyczne warunki obejmują pośrednie i bezpośrednie czynniki, które mogą oddziaływać na zdrowie pracownika i poprzez negatywny wpływ obniżać jakość miejsca pracy (Sochańska-Kawiecka i in., 2019). Druga kategoria to czynniki wewnętrzne, które składają się z komponentów psychologicznych i społecznych, wpływających na wykonywanie pracy (Ain, 2020). Opierając się na podziale Massoudi i Hamdi (2017) środowisko pracy można opisać za pomocą komponentów fizycznych i behawioralnych.

W podobnym ujęciu, środowisko pracy obejmuje fizyczne i społeczne warunki pracy (OECD, 2017). Na podstawie powyższych rozważań można dostrzec, że środowisko pracy dzieli się na elementy fizyczne oraz elementy niefizyczne, w różnych opracowaniach określanych jako psychologiczne (por. Ain, 2020), społeczne (por. OECD, 2017), czy behawioralne (por. Massoudi i Hamdi, 2017).

Dodatkowo, każde środowisko pracy można rozpatrywać w kategorii elementów potencjalnie korzystnych, więc zasobów oraz czynników potencjalnie szkodliwych, czyli zagrożeń (Potocka, 2012). Można również skategoryzować czynniki środowiska pracy o charakterze obiektywnym i subiektywnym (Górska i Lewandowski, 2010). Do czynników obiektywnych należą społeczne i fizyczne warunki pracy. Precyzując, wśród społecznych warunków pracy wskazuje się stosunki interpersonalne, rozwój i system organizacji pracy oraz możliwość awansu. Wśród fizycznych warunków pracy wyróżnia się dojazdy, lokalizację miejsca pracy, oświetlenie, temperaturę i elementy sanitarno-higieniczne. Do czynników subiektywnych zaliczają się postawa wobec obowiązków, motywacja do podejmowania wysiłku czy stopień zadowolenia z osiągniętych wyników (Stankiewicz i Sznajder, 2010).

Raziq i Maulabakhsh (2015) podzielili środowisko pracy na dwa wymiary, uwzględniające kontekst świadczenia pracy oraz cechy pracy, związane ze sposobem wykonywania pracy, różnorodnością zadań, szkoleniami. Według Armstronga i Taylora (2016) środowisko pracy składa się z warunków pracy, systemu pracy, projektowania stanowisk pracy i sposobu, w jaki ludzie są traktowani w miejscu pracy przez współpracowników i przełożonych. W innym ujęciu, środowisko pracy składa się z następujących zoperacjonalizowanych wymiarów: kultura, wsparcie społeczne, przywództwo, nadzór, komunikacja, nagrody, szkolenia, narzędzia, wyposażenie, wynagrodzenie, nagrody i korzyści, a także praca sama w sobie (UKEssays, 2018). Na podstawie powyższych informacji można zauważyć, że środowisko pracy jest opisywane szeroko w ujęciu różnych perspektyw. Część autorów skupia się na podziale środowiska pracy na rozłączne grupy według przyjętych kryteriów, z kolei inni autorzy wskazują szczegółowo konkretne wymiary.

W dalszych rozważaniach (rys. 9) przedstawiono schemat struktury środowiska pracy, złożonej z trzech głównych obszarów, w ujęciu organizacyjno-technicznym, ekonomicznym i psychospołecznym. Stanowi on rozbudowane podsumowanie znalezionych w literaturze kategorii i przyporządkowanych do nich czynników.



**Rysunek 9. Struktura środowiska pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Carayon i in., 2006, s.52; Górská i Lewandowski, 2010, s. 61-69; Jakimiuk, 2016, s. 45-47; OECD, 2017; Massoudi i Hamdi, 2017, s. 37; Ain, 2020).

Pierwszą ze wskazanych grup czynników środowiska pracy są organizacyjno-techniczne warunki środowiska pracy. Związane są z dostosowaniem pracy do wykonującej jej osoby ze wszystkimi konsekwencjami odnoszącymi się do podejmowanych czynności (Górska i Lewandowski, 2010). Zapewnienie adekwatnych warunków technicznych jest niezwykle istotne w organizacji pracy. Kluczowe znaczenie ma właściwy stan techniczny maszyn i urządzeń, zabezpieczenie pracownika przed negatywnymi następstwami pracy oraz eliminowanie uciążliwych lub szkodliwych warunków pracy (Chudzicki, 2022). W odniesieniu do sektora medycznego szczególne znaczenie ma materialne środowisko pracy, którego kategorie obejmują czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Do obciążeń fizycznych można zaliczyć czynniki biomechaniczne związane ze specyfiką wykonywanej pracy, m.in. pozycją pracy, monotypią czynności, wpływającymi na obciążenie grup mięśniowych w sposób nierównomierny (Żółtańska i Bujanowska, 2010). Rozpatrując czynniki chemiczne, zagrożeniem dla pracowników ochrony zdrowia mogą być substancje toksyczne, niektóre leki, środki do dezynfekcji i sterylizacji przedmiotów, a także niebezpieczne związki wykorzystywane m.in. w leczeniu onkologicznym i przeciwwirusowym (McDiarmid, 2014). Ekspozycja na szkodliwe substancje chemiczne może mieć charakter miejscowy lub układowy, a przebieg skutków narażenia może być ostry lub przewlekły (Żółtańska i Bujanowska, 2010). Podstawowym zagrożeniem biologicznym w pracy lekarza jest ryzyko zarażenia się od pacjenta, w szczególności zakażeniami krwiopochodnymi wywoływanymi wirusami, a także ekspozycja na mikroorganizmy przenoszone we frakcji bioaerozolu (Irzyniec i in., 2010).

Drugą ze wskazanych grup budujących strukturę środowiska pracy są ekonomiczne warunki pracy, związane z rozwojem potrzeb człowieka. W szczególności dotyczą one motywacyjnej roli pieniądza (Górska i Lewandowski, 2010). Warunki socjalno-bytowe obejmują różne przywileje i udogodnienia w związku z posiadaniem statusu pracownika danej organizacji. Należy je traktować jako dodatkową korzyść, która może decydować o podjęciu zatrudnienia lub dokładania starań w zakresie pozostania zatrudnionym (Jakimiuk, 2016).

Trzecia grupa, czyli psychospołeczne warunki pracy związane są ze środowiskiem, w którym mogą występować dwa typy relacji człowieka z otoczeniem w postaci oddziaływań przyczynowo-skutkowych lub wzajemnej zależności (Jakimiuk, 2016). Specyfika czynników składających się na psychospołeczne warunki pracy jest

odzwierciedlana w celach i wartościach poszczególnych członków organizacji, grup pracowniczych i społeczności (Górska i Lewandowski, 2010). Psychospołeczne warunki pracy wpływają na zadowolenie z pracy, ale także mogą stanowić podłoże stresu zawodowego, który w konsekwencji prowadzi do wypalenia zawodowego lub pracobolizmu (Jakimiuk, 2016). Zakłócenia w środowisku psychospołecznym wiążą się ze zwiększoną płynnością kadr, nadmierną absencją pracowników, marnotrawstwem materiałów, nieracjonalnym gospodarowaniem czasem (Górska i Lewandowski, 2010; Nowakowska i in., 2011). Po drugie, czynniki psychospołeczne koncentrują się na aspekcie związanym z zarządzaniem zasobami ludzkimi, w odróżnieniu od czynników organizacyjno-technicznych, powiązanych z bezpieczeństwem pracy lub czynników ekonomicznych, głównie dotyczących kwestii finansowych. Po trzecie, możliwe do wdrożenia zmiany w obszarze psychospołecznym nie wymagają ponoszenia znacznych nakładów finansowych, co ułatwia możliwość kształtowania tego obszaru przez szpitale.

Na podstawie przedstawionego opracowania porządkującego postrzeganie struktury środowiska pracy można dostrzec główne kategorie w obrębie wskazanych obszarów i mnogość przyporządkowanych do nich poszczególnych czynników. W związku z tym, niezbędne będzie sklasyfikowanie czynników w rozłączne zbiory i zawężenie liczby elementów, które zostaną zaimplementowane do kwestionariuszy ankietowych w celu przeprowadzenia badań empirycznych. Istniejących klasyfikacji czynników środowiska pracy nie można uznać za zamknięte i w pełni wyczerpujące. W związku ze zmianami organizacyjnymi lub społecznymi, wdrażaniem innowacyjnych procesów i technologii, a także możliwością powstania nowych miejsc lub rodzajów pracy pojawiają się nowe czynniki. Możliwym jest również, że dany czynnik nie występował wcześniej i po dołączeniu wzbogaci klasyfikację. Dodatkowo, istnieje także możliwość, że dany czynnik występował wcześniej, ale obecnie jest inaczej kwalifikowany lub inaczej przyporządkowany w związku z nabyciem lub pogłębieniem wiedzy pozwalającej lepiej go zaklasyfikować lub przez zmianę sposobu postrzegania danego problemu (Potocka, 2012).

W wyniku przeprowadzonych rozważań umożliwiających klasyfikację kategorii środowiska pracy określono poszczególne czynniki w strukturze. Rozumiejąc definicję środowiska pracy, jego kategorie i znając czynniki, następnie warto określić znaczenie środowiska pracy ze szczególnym uwzględnieniem powiązania go z zatrzymaniem pracowników.

### 2.3. Znaczenie środowiska pracy

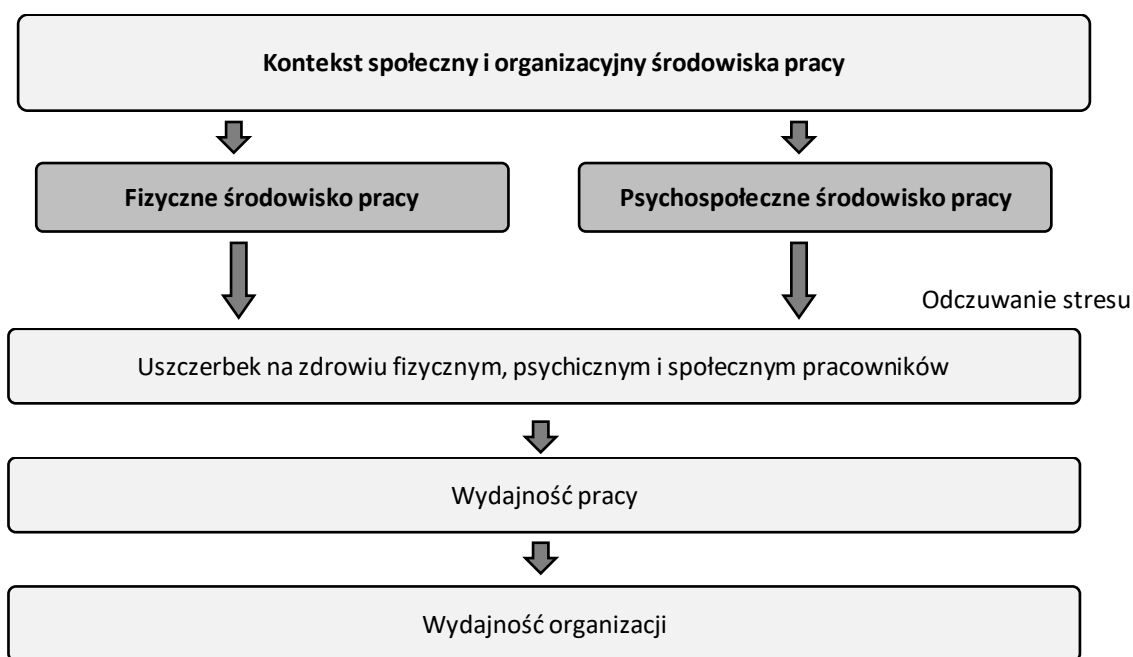
Zmiany społeczno-ekonomiczne i technologiczne w ostatnich latach obejmujące szeroki zakres nowych wzorów organizacji pracy, określanych pojęciem zmieniającego się środowiska pracy, wywołały istotny wpływ na środowisko pracy (Wieprzycka, 2021; EU-OSHA Pracy, 2006). Wśród wiodących wzorów można wskazać następujące zjawiska:

- rosnąca liczba pracowników w starszym wieku,
- coraz szersze stosowanie technologii komunikacyjnych i teleinformatycznych w miejscu pracy,
- globalizacja, związana ze zmianami w strukturze zatrudnienia,
- wzrost zatrudnienia w sektorze usług,
- wymaganie od pracowników elastyczności w zakresie posiadanych umiejętności, pełnionych funkcji i realizowanych zadań,
- samozatrudnienie (EU-OSHA, 2006),
- dzielenie stanowiska pracy przez co najmniej dwóch pracowników,
- telepraca (Dobrowolska, 2015).

Organizacje, w celu zapewnienia spełnienia potrzeb pracowników poprzez zagwarantowanie dobrych warunków pracy stają przed wyzwaniami wynikającymi z dynamicznego charakteru otoczenia (Raziq i Maulabakhsh, 2015). Dla przedsiębiorstw kluczowe znaczenie ma jakość wykonanej pracy (Taohid i in., 2021), kształtowanej przez środowisko pracy i wewnętrzne cechy pracy, które budują doświadczenie zawodowe pracownika (Lowe, 2007; Nowakowska i in., 2011). Oznacza to, że środowisko pracy jest istotnym obszarem w badaniach dotyczących usług zdrowotnych, gdyż wiąże się z pozytywnymi rezultatami dla pacjentów, personelu, a także funkcjonowania organizacji (Weinberg i in., 2012). Jakość miejsc pracy ma istotne znaczenie dla pracowników i pracodawców, dlatego kluczowe jest zrozumienie, w jaki sposób czynniki związane z miejscem pracy oddziałują na zachowania i postawy pracowników. Ma to szczególne znaczenie w kontekście wyzwań związanych z pozyskiwaniem i zatrzymywaniem pracowników (Lowe, 2007; Ain, 2020). Zahid i in. (2020) w swoich badaniach wskazują pozytywną korelację między środowiskiem pracy, a zatrzymaniem pracowników. Oznacza to, że bardziej sprzyjające środowisko pracy w organizacji wpływa na większą skuteczność zatrzymania pracowników. Powiązanie to jest niezwykle istotne z punktu widzenia celów

niniejszej rozprawy, gdyż przedmiotem rozważań są czynniki środowiska pracy w szpitalach publicznych w kontekście zatrzymania w nich lekarzy.

W poprzednich podrozdziałach wskazano, że czynniki środowiska pracy mają istotny wpływ na jakość pracy, jak również na samopoczucie i stan zdrowia osób zatrudnionych. Podejmowanie funkcji zawodowych wiąże się z pewnym wysiłkiem psychofizycznym (Głowacka i Mojs, 2015). Istotne zagrożenie dla zdrowia fizycznego lub psychospołecznego pracowników, które może wpływać w sposób długotrwały lub nieodwracalny stanowi narażenie w dłuższym czasie na kilka czynników ryzyka (Eurofound, 2017). Przekroczenie indywidualnych możliwości adaptacyjnych pracownika prowadzi do zmęczenia, które jest konsekwencją stanu przeciążenia psychicznego, negatywnie wpływając na wydajność wykonywanej pracy i poziom satysfakcji zawodowej (Głowacka i Mojs, 2015). Zatem, kluczowa jest identyfikacja czynników zagrożenia na danym stanowisku pracy oraz wdrażanie możliwych działań zapobiegawczych i korygujących (Świątkowska, 2010). Wśród zagrożeń zawodowych można wyróżnić fizyczne, oddziałujące na pracownika bezpośrednio oraz psychospołeczne, które oddziałują poprzez stres (Potocka, 2012). Takie podejście zilustrowano na rys. 10.



**Rysunek 10. Kontekst społeczny i organizacyjny środowiska pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (EU-OSHA, 2006; Potocka, 2012).

Wysoki poziom stresu powiązany jest z występowaniem problemów zdrowotnych, w konsekwencji prowadząc do gorszego wykonywania zadań zawodowych, zwiększonej absencji, skutkującej możliwością pojawienia się wypalenia zawodowego (Nowakowska i in., 2011). Należy zatem nadać priorytet zdrowiu osobistemu pracowników sektora ochrony zdrowia, ponieważ możliwość świadczenia pracy i zapewnienia właściwej opieki pacjentom jest realna jedynie, gdy pracownicy są zdolni do wykonywania zadań zawodowych (Joseph, B. i Joseph, M., 2016). Osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na zagrożenia zdrowotne bezpośrednio związane z miejscem i charakterem pracy (Żółtańska i Bujnowska, 2010).

Narażenie pracowników na zagrożenia fizyczne i psychospołeczne najczęściej oddziałuje negatywnie na zdrowie. Może odbywać się to poprzez dwa mechanizmy. Po pierwsze, oddziaływanie w sposób addytywny, oznaczające sumę wpływów poszczególnych czynników. W drugim przypadku oddziaływania synergistyczne, w którym rezultat pojedynczych wpływów jest inny. Może on być mniejszy od sumy w przypadku, gdy jeden z wpływów osłabia działanie drugiego lub większy w sytuacji wzmocnienia wywołanego poszczególnymi czynnikami (EU-OSHA, 2006). Poszczególne elementy układu warunków i czynników oddziałują ze sobą i na siebie na zasadzie efektu synergicznego lub nakładania się, dlatego w różnych organizacjach uciążliwość tych samych czynników może być odczuwana w inny sposób. W związku z powyższym, analizując szkodliwość lub uciążliwość środowiska pracy należy wziąć pod uwagę czynniki krytyczne dla danego przedsiębiorstwa (Gembalska-Kwiecień, 2003).

Bezpieczeństwo pracowników zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia jest nie tylko kluczową, ale również priorytetową kwestią. Takie osoby stanowią grupę szczególnie ekspozowaną na czynniki szkodliwe i niebezpieczne występujące w miejscu pracy. Naraża ich to na wypadki przy pracy, choroby zawodowe oraz na potencjalne pogorszenie ogólnego stanu zdrowia (Świątkowska, 2010). Eliminowanie lub przynajmniej minimalizowanie zagrożeń, które stanowią istotne ryzyko dla zdrowia fizycznego i psychospołecznego, a także dobrego samopoczucia pracowników jest podstawą polityki bezpieczeństwa i higieny pracy w państwach członkowskich Unii Europejskiej, a systematyczna poprawa warunków pracy jest istotnym celem europejskiej polityki społecznej (Eurofound, 2017).

Od początku XXI wieku badacze i praktycy uważają, że budowanie przyjaznego środowiska pracy jest istotną częścią wsparcia organizacyjnego dla pracowników, zarówno w celu zachęcenia potencjalnych kandydatów do podjęcia pracy, a także do zatrzymania pracowników w przedsiębiorstwie (Alias i in., 2019). Osoby, dla których środowisko pracy jest komfortowe wykonują zadania zawodowe wydajniej i pracują z większym zaangażowaniem. Cechy środowiska pracy, które wpływają pozytywnie są również kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości bezpieczeństwa opieki nad pacjentami (Van Bogaert i in., 2012). W przeciwieństwie, niekorzystne środowisko pracy może negatywnie wpływać na satysfakcję z pracy, produktywność, skutkować pojawieniem się stresu, problemów zdrowotnych, a także przyczyniać się do spóźnień, absencji, odejść z pracy i generować inne problemy (Tansel, 2022). W związku z powyższym, podejmowanie działań ukierunkowanych na zapewnienie komfortowego środowiska pracy jest istotnym zadaniem dla organizacji. Wcześniejsze badania wykazały, że im wyższy poziom wsparcia organizacyjnego ze strony przełożonych i związanego z tym odczuwania satysfakcji z pracy, tym wyższy poziom wskaźnika retencji pracowników (Alias i in., 2019).

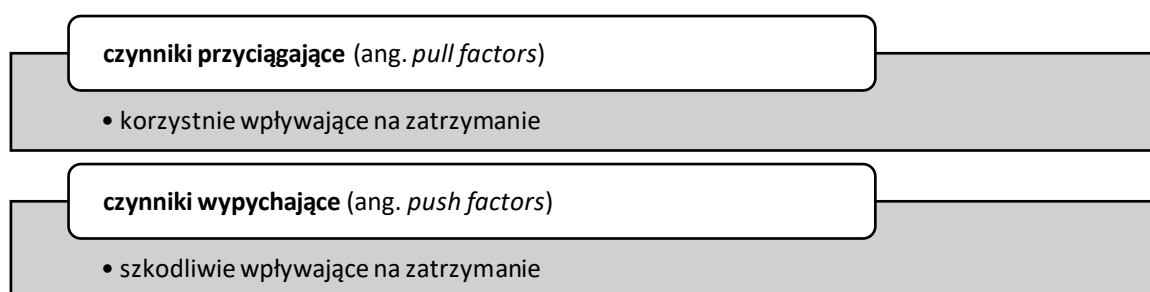
Badania przeprowadzone w ochronie zdrowia ujawniły powiązania między czynnikami środowiska pracy a wypaleniem zawodowym, które można rozumieć jako przeciwieństwo zaangażowania w pracę (Van Bogaert i in., 2012). Sześć głównych obszarów środowiska pracy, stanowiących ramy teoretyczne dla zespołu wypalenia zawodowego to:

- obciążenie pracą,
- kontrola,
- nagrody,
- sprawiedliwość,
- społeczność,
- wartości.

Prezentują one różne perspektywy obszarów funkcjonowania organizacji, które oddziałują między jednostkami a specyfiką ich środowiska pracy (Stoyanova, 2019).

Współcześnie zmienia się struktura, treść i proces pracy. Aktywność zawodowa jest bardziej złożona poznawczo, oparta na współpracy i pracy zespołowej, w większym stopniu zależna od kompetencji technologicznych i jednocześnie umiejętności społecznych, a także zupełnie mniej zależna od położenia geograficznego (Heerwagen i in., 2016). W gospodarce opartej na wiedzy znaczenia nabrały aktywa niematerialne, wykorzystujące informacje

i potencjał nauki. Kluczowe okazują się zasoby ludzkie i wiedza. Rosnąca konkurencja odnosząca się do tworzenia i wdrażania innowacji determinuje konieczność stałego rozwoju pracowników w celu nabywania, adaptacji i doskonalenia kompetencji (Milewska, 2018). Niedobór lekarzy zagraża ciągłości funkcjonowania opieki zdrowotnej i jakości świadczonych usług dla pacjentów, dlatego konieczne jest rozpoznanie czynników, które determinują zatrzymanie pracowników w szpitalach publicznych, zwracając uwagę na powody, które zachęcają do pozostania w organizacji, a także bodźce, które prowadzą do odejścia (El Koussa i in., 2016)<sup>7</sup>. Identyfikacja i zrozumienie obu grup czynników może ułatwić dostosowanie miejsca pracy przez zaproponowanie odpowiednich strategii zarządzania zasobami ludzkimi dla zwiększenia satysfakcji pracowników i przeciwdziałaniu intencji ich odejścia (Sasso i in., 2019). Autorka wyodrębniła dwie kategorie czynników środowiska pracy w odniesieniu do zatrzymania pracowników wskazane na rys. 11.



**Rysunek 11. Kategorie czynników środowiska pracy**

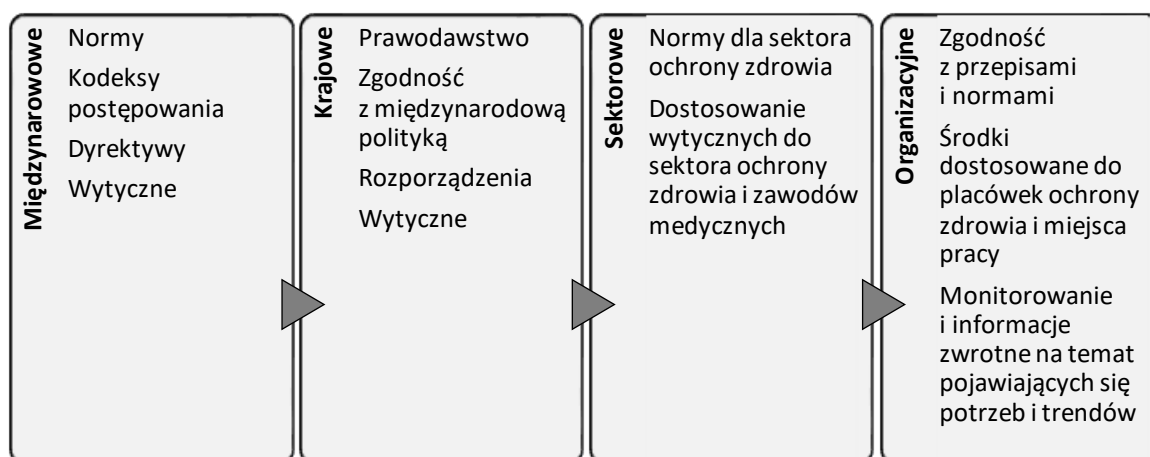
Źródło: opracowanie własne.

Istnieje wiele wyzwań w obszarze środowiska pracy. Poza poprawą wynagrodzeń, która sama w sobie nie jest pełnym rozwiązaniem problemu, można wskazać inne, uważane za ważniejsze czynniki (Wiskow i in., 2010). Na niższą rotację i absencję pozytywnie mogą wpływać czynniki, które kształtują psychologiczne środowisko pracy, m.in. zaangażowanie organizacyjne, sprawiedliwe traktowanie i szacunek ze strony współpracowników i przełożonych, a także wzajemne wsparcie (Nowakowska i in., 2011). Rozumiejąc znaczenie środowiska pracy dla pracowników i organizacji w kolejnym podrozdziale skupiono się na opisie sposobów kształtowania środowiska pracy.

<sup>7</sup> Wątki dotyczące niedoboru lekarzy oraz czynników determinujących ich zatrzymanie w szpitalach publicznych w Polsce zostaną szczegółowo opisane w dalszych rozważaniach.

## 2.4. Możliwości kształtowania środowiska pracy

Odpowiednie kształtowanie środowiska pracy polega na zarządzaniu poszczególnymi elementami składowymi w celu zapewnienia bezpiecznych warunków pracy, weryfikowanych przez pracowników (Niciejewska i Kač, 2019). Biorąc pod uwagę opisane w poprzedzających rozważaniach wyraźne powiązanie środowiska pracy z korzyściami dla interesariuszy wewnętrznych i zewnętrznych należy wskazać możliwości modelowania tego obszaru. Czynniki składające się na środowisko pracy najczęściej są wzajemnie powiązane, dlatego podejmowane strategie powinny odbywać się na różnych poziomach (Wiskow i in., 2010). Na rys. 12 zaprezentowano poziomy dostępnych działań i interwencji związanych z kształtowaniem środowiska pracy, które stanowią punkt wyjścia do dalszych rozważań.



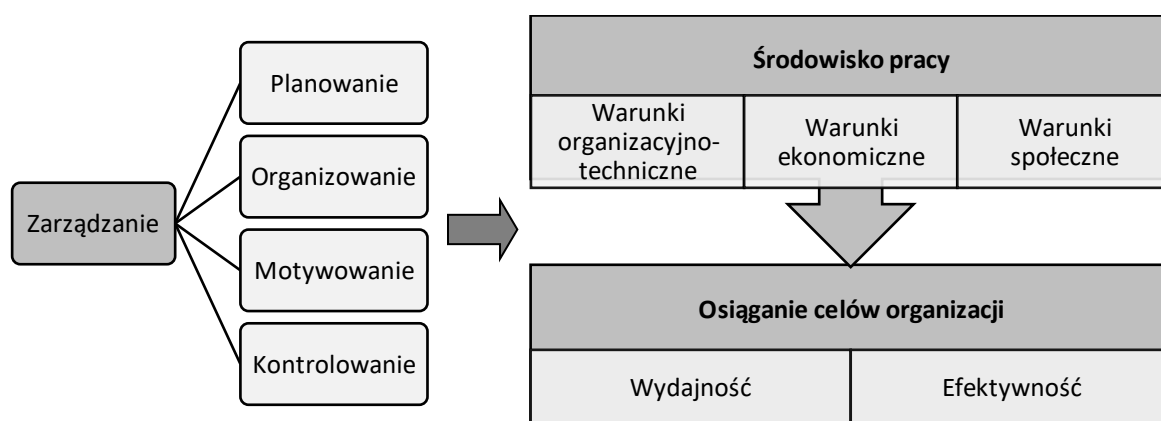
**Rysunek 12. Poziomy działań i interwencji kształtowania środowiska pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Wiskow i in., 2010, s. 7).

W związku z zachodzącymi zmianami społeczno-gospodarczymi i technologicznymi, działania polityczne i organizacyjne w obszarze sektora ochrony zdrowia muszą odzwierciedlać reakcję na pojawiające się wyzwania krajowe i globalne, a także być wdrażane bezpośrednio w miejscu pracy. Skuteczność rozwiązań zależy od kontekstu, dlatego priorytetem wprowadzania zmian powinien być poziom organizacyjny, gdyż pozostałe szczeble zapewniają ramy prawne w zakresie ogólnych wytycznych. Na poziomie poszczególnych organizacji istotne jest, żeby dostosować interwencje wynikające z decyzji politycznych oraz innych zmian w realiach pracy na praktykę przejawiającą się w realizowanych zadaniach i sposobach działania (Wiskow i in., 2010).

W związku z przygotowywaniem rozprawy doktorskiej w obszarze nauk o zarządzaniu i jakości, w niniejszym opracowaniu autorka skupia się na poziomie możliwych do zainicjowania i wdrożenia działań przez przedsiębiorstwo, marginalizując lub pomijając obszary wykluczone z bezpośredniego wpływu działań poszczególnych jednostek. W związku z tym, w rozważaniach, a następnie rekomendacjach zostaną celowo znacząco ograniczone lub pominięte propozycje rozwiązań wykraczające poza zakres możliwy do zrealizowania przez podmioty lecznicze. Na poziomie organizacyjnym warto monitorować zachodzące trendy i zbierać odpowiedzi zwrotne do pojawiających się nowych wyzwań (Wiskow i in., 2010). Nie jest jednak możliwe bezpośrednie modelowanie interwencji wyłaniających się na wyższych poziomach, dlatego należy skupić się na obszarze organizacyjnym.

Jednym z procesów niezbędnych do realizowania w przedsiębiorstwie są działania ukierunkowane na utrzymanie i doskonalenie środowiska pracy. Zarządzanie przedsiębiorstwem realizowane jest przez funkcje planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania (Griffin, 2017), dlatego aby działania w obszarze środowiska pracy mogły stymulować osiągnięcie celów przedsiębiorstwa w sposób efektywny i wydajny należy traktować je jako integralną część zarządzania i podporządkować podobnym regułom (Górska i Lewandowski, 2010). Poniżej (rys. 13) zobrazowano schemat zarządzania środowiskiem pracy w odniesieniu do wspomnianych funkcji zarządzania.



**Rysunek 13. Schemat zarządzania środowiskiem pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Górska i Lewandowski, 2010, s. 40; Griffin, 2017).

W zaprezentowanym ujęciu zarządzanie może być rozumiane jako zestaw działań wykonywanych dla osiągnięcia celów koncentrując się na zasobach organizacji (Griffin, 2017). Działania w zakresie planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania elementów środowiska pracy ukierunkowane są na optymalizację warunków pracy (Niciejewska i Kač, 2019). W przypadku zarządzania środowiskiem pracy, uwzględniając warunki organizacyjno-techniczne, ekonomiczne i społeczne, dąży się do działania w sposób wydajny i efektywny. Należy wspomnieć, że wydajność określa zakres czasu, kosztu lub wysiłku wykorzystanych do wykonania zaplanowanego działania ukierunkowanego na osiągnięcie przyjętego celu efektywnie (Sikora-Alicka, 2021). Z kolei, ocenę efektywności w podmiotach leczniczych można prowadzić uwzględniając różne wymiary:

- wymiar techniczno-ekonomiczny, uwzględniający relację między nakładami i efektami,
- wymiar prakseologiczny, obejmujący stopień realizacji założonych celów,
- wymiar instytucjonalny, oznaczający odbiór jednostki przez społeczeństwo,
- wymiar systemowy, dotyczący stopnia rozwoju i przetrwania organizacji,
- wymiar behawioralny, wskazujący ocenę stopnia zaspokojenia potrzeb pracowników (Cholewa-Wiktor, 2014).

Wymiar behawioralny, można przypisać do modelowania środowiska pracy, jako działań ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb pracowników związanych z kształtowaniem warunków pracy.

Projektowanie pracy jest to tworzenie systemu pracy i środowiska pracy, które zwiększają wydajność i efektywność organizacji oraz sprzyjają zachowaniu dobrostanu, bezpieczeństwa i zdrowia pracowników (Armstrong i Taylor, 2016). Kształtowanie warunków środowiska pracy może być zorientowane na satysfakcję ludzi lub efekty ekonomiczne przedsiębiorstwa. W najkorzystniejszej sytuacji, najlepiej, gdy wiąże oba te cele jednocześnie. Skupienie uwagi na aspekcie ludzi przejawia się w działaniach zapewniających rozwój osobowości pracowników, dobrą atmosferę, motywację i chęć do wykonywania pracy. W orientacji na efekty nacisk kładziony jest na kształtowanie i hierarchizację czynników, które pozwalają elastycznie dostosować się do rynku i uzyskiwać maksymalne efekty ekonomiczne (Górska i Lewandowski, 2010). Biorąc pod uwagę tematykę pracy doktorskiej, dalsze rozważania będą dotyczyć aspektu ludzkiego ze

względem na poszukiwanie czynników skłaniających pracowników do pozostania w organizacji. Rozważania na temat efektów ekonomicznych zostaną wykluczone przez wzgląd na zakres wykraczający poza przyjęte cele i ramy dla dysertacji.

Biorąc pod uwagę środowisko pracy należy zwrócić uwagę na pozytywne praktyki z nim związane (ang. *positive practice environments*), które charakteryzują się następującymi cechami:

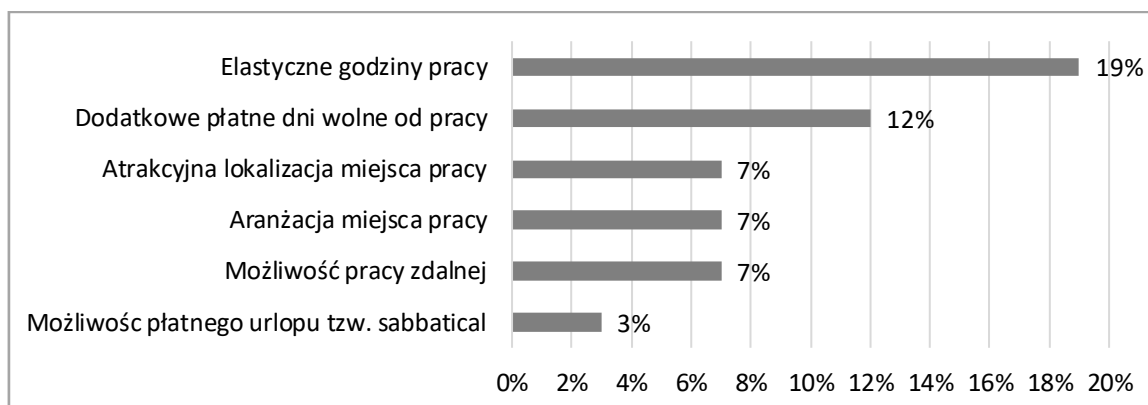
- innowacyjne ramy polityki organizacji w zakresie zdrowia zawodowego, bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia, skoncentrowane na zatrudnieniu i zatrzymaniu pracowników,
- praktyki zarządzania i przywództwa uwzględniające wspólne wartości, partycypację pracowników w podejmowaniu decyzji i wsparcie koleżeńskie,
- sprawiedliwe i możliwe do kontrolowania obciążenie pracą i wymaganiami,
- równowaga między życiem osobistym i zawodowym,
- strategia stałej edukacji i podnoszenia kwalifikacji oraz możliwość rozwoju zawodowego,
- odpowiednie wynagrodzenie,
- programy uznania osiągnięć,
- dostęp do właściwego sprzętu i materiałów,
- bezpieczeństwo zatrudnienia,
- bezpieczne środowisko pracy (Baumann, 2007; Kilańska i in., 2016).

Istotne jest poszukiwanie rozwiązań ukierunkowanych na spełnienie powyższych wytycznych w celu wdrożenia pozytywnego środowiska pracy. W wielu polskich szpitalach poświęca się nieznaczną uwagę na budowanie pozytywnego środowiska pracy, w tym uwzględniającego zapewnienie podstawowego wyposażenia niezbędnego do bezpiecznego wykonywania zadań zawodowych. Dodatkowo, często lekceważone lub zupełnie niestosowane są standardy przeprowadzania procesu rekrutacji i zatrzymania pracowników (Kilańska i in., 2016)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Więcej miejsca temu zagadnieniu zostanie poświęcone w dalszej części pracy.

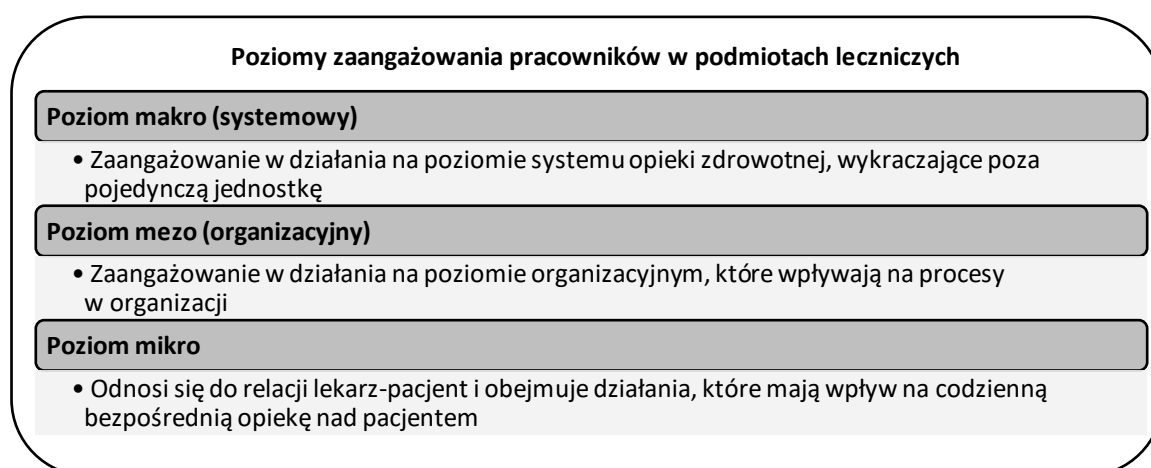
W raporcie KPMG (2018) wskazano pożądane działania firm w obszarze środowiska pracy, które przedstawiono poniżej w hierarchii malejącej ważności oddziaływania na pracowników (rys. 14).



**Rysunek 14. Działania firm w obszarze środowiska pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (KPMG, 2018, s. 17).

Zwiększanie zaangażowania organizacyjnego możliwe jest poprzez rozwijanie kultury kooperacyjnej, promującej pozytywne nastawienie i wspierającej zainteresowanie do wykonywanej pracy, a także uznanie znaczenia interakcji społecznych i zmniejszanie poziomu stresu (Armstrong i Taylor, 2016). Zaangażowanie organizacyjne zostało omówione w dotychczasowych rozważaniach jako istotny aspekt związany z pozostawianiem pracowników w organizacji. Nawiązując do zaangażowania lekarzy, można wyróżnić trzy poziomy, które zaprezentowano na poniższym rysunku (rys. 15).



**Rysunek 15. Poziomy zaangażowania lekarzy w działania w podmiotach leczniczych**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Perreira et al., 2019).

Poziom makro dotyczy transformacji systemu ochrony zdrowia lub poprawy zdrowia populacji, na które nie mają bezpośredniego wpływu poszczególne podmioty lecznicze i zatrudnieni w nich pracownicy. Poziom mezo uwzględnia zainteresowanie lekarzy w planowaniu strategicznym i ulepszaniem miejsca pracy oraz podejmowanymi w tym zakresie działaniami. Szukanie i wdrażanie rozwiązań na poziomie organizacyjnym możliwe jest również przez zmiany w obszarze środowiska pracy, które wpływają na indywidualny poziom zaangażowania lekarzy, zachęcając ich do pozostania w organizacji. Na poziomie mikro rozpatrywany jest bezpośredni kontakt z pacjentami i ich rodzinami w celu ułatwienia i poprawy trafności podejmowania decyzji terapeutycznych oraz dodatkowo praca zespołowa i relacja z innymi pracownikami.

Biorąc pod uwagę całokształt rozważań przeprowadzonych w tym podrozdziale jako podłoże do badań empirycznych kluczowe będzie wzięcie pod uwagę inicjatyw możliwych do wdrożenia na poziomie organizacyjnym poprzez podjęcie interwencji w obszarze procesów realizowanych przez organizację, uwzględniając indywidualne potrzeby lekarzy.

## Podsumowanie

Kształtowanie środowiska pracy jest niezwykle istotnym i złożonym procesem. Może odbywać się na różnych, powiązanych ze sobą poziomach, a także powinno być połączone z funkcjami zarządzania w organizacji. Istotną koncepcją w obrębie kształtowania środowiska pracy są praktyki związane z tworzeniem pozytywnego środowiska pracy, które jest często pomijane w szpitalach publicznych w Polsce. Pozytywne środowisko pracy oddziałuje na satysfakcję z pracy i przyczynia się do chęci kontynuowania zatrudnienia (Kilańska i in., 2016). Niekorzystne warunki pracy wiążą się z pojawieniem permanentnego stresu, dużej rotacji, absencji, co może przekładać się na występowanie błędów medycznych, negatywną jakość opieki nad pacjentami, a także skrajnie na rezygnację z wykonywania pracy (Kilańska i in., 2016). Nie ulega wątpliwości, że należy podejmować działania wspierające kształtowanie pozytywnego środowiska pracy z korzyścią dla pracowników, osób zarządzających placówkami, pacjentów i celów organizacji.

Opierając się na najnowszych wynikach badań i ustaleniach naukowych można stwierdzić, że kształtowanie pozytywnego środowiska znacząco przyczynia się do zatrzymania pracowników (por. Alias i in., 2019; Zahid i in., 2020; Tansel, 2022). W związku z powyższym, określenie czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy pozwoli ustalić możliwe do podjęcia przez szpitale publiczne interwencje oparte na osiągalnych do wprowadzenia zmianach organizacyjnych.

Badania empiryczne, którym zostanie poświęcony rozdział czwarty, pozwolą poznać percepcję pracowników dotyczącą środowiska pracy, w którym wykonują zadania zawodowe, następnie w konsekwencji wskazać elementy środowiska pracy, które ułatwią organizacjom zatrzymanie pracowników. Należy podkreślić, że ocena czynników środowiska pracy ma charakter wieloaspektowy, ze względu na wzajemne powiązania między nimi. Rezultatem finalnym będzie wskazanie praktyk związanych ze środowiskiem pracy ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. Dodatkowo, wyniki przeprowadzonych badań mogą być korzystne dla innych organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia, poprzez implementację koncepcji pozytywnego środowiska pracy.

### **3. Charakter funkcjonowania publicznych szpitali w Polsce – perspektywa zatrzymania pracowników**

W krajach wysoko rozwiniętych problematyka dotycząca zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze ochrony zdrowia podlega szczegółowym badaniom i analizom (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). Systemy opieki zdrowotnej stają przed wyzwaniami związanymi z rosnącym zapotrzebowaniem na jakość i bezpieczeństwo opieki medycznej, a także koniecznością zapewnienia powszechnego dostępu do usług medycznych (Jędrzejczyk i in., 2017). Ekonomicznym wyzwaniem dla ochrony zdrowia są rosnące koszty wynikające z rozwoju technologii i zwiększającego się zapotrzebowania na usługi medyczne coraz bardziej starzejących się populacji Europy (Rudawska i Urbańczyk, 2012). Dodatkowo, głęboki niedobór pracowników i światowy kryzys w ochronie zdrowia nasilają skalę istniejących problemów (WHO, 2016; OECD, 2019). Poważnym wstrząsem dla polskiego systemu ochrony zdrowia okazała się pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2019 (Bukowski i in., 2020). W związku z powyższym tematyka dotycząca zasobów ludzkich w publicznej ochronie zdrowia w Polsce jest niezwykle istotna i kluczowym jest podjęcie pilnych działań ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.

Układ bieżącego rozdziału został skonstruowany na podstawie struktury lejka. Oznacza to, że kolejne zagadnienia są powiązane z poprzedzającymi, a ich zakres jest coraz bardziej szczegółowy (Frankfort-Nachmias i Nachmias, 2001). W związku z faktem, iż praca koncentruje się na zagadnieniu zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, na początku przedstawiono podstawowe informacje dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, uzasadniając wybór zakresu przedmiotowego i wskazując znaczenie działalności szpitali. Następnie omówiona została organizacja zasobów ludzkich w szpitalach publicznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na treść i kontekst pracy lekarzy, jako grupy zawodowej stanowiącej rozpatrywany zakres podmiotowy. Analiza danych dotyczących pozyskania i zatrzymania lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce kończy rozdział. Jako efekt pracy stworzono schemat porządkujący problemy istotne dla osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w Polsce, ale również zarządzających podmiotami leczniczymi. Dzięki przedstawieniu wspomnianych powyżej informacji możliwe jest zrozumienie tła związanego z obszarem działalności zawodowej lekarzy oraz istotą ich zatrzymania w publicznej ochronie zdrowia w Polsce.

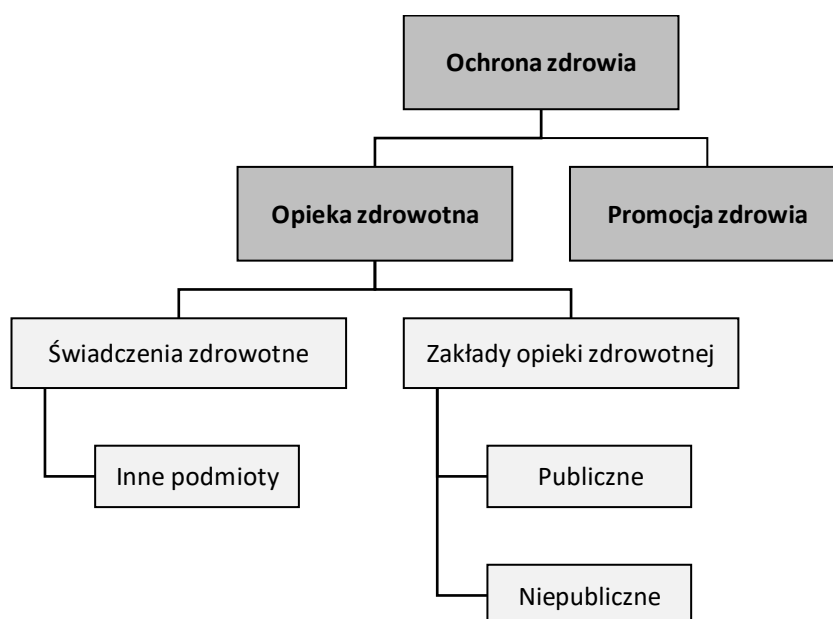
### 3.1. Znaczenie i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce

Zdrowe społeczeństwo wspiera rozwój ekonomiczny, społeczny i polityczny państwa (Grycner, 2015). Według WHO (2020), zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełny dobrostan człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Holistyczna koncepcja zdrowia uwzględnia stan, w którym człowiek jest w stanie dobrze funkcjonować fizycznie, umysłowo, duchowo i społecznie (Svalastog i in., 2017). Zdrowie w ujęciu interdyscyplinarnym wyraża się możliwością uczestnictwa człowieka w systemie społecznym (Grycner, 2015), a stan zdrowia pracowników wpływa na ich uczestnictwo na rynku pracy oraz ich wydajność. Stan zdrowia społeczeństwa powiązany jest z rozwojem ekonomicznym państwa, stymulując wzrost gospodarczy (Korporowicz, 2012).

Z powyższych stwierdzeń wynika, że zdrowie ma szczególne, pierwszoplanowe i nadrzędne znaczenie dla ogółu obywateli i nie powinno być traktowane wyłącznie jako wartość indywidualna (Korporowicz, 2012). Coraz częściej zdrowie postrzegane jest jako wartość instrumentalna, której posiadanie kreuje określone możliwości społeczne i ekonomiczne (Rudawska i Urbańczyk, 2012). Znaczenie zdrowia jednostki i opieki medycznej dla zdrowia publicznego jest przedmiotem dyskusji od dziesięcioleci (Rosén i Haglund, 2001). W oparciu o medycynę społeczną i zdrowie publiczne warto, żeby poza obserwacją zdrowia jednostek zwracać uwagę także na zdrowie grup i społeczności (Svalastog i in., 2017). W analizach statystycznych wykorzystuje się miary o charakterze pozytywnym, np. długość przeciętnego trwania życia, jednak znacznie częściej miary negatywne, takie jak wskaźniki zachorowalności, chorobowości czy umieralności (GUS, 2022b).

Od początku XXI wieku można dostrzec rosnącą świadomość społeczeństwa w zakresie edukacji i realizacji potrzeb zdrowotnych oraz zwiększające się oczekiwania ludzi związane z dostępem do opieki zdrowotnej i standardami obsługi pacjentów (Hellich i Wierzowiecka, 2017). Dodatkowo, zjawisko demograficznego starzenia się społeczeństwa i prognozy nasilenia trendu w perspektywie najbliższych dekad determinują wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne (Adamczyk, 2017; WHO, 2021). Zachodzące w społeczeństwie przemiany demograficzne, społeczne i ekonomiczne uwypuklają znaczenie zainteresowania usługami opieki zdrowotnej, a rozwój sektora opieki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie dla kształtowania kapitału ludzkiego (Rudawska i Urbańczyk, 2012).

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych wymaga dobrze zorganizowanych i sprawnie funkcjonujących systemów: społecznego, gospodarczego i politycznego (Frąckiewicz-Wronka i Saryusz-Wolska, 2007). Istotną częścią polityki jest ta społeczna, w której można wyróżnić politykę ochrony zdrowia lub inaczej zdrowotną (Grycner, 2015). Dwoma podstawowymi obszarami odpowiedzialności władz publicznych ukierunkowanymi na sprawowanie opieki zdrowotnej są zdrowie publiczne i ochrona zdrowia (Głowacka i Mojs, 2015). Zatem ochrona zdrowia stanowi integralną część polityki społecznej, która dąży do zaspokajania potrzeb obywateli, koncentrując się nie tylko na alokacji dostępnych zasobów (Dobska, 2021). W sektorze ochrony zdrowia przenikają się problemy społeczne i ekonomiczne, dlatego zwraca się szczególną uwagę na funkcjonowanie systemu zdrowotnego (Suchecka, 2016). Realizowana polityka zdrowotna przejawia się w zabezpieczeniu polityki społecznej (Dobska, 2021). Wgłębiając się w literaturę przedmiotu można dostrzec, że istnieje wiele definicji dotyczących ochrony zdrowia, opieki zdrowotnej, a także wytycznych, standardów i uregulowań prawnych w tym zakresie (Głowacka, 2004). System ochrony zdrowia można określić jako wyodrębnioną całość złożoną z różnorodnych i powiązanych ze sobą elementów ukierunkowanych na realizację celów związanych ze zdrowiem. W innym ujęciu jest to zespół osób i instytucji, których zadaniem jest zapewnienie opieki zdrowotnej ludności (Nojszewska, 2011). Schemat systemu ochrony zdrowia w Polsce zaprezentowano poniżej (rys. 16).



**Rysunek 16. System ochrony zdrowia w Polsce**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Winter, 2004, s. 47).

Opieka zdrowotna najczęściej jest utożsamiana jako system podmiotów wykonujących działalność leczniczą i usługową ukierunkowanych na poprawę zdrowia pojedynczych osób i społeczeństwa przez działania zapobiegające chorobom, wczesnego ich wykrywania, tworzące proces leczenia i rehabilitacji (Bukowska-Piestrzyńska, 2014). Świadczenia zdrowotne są podstawową formą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dla możliwości świadczenia usług zdrowotnych największe znaczenie mają czynniki podażowe, do których można zaliczyć organizację opieki zdrowotnej, zasoby kadrowe, lokalowe i materialne (Suchecka, 2016).

Promocja zdrowia jest procesem zmierzającym do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa (NIK, 2016) i obejmuje działania o charakterze prewencyjnym, ukierunkowane na propagowanie zdrowego stylu życia oraz indywidualnych i środowiskowych czynników sprzyjających zdrowiu (Winter, 2004). Można wskazać, że na zdrowie człowieka mają wpływ m.in. edukacja, możliwość odpowiedniego zatrudnienia, szeroko rozumiane poczucie bezpieczeństwa, czy egzystencja w czystym środowisku (NIK, 2016). Promocja zdrowia i opieka zdrowotna są wzajemnie powiązanymi obszarami, ponieważ zauważalna jest korelacja między skutecznością promocji zdrowia przekładającą się na mniejszą konieczność podejmowania działań w opiece zdrowotnej (Winter, 2004).

System ochrony zdrowia jest osadzony w uwarunkowaniach gospodarczych, politycznych i instytucjonalnych, a różne akty prawne warunkują jego funkcjonowanie i tworzą strukturę (Nojszewska, 2011). Warto wspomnieć, że system publicznej ochrony zdrowia ulega permanentnie różnym przekształceniom w związku z transformacjami gospodarczymi i postępującymi reformami politycznymi (Stępniewski, 2008). Można wskazać trzy zasadnicze okresy, podczas których struktura systemu ochrony zdrowia ulegała przeobrażeniom. W Polsce pierwszy okres przypada na 20-lecie międzywojenne, następnie wskazuje się lata po II wojnie światowej w realiach funkcjonowania gospodarki centralnie-sterowanej i obowiązujący aktualnie okres, który rozpoczął się w momencie przeobrażeń systemowych od lat 90. XX wieku (Dobska, 2013). W Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) istniała służba zdrowia. Stanowiła rozwiązanie modelowe traktowane jako konstytucyjne i polityczne zadanie państwa. Punktem przełomowym, który umożliwił rozpoczęcie głębokiego procesu reformy systemu ochrony zdrowia była zmiana ustrojowa z 1989 roku (Grycner, 2015). Koniecznym stało się dostosowanie zarządzania podmiotami leczniczymi do warunków rynkowych. Zapoczątkowane w latach 90. XX wieku zmiany

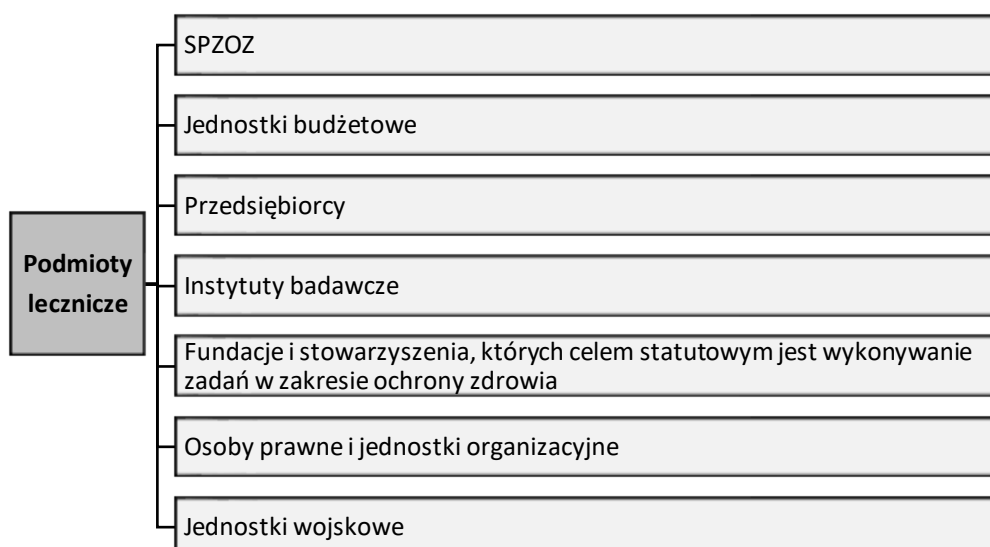
funkcjonalne i organizacyjne systemu leczenia w obszarze ambulatoryjnym i szpitalnym doprowadziły do sukcesywnego rozwoju opieki zdrowotnej (Stępniewski, 2008). *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153), wprowadzona w 1999 roku zapoczątkowała proces restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej. W wyniku podjętych działań do systemu zdrowotnego wprowadzono rachunek ekonomiczny (Fogt, 2012; Polakowski i in., 2019). Odstąpiono od modelu socjalistycznej służby zdrowia opartej o mechanizm administracyjno-nakazowy i rozpoczęto budowę systemu ubezpieczeniowego, który uwzględnia mechanizmy rynkowe. Wprowadzono swobodę wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów zgodnie z ich preferencjami, znosząc rejonizację (NIK, 2019). Jednak szybkie wprowadzanie reform, przy braku pełnej spójności kolejnych etapów i radykalne zmiany wygenerowały konieczność wprowadzania późniejszych modyfikacji (Polakowski i in., 2019).

Z zapisu Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia wszystkim obywatelom Polski dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483, art. 61.1). Pacjentom przysługują określone świadczenia zdrowotne zapewnione w ramach publicznej ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych. Główne obszary opieki zdrowotnej w Polsce to m.in: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, hospitalizacja oraz ratownictwo medyczne (por. Dz. U. z 2004 r, nr 210, poz. 2135).

*Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*<sup>9</sup> (Dz.U. 2024 poz. 799) jest kluczowym aktem prawnym wyjaśniającym pojęcia dotyczące działalności leczniczej przez regulację jej wykonywania i określającym zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz odnoszącym się do wykonujących ją podmiotów. Zasadnicze formy prowadzenia podmiotów leczniczych wskazano na rys. 17. Schemat powinien ułatwić zrozumienie podziału podmiotów leczniczych, natomiast dokładne informacje dotyczące formy prowadzenia podmiotu zostały opisane we wspomnianej Ustawie (por. Dz.U. 2024 poz. 799).

---

<sup>9</sup> W *Obwieszczeniu Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 kwietnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej* (Dz.U. 2024 poz. 799) wskazano, że zmiany w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wynikają ze zmiany innych ustaw. Tekst jednolity zawiera aktualną wersję ustawy po uwzględnieniu zmian.



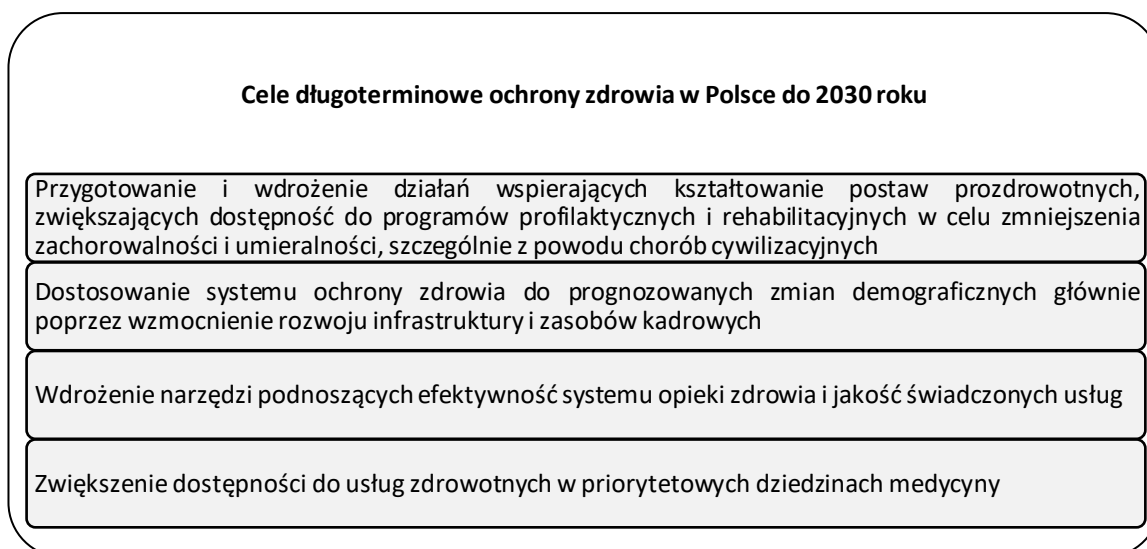
**Rysunek 17. Typologia podmiotów leczniczych**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dz.U. 2024 poz. 799, s. 5-6).

System opieki zdrowotnej łączy wielu uczestników o różnych interesach, generując konieczność właściwej koordynacji i współdziałania. Wśród nich można wyróżnić główne podmioty, które wskazano poniżej:

- podmioty tworzące, którymi są jednostki budżetowe, albo podmioty lub organy, które utworzyły podmiot leczniczy w formie samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022, poz. 633),
- płatnicy świadczeń, wśród których głównym jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a jego rolą jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych osobom upoważnionym (Bromber, 2017),
- świadczeniodawcy, do których zalicza się podmioty lecznicze, realizujące usługi na podstawie umów zawartych z płatnikami (Hellich i Wierzowiecka, 2017),
- organy nadzoru i kontroli, odpowiedzialne za nadzór prowadzonych działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przepisami i regulacjami, audytem oraz weryfikacją gospodarowania środkami publicznymi (Dz.U. 2024 poz. 799),
- świadczeniobiorcy z prawem do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (Hellich i Wierzowiecka, 2017).

Dokument opracowany przez Ministerstwo Zdrowia przedstawia długoterminowe cele strategiczne oraz cele operacyjne związane z kierunkami interwencji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Usystematyzowane cele wyeksponowano na rys. 18.



**Rysunek 18. Cele strategiczne ochrony zdrowia w Polsce do 2030 roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Ministerstwo Zdrowia, 2015, s. 135).

Dla skutecznej realizacji powyższych celów istotne jest zapewnienie właściwego funkcjonowania ochrony zdrowia w skali makro, ale również efektywnego działania poszczególnych podmiotów leczniczych, w których realizowane są wskazane powyżej cele. W związku z tym, jednym z kluczowych aspektów jest umożliwienie ciągłości funkcjonowania podmiotów leczniczych poprzez zapewnienie wystarczającej liczby personelu medycznego. Nawiązując do zakresu podmiotowego pracy, w celu zrozumienia tła pracy lekarzy w sektorze publicznym w kolejnych podrozdziałach opisano podstawowe zasady działalności szpitali publicznych, a także organizację zasobów ludzkich w tych podmiotach.

**3.2. Uwarunkowania prawne i ekonomiczne funkcjonowania szpitali**

Zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem ludzi i środków majątkowych utworzonym i funkcjonującym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (Głowacka, 2004). Zakład opieki zdrowotnej charakteryzuje się cechami typowymi dla organizacji, ale posiada również cechy szczególne, które mają wpływ na proces kontroli zarządczej (Kautsch, 2015). W systemie ochrony zdrowia w Polsce funkcjonują organizacje, których ekonomicznym celem działalności nie jest maksymalizacja zysku. W związku z tym, nie zawsze oddziałują na nie bodźce skłaniające je do minimalizacji ponoszonych kosztów działalności. Mimo tego funkcjonując w realiach ekonomii muszą

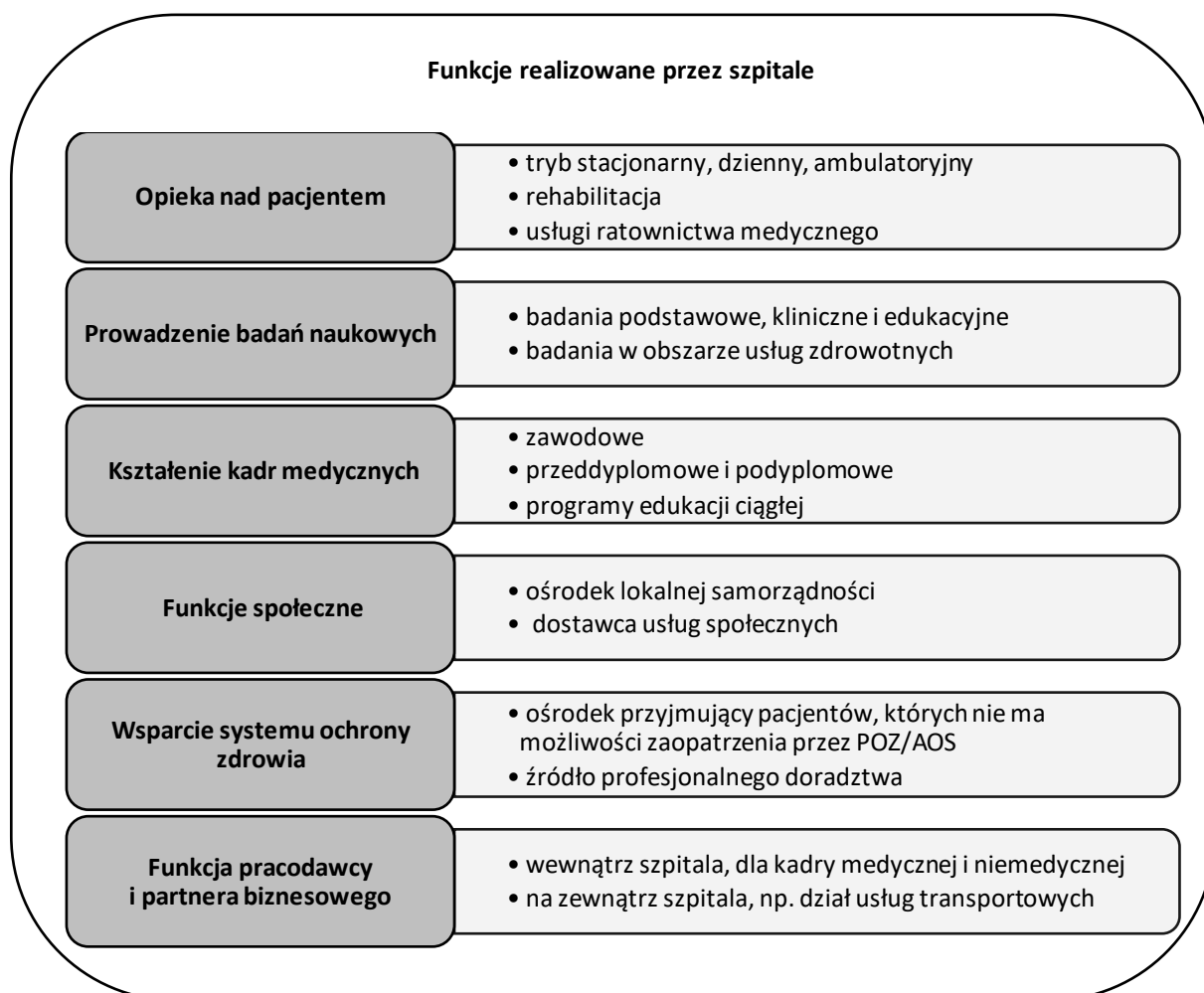
podejmować racjonalne decyzje, gwarantujące efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów i maksymalizację użyteczności (Nojszewska i in., 2017). Wspomniane organizacje charakteryzują się specyficznymi uwarunkowaniami, wymienionymi poniżej:

- odmienny sposób zarządzania,
- nieobecność zysku jako miary oceny działalności,
- ograniczenia dotyczące strategii i celów,
- różnorodne uwarunkowania prawne i podatkowe,
- mniejsza zależność od klientów w zakresie wsparcia finansowego,
- znaczenie wpływów politycznych (Young, 2012; Kautsch, 2015).

Wskazane cechy nie wykluczają możliwości podejmowania działań ukierunkowanych na podnoszenie efektywności funkcjonowania szpitali publicznych, ponieważ pomimo wspomnianych uwarunkowań funkcjonują one jako jednostki w otoczeniu rynkowym (Kautsch, 2015). Szpitale są specyficznymi przedsiębiorstwami medycznymi, odrębnymi od innych podmiotów działających w gospodarce (Sidor-Rządkowska, 2018). Znaczącą różnicą w funkcjonowaniu szpitali publicznych jest fakt, że spoczywa na nich wynikający bezpośrednio z Konstytucji Rzeczypospolitej Polski obowiązek udzielania pomocy medycznej, w szczególności w przypadkach nagłych, takich jak bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów. W takich sytuacjach bez znaczenia jest suma dysponowanych aktualnie środków finansowych. W przypadku realizacji świadczeń udzielanych ponad ustalony przez Narodowy Fundusz Zdrowia limit, szpital z jednostki rynkowej, staje się jednostką realizującą obowiązkowe świadczenia (Orliński i Niestrata-Ortiz, 2016; Sidor-Rządkowska, 2018).

Nie istnieje jednoznaczna i wystandaryzowana definicja szpitala (Dubas-Jakóbczyk i in., 2021). W *Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej* (Dz.U. 2024 poz. 799) pojęcie szpitala zostało zdefiniowane jako „zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. W statystyce publicznej szpital definiowany jest jako „zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (...)” (GUS, 2022a). Z kolei w sekcji definicji zawartych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69, s. 14) szpital zdefiniowano jako „świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne”.

Głównym celem szpitali jest realizacja świadczeń zdrowotnych, natomiast pełnią one kilka innych funkcji, które wynikają z wielości form i rodzajów podmiotów (Dubas-Jakóbczyk i in., 2021). Zakres funkcji realizowanych przez szpitale wskazano na rys. 19.



**Rysunek 19. Zakres funkcji realizowanych przez szpitale**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (MCKee i Helay, 2002, s. 60; Dubas-Jakóbczyk i in., 2021, s. 165).

Z powyższego opracowania wynika, że szpitale realizują wiele funkcji, w tym podstawową, która dotyczy opieki nad pacjentem. Szczegółne działanie szpitali publicznych powinno stanowić bodziec do poszukiwania metod, narzędzi i procedur zarządzania. Nie może jednak stanowić usprawiedliwienia dla nieudolności w tym obszarze. Niemożliwe jest kopiowanie rozwiązań z organizacji biznesowych poprzez bezpośrednie utożsamianie pacjenta z klientem, lekarza z dostawcą usług, a szpitala z przedsiębiorstwem. Takie działanie wskazywałoby na głębokie niezrozumienie specyfiki funkcjonowania szpitali publicznych (Sidor-Rządkowska, 2018). W związku z powyższym, prowadzenie ukierunkowanej analizy i badań skoncentrowanych na specyficznych uwarunkowaniach

funkcjonowania szpitali publicznych i zatrudnionych w nich pracowników medycznych jest w pełni uzasadnione. Według różnych kryteriów, uwzględniając rodzaj i zakres świadczonych usług można wyróżnić różne klasyfikacje szpitali, wskazane w tab. 4.

**Tabela 4. Klasyfikacja szpitali według różnych kryteriów**

| Kryterium klasyfikacji             | Rodzaje szpitali                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zakres i rodzaj świadczonych usług | <ul style="list-style-type: none"> <li>• monoprofilowe</li> <li>• wieloprofilowe, ogólne</li> </ul>                                                                                        |
| Poziom referencji                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• podstawowe</li> <li>• wysokospecjalistyczne, kliniczne</li> </ul>                                                                                 |
| Zasięg geograficzny                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• lokalne</li> <li>• regionalne</li> <li>• ponadregionalne</li> </ul>                                                                               |
| Stosunki właścicielskie            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• publiczne</li> <li>• niepubliczne</li> </ul>                                                                                                      |
| Ekonomiczny cel działalności       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• nastawione na zysk</li> <li>• nienastawione na zysk</li> </ul>                                                                                    |
| Forma organizacyjno-prawna         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• formy prawne dedykowane wyłącznie dostawcom usług zdrowotnych</li> <li>• fundacje lub stowarzyszenia</li> <li>• spółki</li> <li>• inne</li> </ul> |
| Liczba łóżek                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• do 100 łóżek</li> <li>• 100-300 łóżek</li> <li>• powyżej 300 łóżek</li> </ul>                                                                     |
| Długość pobytu                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• opieka dzienna</li> <li>• pobyt krótkoterminowy</li> <li>• pobyt długoterminowy</li> </ul>                                                        |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Hensher i Edwards, 2002, s. 74; Dubas-Jakóbczyk i in., 2021, s. 165-166).

Sytuacja w szpitalach publicznych znacząco różni się we wskazanych aspektach od szpitali prywatnych, które funkcjonują według odmiennych zasad i uwarunkowań. Obie grupy szpitali funkcjonują w warunkach rynkowych, jednak ich sytuacja jest kompletnie odmienna. Szczególna różnica przejawia się w kontekście realizacji przez szpitale publiczne wszystkich procedur, w tym kosztochłonnych i niedoszacowanych oraz przejmowania rentownych procedur przez szpitale prywatne (Sidor-Rządkowska, 2018). W tab. 5 wskazano wybrane czynniki różniące sytuację szpitali publicznych w Polsce w porównaniu ze szpitalami prywatnymi.

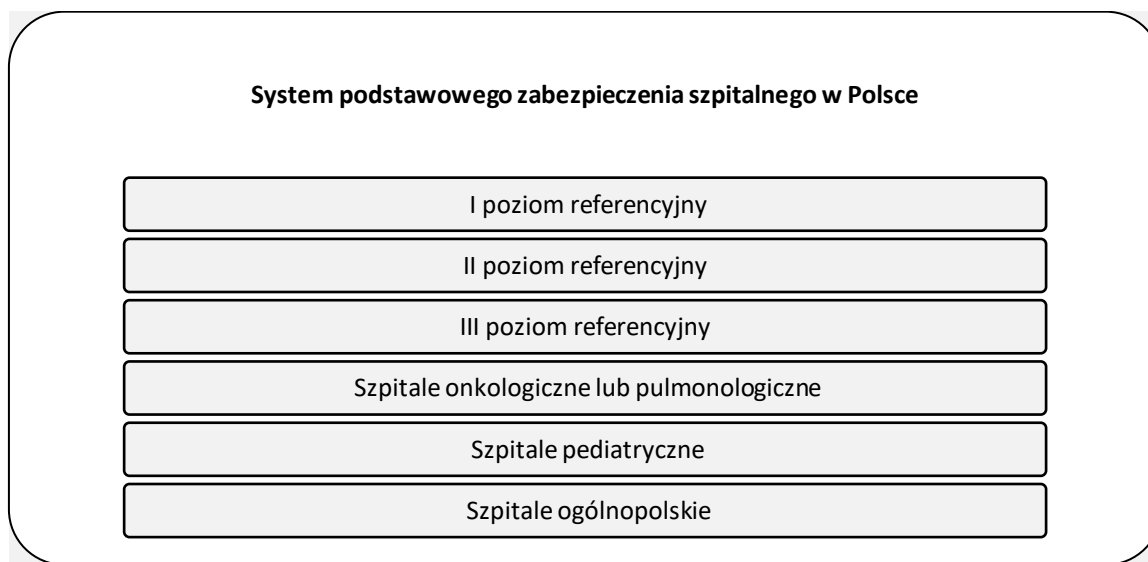
**Tabela 5. Wybrane czynniki różnicujące funkcjonowanie szpitali publicznych i prywatnych w Polsce**

| Cecha                                           | Szpital publiczne                                                                                                                                                                                                                                 | Szpital prywatne                                                                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zakres realizacji procedur medycznych           | Wykonywane pełnego spektrum procedur medycznych, w tym nierentownych i niedoszacowanych                                                                                                                                                           | Koncentracja na dochodowych procedurach medycznych                                                     |
| Zakres finansowania procedur medycznych         | Utrudniona lub wykluczona możliwość świadczenia tych samych procedur na podstawie kontraktu z NFZ oraz komercyjnie                                                                                                                                | Możliwość świadczenia tych samych procedur na podstawie kontraktu z NFZ oraz komercyjnie               |
| Opinia społeczna o funkcjonowaniu szpitala      | Opinia społeczna o funkcjonowaniu publicznej opieki zdrowotnej gorszym niż prywatna                                                                                                                                                               | Opinia społeczna o lepszym niż publiczna funkcjonowaniu prywatnej opieki zdrowotnej                    |
| Oddziaływanie grup zawodowych                   | Duże oddziaływanie wpływowych grup zawodowych, w tym głównie medycznych                                                                                                                                                                           | Umiarkowane lub nieznaczne oddziaływanie wpływowych grup zawodowych                                    |
| Konsekwencje poprzedniego systemu gospodarczego | Brzemie konsekwencji poprzedniego systemu gospodarczego w licznych obszarach, np. rozbudowanej administracji, przerostu zatrudnienia w niektórych grupach zawodowych, nadmiernych kosztów osobowych, negatywnych praktyk i kultury organizacyjnej | Brak powiązania, nowe podmioty organizowane i zarządzane są racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia |
| Ingerencja interesariuszy politycznych          | Znaczna ingerencja ze strony interesariuszy z otoczenia politycznego                                                                                                                                                                              | Niewielka lub brak ingerencji ze strony interesariuszy z otoczenia politycznego                        |
| Publiczny organ prowadzący                      | Możliwość pokrycia ujemnego wyniku finansowego przez publiczny organ prowadzący i dostęp do środków publicznych                                                                                                                                   | Brak publicznego organu prowadzącego, utrudniony dostęp do dotacji publicznych                         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Lenik 2017, s. 46-47; Sidor-Rządkowska, 2018, s. 128).

Formalnie, szpitale publiczne dzielą się według poziomów zabezpieczenia, które określają potencjał wykonawczy udzielanych medycznych świadczeń gwarantowanych (Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951, s. 2). W 2017 roku została wdrożona ostatnia istotna zmiana związana z funkcjonowaniem szpitali publicznych, mająca na celu poprawę dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych, a także zapewnienie lepszych warunków funkcjonowania szpitali. Przyjęto wówczas system podstawowego zabezpieczenia szpitalnego świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), nazywany potocznie "siecią szpitali" (NIK, 2019; MZ, 2021; DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się kilka poziomów, określanych przez świadczenia systemu opieki zdrowotnej w ramach profili zabezpieczenia wynikających z podziału względem wyspecjalizowania. W celu

zróżnicowania możliwości sprawowania opieki i udzielania pomocy pacjentom z bardziej skomplikowanymi przypadkami medycznymi uwzględniono stopnie referencyjności, dodatkowo determinowane jakością i warunkami świadczonych usług (Porządna, 2018). Istotnym faktem jest, że konkretny szpital może zostać zakwalifikowany wyłącznie do jednego poziomu (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). Zgodnie z podziałem wskazanym w ustawach, poziomy szpitali wyszczególniono na rys. 20.

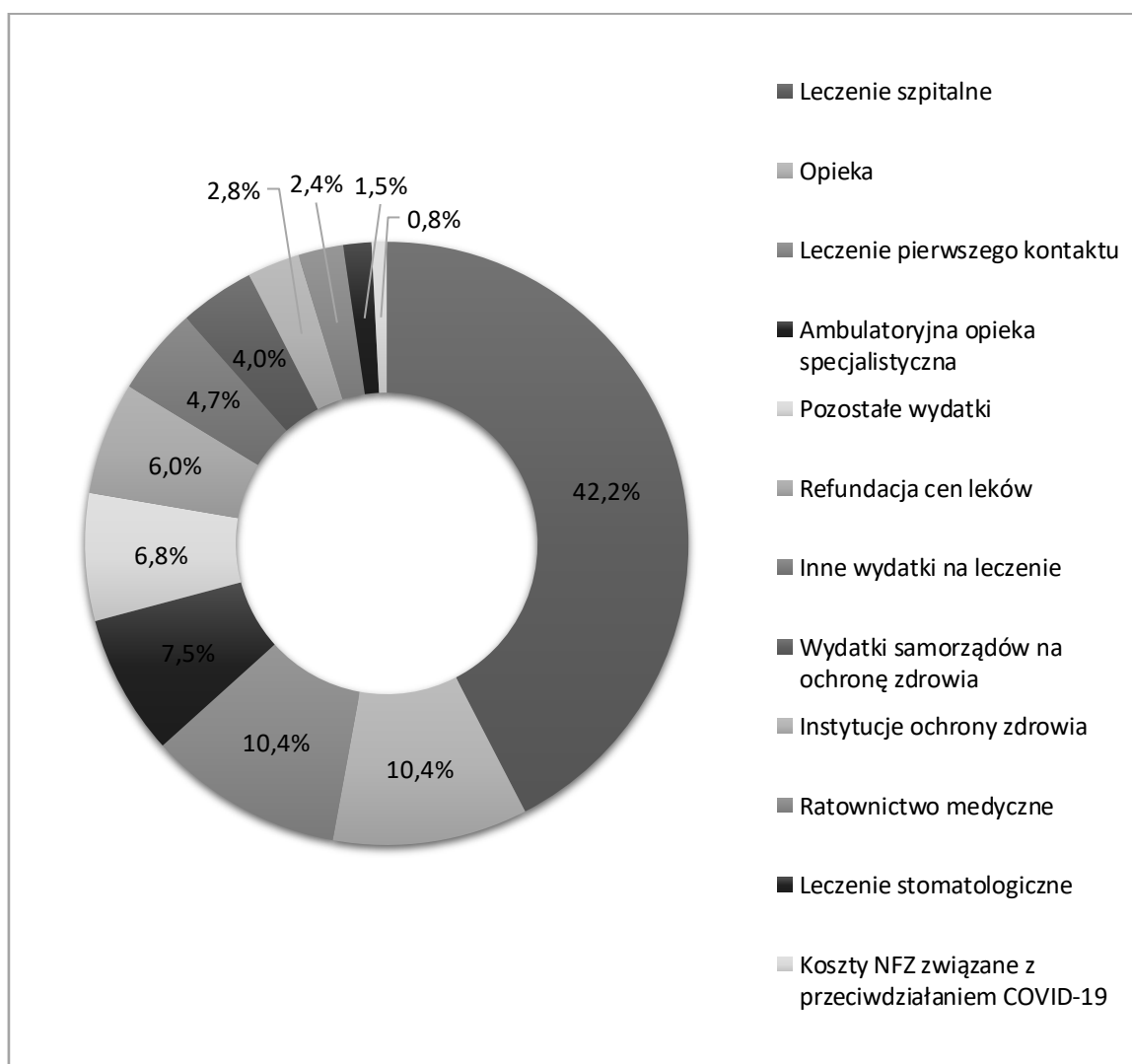


**Rysunek 20. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych**  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dz. U. 1998 nr 164, poz. 1193, s. 7145; Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951, s. 1-3).

W ramach poziomów pierwszego, drugiego i trzeciego zakwalifikowane są szpitale o zasięgu lokalnym lub regionalnym (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). Pierwszy poziom referencyjny obejmuje szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w podstawowych specjalnościach medycznych, uwzględniając chirurgię ogólną, choroby wewnętrzne, pediatrię, położnictwo i ginekologię lub neonatologię oraz anestezjologię i intensywną terapię lub szpitalny oddział ratunkowy. Drugi poziom referencyjny dotyczy zakresu wskazanego w pierwszym poziomie rozszerzonego o minimum cztery specjalności z listy opublikowanej w ustawie (Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951). Trzeci poziom referencyjny zawiera szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe (Dz. U. 1998 nr 164, poz. 1193). Istotą trzech pierwszych poziomów szpitali jest zapewnienie podstawowego poziomu zabezpieczenia dla pacjentów. Natomiast trzem następnym, czyli szpitalom onkologicznym lub pulmonologicznym, pediatrycznym oraz ogólnopolskim wyznaczono rolę zabezpieczenia na poziomie specjalistycznym (DZ. URZ.

Min. Zdr. 2021.69). Dla szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych wskazano świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach wskazanego profilu zabezpieczenia, tymczasem szpitale pediatryczne obejmują wszystkie profile zabezpieczenia szpitalnego dla dzieci, a szpitale ogólnopolskie zapewniają wszystkie profile zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego (Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951).

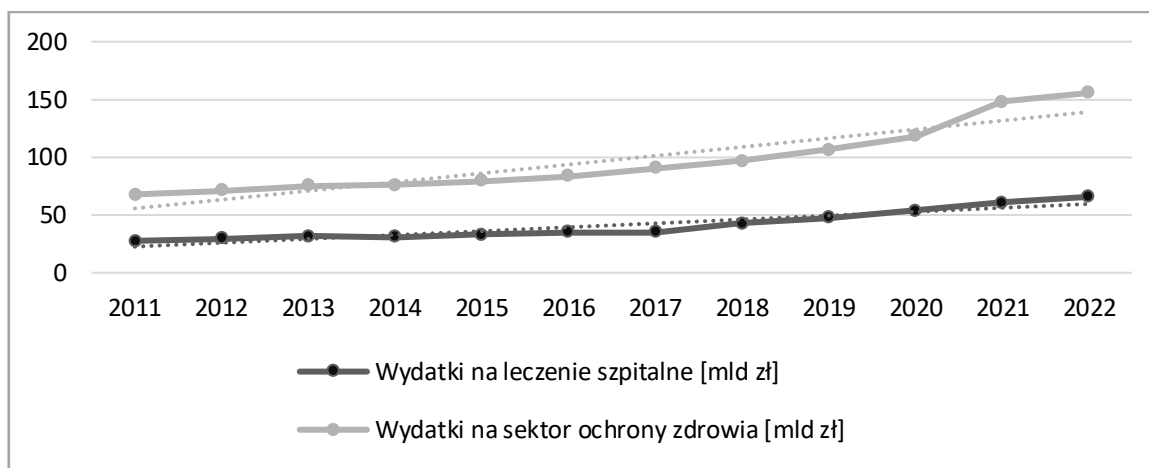
Szpitalne publiczne zabezpieczają możliwość realizowania celów polityki zdrowotnej państwa (Zaleska, 2012). W zakresie podmiotowym niniejszej pracy doktorskiej wybrano szpitale publiczne ze względu na przeznaczanie na ten obszar największego udziału publicznych środków finansowych asygnowanych do sektora ochrony zdrowia. W 2022 na ten cel przeznaczono 155,6 mld złotych, w tym na leczenie szpitalne 44,2% (Fundacja Republikańska, 2022), co zaprezentowano na rys. 21.



**Rysunek 21. Wydatki państwa na sektor zdrowia w Polsce w 2022 roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Fundacji Republikańskiej (2022).

Wydatki przeznaczane na leczenie szpitalne stanowią dominującą część środków przeznaczanych na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (zob. rys. 21) i cechują się generalną tendencją wzrostową na przestrzeni ostatnich lat (rys. 22).



**Rysunek 22. Udział wydatków na ochronę zdrowia i leczenie szpitalne w latach 2011-2022 w Polsce**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Fundacji Republikańskiej, 2022).

Mimo to, podłożem obecnego kryzysu w ochronie zdrowia jest niewystarczająca możliwość finansowania potrzeb zdrowotnych z budżetu państwa i budżetów domowych (Dobska, 2018). Aktualnie funkcjonujący system ochrony zdrowia cechuje się strukturalną nierównowagą w zakresie liczby zakontraktowanych świadczeń, niewspółmiernej z występującymi potrzebami pacjentów. Generuje to kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych oraz wysokie zadłużenie części podmiotów leczniczych (NIK, 2018). Konsekwencje podejmowanych działań w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem SARS-CoV-2019 i kryzys gospodarczy będący następstwem pandemii dodatkowo negatywnie wpłynęły na równowagę dochodów i wydatków publicznego systemu ochrony zdrowia (Bukowski i in., 2020).

Leczenie szpitalne zalicza się zazwyczaj do najbardziej skomplikowanej formy opieki medycznej w sferze infrastrukturalnej, organizacyjnej, jak również techniczno-technologicznej, uwzględniając diagnostykę, wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny i wykwalifikowaną kadrę medyczną (GUS, 2019). Podstawowe dane opublikowane w raporcie przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia (2021) wskazują, że w zakresie opieki szpitalnej od lat utrzymuje się stała liczba hospitalizowanych pacjentów, a trendy braku wzrostu liczby hospitalizacji w trybie dziennym oraz spadku liczby pacjentów

korzystających ze świadczeń AOS są niepokojące, gdyż wiele potrzeb zdrowotnych pacjentów mogłoby być rozwiązywanych na niższych poziomach opieki zdrowotnej, natomiast przesuwanie świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji na AOS i opiekę w trybie dziennym następuje powoli.

Istotnym aspektem jest dostępność do świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, ponieważ stanowi ona wynik powiązania kilku czynników i istniejących problemów:

- niewystarczającej możliwości dostępu do świadczeń na niższych poziomach opieki zdrowotnej,
- czasu oczekiwania na wizytę na poziomie AOS,
- niskich wycen świadczeń ambulatoryjnych,
- niższą jakością usług poza szpitalnych,
- statusem społeczno-ekonomicznym pacjentów,
- organizacją świadczeń szpitalnych,
- strukturą wiekową pacjentów i zapotrzebowaniem na określone świadczenia szpitalne,
- niewystarczającą koordynacją działań pomiędzy szpitalem a pozostałymi podmiotami leczniczymi (MZ, 2021).

W poniższej tabeli (tab. 6) wskazano medianę oraz średni czas oczekiwania na hospitalizację oraz liczbę planowych hospitalizacji w 2019 roku zgodnie z podziałem według specjalizacji.

**Tabela 6. Mediana, średni czas oczekiwania i liczba hospitalizacji w 2019 roku**

| Specjalizacja \ Czas | Mediana czasu oczekiwania [dni] | Średni czas oczekiwania [dni] | Liczba hospitalizacji [mln] |
|----------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Zachowawcza          | 18                              | 47                            | 1,20                        |
| Zabiegowa            | 36                              | 92                            | 2,25                        |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69, s. 211).

Szpital działając w uwarunkowaniach rynku usług medycznych musi reagować na współczesne problemy i wyzwania. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dla pacjentów kluczowe jest racjonalne i właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi (Głowacka i Mojs, 2015). Kadry medyczne stanowią zróżnicowaną grupę, której kształcenie, uprawnienia zawodowe

i doskonalenie zostały uregulowane ustawowo (MZ, 2021). W szpitalach zatrudniana jest największa grupa pracowników medycznych i tam występuje największa koncentracja różnorodnych przypadków chorób (Lenik, 2017). Warunkiem koniecznym prawidłowego funkcjonowania szpitali publicznych jest zapewnienie odpowiedniej liczby kompetentnego personelu (Sidor-Rządkowska, 2018). W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896) określono trzy główne grupy pracowników zatrudnianych w szpitalach publicznych oraz wymagane kwalifikacje niezbędne do podjęcia zatrudnienia na poszczególnych rodzajach stanowisk:

- pracownicy działalności podstawowej,
- pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni,
- pracownicy gospodarczy.

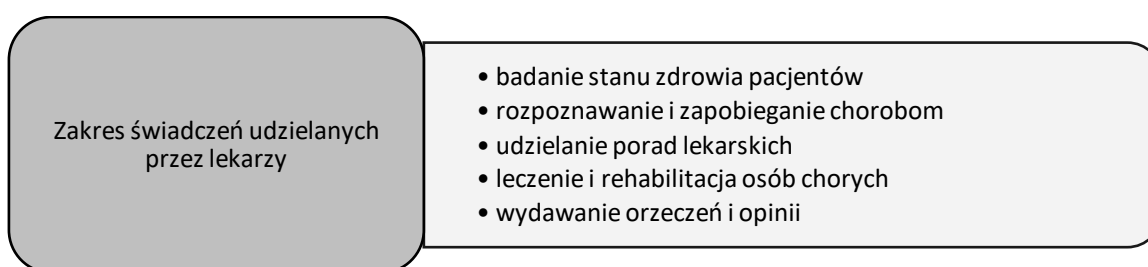
Pierwszą grupę stanowi personel wykonujący zawody medyczne, czyli osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny (Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89, art. 18d, 1, 1). Do tej grupy osób z wykształceniem wyższym, na podstawie stosownych ustaw (por. Dz.U. 2022.168; Dz.U. 2022.1529; Dz.U. 2022.1720; Dz.U. 2022.1873; Dz.U. 2022.2162; Dz.U. 2022.2702) zaliczani są lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, farmaceuci, felczerzy, diagnosty laboratoryjni i fizjoterapeuci. Do pracowników administracyjnych, technicznych i ekonomicznych zaliczono personel odpowiedzialny za organizację działalności podmiotu leczniczego, w tym m.in. informatyków, księgowych, pełnomocników ds. pacjentów, pracowników sekretariatu i referentów. Pracownicy gospodarczy natomiast wykonują zadania porządkowe i naprawcze w obrębie podmiotu leczniczego (Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896).

Zasoby ludzkie fundamentalnie wpływają na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i realizowanych świadczeń medycznych (GUS, 2018). Właściwa organizacja pracy personelu medycznego w szpitalach umożliwia i poprawia zaspokojenie potrzeb społecznych związanych z utrzymaniem zdrowia i ratowaniem życia (Zaleska, 2012). Biorąc pod uwagę zadania, których realizację powierza się szpitalom, zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych wymaga wprowadzania przemyślnych zmian odnoszących się do wcześniej wspomnianych celów działania szpitali publicznych (Sidor-Rządkowska, 2018). Rozpatrując zakres podmiotowy niniejszej pracy doktorskiej,

w kolejnym podrozdziale omówiono treść i kontekst pracy lekarzy, jako grupy pracowników kluczowej z punktu widzenia prowadzonych rozważań.

### 3.3. Treść i kontekst pracy lekarzy

Według definicji ze *Słownika Języka Polskiego* „lekarz to osoba zajmująca się leczeniem ludzi i zwierząt” (SJP, 2023b). Lekarz to zawód medyczny, który polega na udzieleniu określonych świadczeń (rys. 23) przez osobę posiadającą potwierdzone odpowiednimi dokumentami wymagane kwalifikacje (Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152; GUS, 2023).



**Rysunek 23. Zakres świadczeń udzielanych przez lekarzy w ramach wykonywania zawodu**

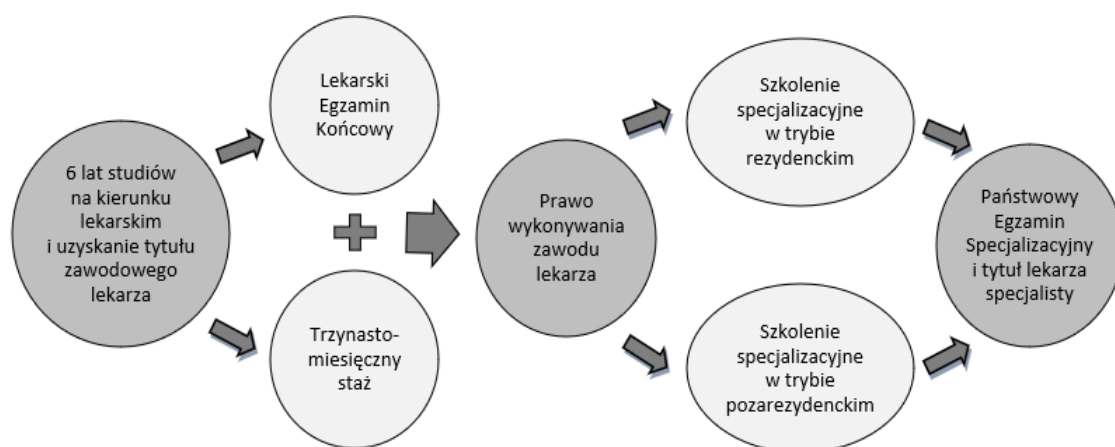
Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152 i GUS, 2023).

Dodatkowo, w *Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152) wskazano, że za wykonywanie zawodu lekarza przyjmuje się również działania:

- podejmowanie badań naukowych lub prowadzenie prac rozwojowych w dziedzinie promocji zdrowia lub nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
- edukacja i szkolenie w zakresie zawodu lekarza,
- kierowanie podmiotem leczniczym na warunkach wskazanych w *Ustawie z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej* (Dz.U. 2024 poz. 799),
- zatrudnianie pracowników w podmiotach leczniczych zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Od 2015 roku mocą ustawy wprowadzono rozwiązanie legislacyjne zapewniające możliwość udzielania świadczeń medycznych za pośrednictwem systemów łączności lub teleinformatycznych, potwierdzając legalność realizowania tzw. telemedycyny (Dz.U. 2015 poz. 1991). Warto podkreślić, że podczas udzielania takich świadczeń zdrowotnych lekarza obowiązują tożsame standardy, uwzględniając wymóg należytej staranności wobec pacjenta i postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (Kocańda, 2018).

Zawód lekarza może wykonywać jedynie osoba posiadająca konieczne i potwierdzone odpowiednimi dokumentami kwalifikacje (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152). Zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Polsce przepisami, pełne prawo wykonywania zawodu (PWZ) lekarza uzyskuje się w wyniku spełnienia określonych wymagań, po ukończeniu sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK), poprzednio określonego jako Lekarski Egzamin Państwowy (LEP) oraz odbyciu trzynastomiesięcznego obowiązkowego stażu podyplomowego (Sidor-Rządkowska, 2018). Następnie, prawdopodobne jest dalsze pogłębianie wiedzy w celu otrzymania tytułu lekarza specjalisty. Kształcenie specjalizacyjne lekarza w wybranej dziedzinie medycyny odbywa się w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim<sup>10</sup> i kończy się Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym (PES) (por. Krzewińska i in., 2015; Dz.U. 2020 poz. 1566). Schemat ścieżki zawodowej lekarza zaprezentowano na rysunku 24.



**Rysunek 24. Etapy kształcenia zawodowego lekarzy w Polsce**

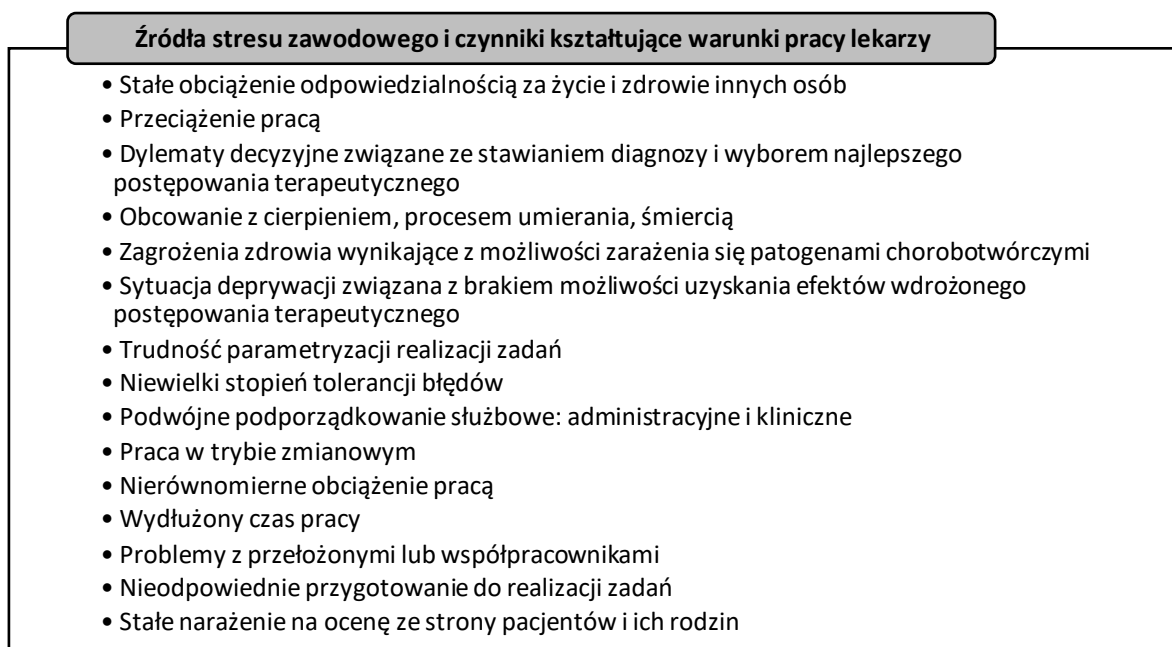
Źródło: opracowanie własne na podstawie (Sidor-Rządkowska, 2018; Dz.U. 2020 poz. 1566).

Można wyróżnić trzy zasadnicze etapy kariery zawodowej lekarzy: okres zdobywania wiedzy, pełnię aktywności zawodowej oraz późniejszą dalszą pracę (Irzyniec i in., 2010). Niezbędnym elementem rozwoju zawodowego lekarzy po zdobyciu wiedzy jest jej bieżące aktualizowanie i uzupełnianie. Różne podmioty związane z ochroną zdrowia organizują szkolenia, kursy, konferencje, zjazdy, sympozja (Krzewińska i in., 2015). Warto wspomnieć,

<sup>10</sup> W ramach trybu rezydenckiego lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w oparciu o umowę o pracę zawieraną z podmiotem, który prowadzi szkolenie specjalizacyjne. W trybie pozarezydenckim lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne w przypadku wolnych miejsc szkoleniowych na podstawie różnych rodzajów umów (Ministerstwo Zdrowia, 2018).

że możliwości awansu zawodowego lekarza są ograniczone, ponieważ stanowisko ordynatora jest zasadniczo ostatnim etapem kariery klinicznej (Kautsch, 2015).

Zawód lekarza jest szczególny w aspekcie wykonywania pracy, gdyż należy do tzw. zawodów zaufania publicznego (Sesiuk i in., 2017). Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki nawet poza wyznaczonymi godzinami pracy (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152, art. 30). Praca lekarza wymaga także podejmowania decyzji o poważnych i długoterminowych konsekwencjach dotyczących zdrowia i życia człowieka (Lewandowicz-Machnikowska, 2017). Taka odpowiedzialność dotycząca ludzi jest znacznie bardziej obciążająca wielopłaszczyznowo niż za zasoby materialne, dlatego pracownicy medyczni są niezwykle mocno narażeni w swojej pracy na różne wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce, które wywołują stres (Głowacka i Mojs, 2015). Czynniki wpływające na stres zawodowy pracowników medycznych, w szczególności biorąc pod uwagę lekarzy zaprezentowano na rys. 25.



**Rysunek 25. Źródła stresu zawodowego i czynniki kształtujące warunki pracy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kautsch, 2015; Głowacka i Mojs, 2015, s. 134-135; Ziedelis, 2018; NIK, 2021).

Doświadczany stres zawodowy wynika z toksycznego środowiska pracy (Fortes i in., 2020) i jest związany z obecnością czynników obejmujących fizyczne i społeczne warunki pracy (Głowacka i Mojs, 2015). Na trudne warunki pracy lekarzy ma wpływ zespół różnych czynników, takich jak praca w kilku miejscach, długie dyżury, zmianowość, długotrwałe obciążenie psychologiczne i zwiększone ryzyko zakażenia wirusami (WUP, 2021). Biorąc

pod uwagę powyższe aspekty, istotnym zagadnieniem związanym z opisanymi wcześniej czynnikami jest miejsce pracy lekarzy. W przeglądzie systematycznym literatury El Koussa i in. (2016), dotyczącym czynników decydujących o wyborze miejsca pracy przez lekarzy wyróżniono sześć kluczowych kategorii. Czynniki wpływające na decyzję o wyborze miejsca pracy przez lekarza zostały rozwinięte w tab. 7.

**Tabela 7. Czynniki wpływające na decyzję o wyborze miejsca pracy przez lekarzy**

| Czynniki wpływające na decyzję o wyborze miejsca pracy przez lekarzy |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Główny czynnik                                                       | Subczynniki                                                                                                               |
| Zachęty finansowe                                                    | Adekwatna wysokość wynagrodzenia do wykonywanej pracy<br>Stałe wynagrodzenie<br>Wynagrodzenie zapewniające bezpieczeństwo |
| Rozwój kariery                                                       | Rozwój zawodowy w profesji<br>Możliwość szkoleń i dalszej edukacji<br>Reputacja zawodu lekarza                            |
| Infrastruktura i personel                                            | Dostępność zasobów<br>Braki kadrowe<br>Warunki pracy                                                                      |
| Środowisko pracy                                                     | Relacje z pacjentami<br>Relacje z przełożonymi i administracją<br>Oddziaływanie kierownictwa                              |
| Obciążenie pracą                                                     | Godziny pracy<br>Ilość zadań<br>Presja                                                                                    |
| Autonomia                                                            | Możliwość wdrażania własnych pomysłów<br>Elastyczność w leczeniu pacjenta                                                 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (El Koussa i in., 2016, s. 4-6).

W przytoczonym zestawieniu można dostrzec, że jest wiele czynników wpływających na decyzję o wyborze miejsca pracy przez lekarzy. Można uwzględnić czynniki zewnętrzne, dotyczące kontekstu wykonywania pracy i wewnętrzne, związane z uwarunkowaniami dotyczącymi wykonywania zawodu lekarza. Jednym z istotnych aspektów wpływających na decyzję o wyborze miejsca pracy jest również środowisko pracy, które zostało szczegółowo omówione w rozdziale drugim.

W Polsce występują liczne i różnorodne problemy związane z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia, które omówiono w kolejnym podrozdziale.

### 3.4. Problemy związane z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy

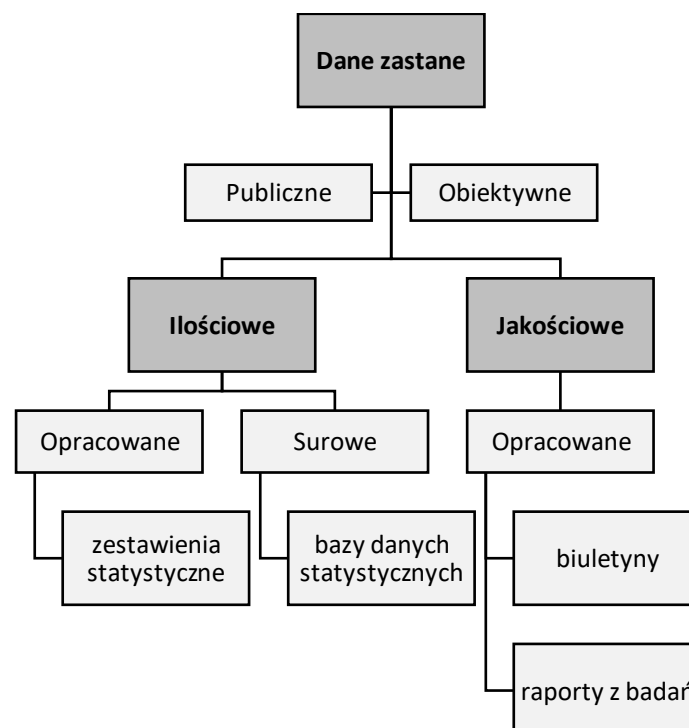
Według opracowania ILO (2023), w 2022 roku luka w globalnym zatrudnieniu na świecie ogółem wynosiła 473 miliony osób. Odpowiadało to wskaźnikowi luki w zatrudnieniu na poziomie 12,3%. W oparciu o raport przygotowany przez World Bank Group (2016) w Europie popyt na pracowników medycznych wyniesie do 2030 roku aż 18,2 milionów osób. Szacuje się, że brakujący pracownicy będą stanowić około 20% zasobów ludzkich potrzebnych do utrzymania systemów opieki zdrowotnej (Britnell, 2019). Według raportu WHO (2022) kraje z regionu europejskiego, obejmującego 53 kraje Europy i Azji Środkowej mierzą się z poważnym kryzysem pracowników w obszarze ochrony zdrowia. Problem rozbieżności między potrzebną liczbą pracowników ochrony zdrowia świadczących usługi medyczne, a dostępnością pracowników będzie dotyczyć coraz więcej krajów (WHO, 2016). Źródłem deficytu personelu medycznego są przede wszystkim zaniedbania w tworzeniu ich podaży (Polakowski i in., 2019). Zatem w celu zapewnienia ciągłości opieki medycznej konieczne jest rozwiązanie problemu niedoboru pracowników medycznych (Zgliczyński, 2018). Obserwacja i analiza wskazanych zjawisk są kluczowe dla zarządzających jednostkami ochrony zdrowia w celu przetrwania w turbulentnym otoczeniu (Jędrzejczyk i in., 2017).

W polskiej ochronie zdrowia występują liczne problemy na wielu płaszczyznach. Dodatkowo, pogłębiają się one systematycznie w związku z brakiem spójnej i konsekwentnej strategii ukierunkowanych działań powalających na implementację zmian. W dalszej części pracy przeanalizowano fundamentalne i aktualne problemy występujące w publicznej ochronie zdrowia w Polsce związane z liczbą lekarzy, deficytowością zawodu lekarza i chęcią rezygnacji z pracy, jak również uwarunkowaniami geograficznymi.

Do przeprowadzonego postępowania związanego z wyodrębnieniem i interpretacją obszarów związanych z analizowanym problemem pozyskania i zatrzymania lekarzy zaaplikowano metodę analizy danych zastanych (ang. *desk research*), która opiera się na korzystaniu z danych wtórnych i stanowi esencję analizy istniejących danych statystycznych, analizy treści oraz analizy historyczno-porównawczej (Bednarowska, 2015). Analiza danych zastanych umożliwia rozeznanie się w badanej tematyce i tworzy dogodne podłoże do dalszych rozważań teoretycznych. Inną zaletą zastosowania analizy danych zastanych jest szybkość realizacji procesu badawczego ze względu na dotarcie do

istniejących danych bez konieczności ich wytwarzania. Dodatkowo, taka analiza umożliwia wzbogacenie wnioskowania dotyczącego analizowanego problemu naukowego dzięki szerszej możliwości zestawienia wyników badań oraz łatwości porównania i powtarzalności badań w czasie. Dane zastane wskazują szerszy kontekst wiedzy w danym obszarze, często o charakterze wyczerpującym ze względu na kompletność danych urzędowych, co znacznie poprawia wiarygodność uzyskanych rezultatów (Makowska i Boguszewski, 2013; Bednarowska, 2015). Uzupełniając, wykorzystanie danych wtórnych sprzyja pogłębieniu analizy oraz przeprowadzeniu badań o większej rozpiętości ze względu na dostępność danych dla określonych problemów badawczych (Frankfort-Nachmias i Nachmias, 2001).

Biorąc pod uwagę przytoczone informacje, przyjęta metodyka analizy danych zastanych znakomicie wpisuje się w przyjęte postępowanie badawcze, którego celem jest zidentyfikowanie i scharakteryzowanie kluczowych problemów związanych z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce. Dane zastane można podzielić według kilku kryteriów, które przyjęte dla tej analizy wyróżniono na rys. 26.

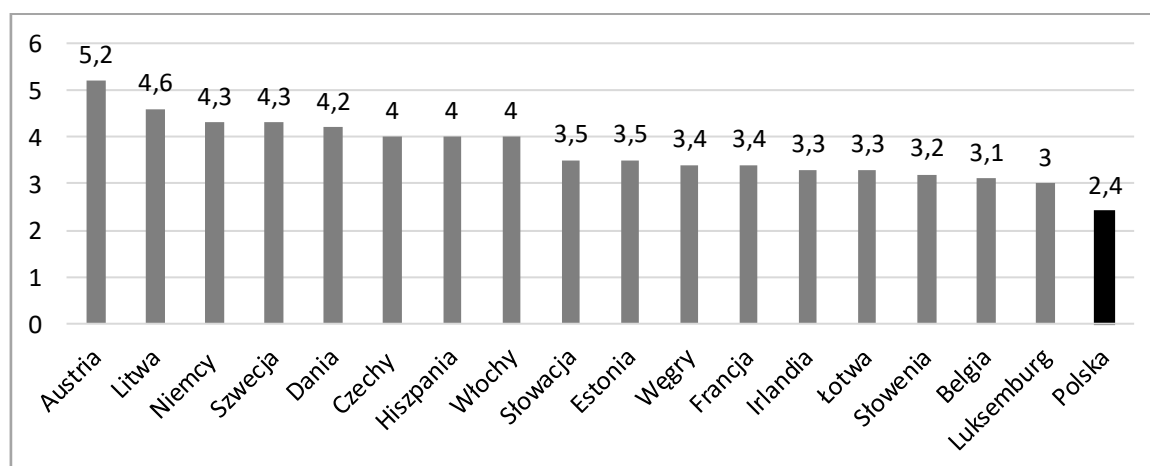


**Rysunek 26. Podział danych zastanych wykorzystanych do analizy**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Makowska i Boguszewski, 2013, s. 12).

Do analizy wybrano dane pochodzenia publicznego z uwagi na powszechny dostęp i brak wymaganej zgody twórcy do ich wykorzystania. Dodatkowo, wyodrębniono dane obiektywne, które wynikają z monitoringu różnych zjawisk. Głównym kryterium w podziale danych zastanych był charakter ilościowy oraz jakościowy. Z uwagi na sposób opracowania, dla danych ilościowych wybrano zarówno dane opracowane, jak i surowe. Dla danych jakościowych skupiono się wyłącznie na danych opracowanych (por. Makowska i Boguszewski, 2013). W procesie selekcji materiałów kierowano się kryterium obecności informacji na temat lekarzy w ochronie zdrowia w Polsce. W niektórych zestawieniach rozdzielenie sektora publicznego i prywatnego nie było możliwe. Raporty prezentujące informacje zagregowane zostały uwzględnione, ponieważ deficyt personelu lub trudność w pozyskaniu i zatrzymaniu lekarzy ogółem również jest niepokojąca. W pracy wykorzystano dane dostępne w różnych źródłach, polskich i międzynarodowych w celu zaprezentowania szerokiej perspektywy ujęcia problemów i zapewnienia wysokiej wiarygodności dla zaprezentowanych informacji w przeprowadzonym postępowaniu.

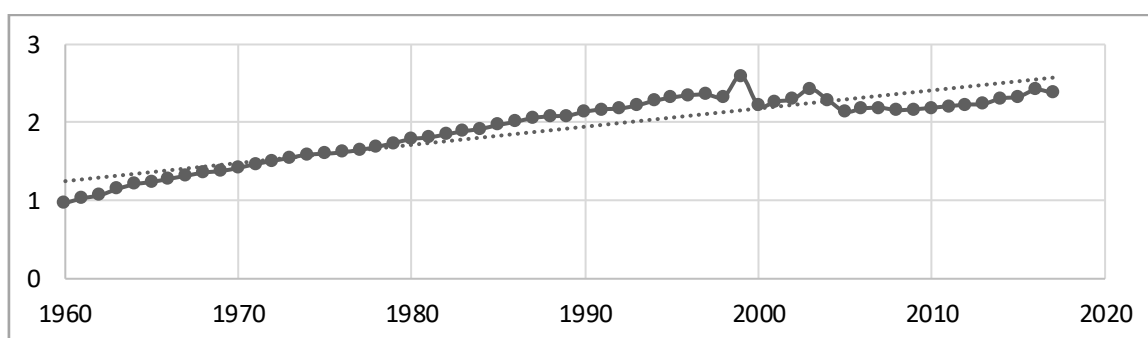
Biorąc pod uwagę liczbę lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej można zauważyć, że sytuacja w Polsce jest wyjątkowo niekorzystna (zob. rys. 27). W zestawieniu zostali uwzględnieni lekarze czynnie wykonujący zawód, zapewniający bezpośrednią opiekę pacjentom. Ze względu na brak porównywalnych danych dla wszystkich krajów, w niektórych krajach (Słowacja, Francja) dane dotyczą lekarzy czynnych zawodowo w sektorze ochrony zdrowia jako badacze lub dydaktycy (OECD, 2022).



**Rysunek 27. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w uwzględnionych krajach Unii Europejskiej w 2017 roku**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2022, Doctors (indicator), dostęp: 16.01.2021).

Polska stanowi kluczowy punkt odniesienia dla niniejszej pracy, a dostępna aktualizacja danych dla Polski dotyczy roku 2017. W związku z tym liczba lekarzy może być przeszacowana z uwagi na pogłębiający się niedobór lekarzy. Niewykluczone, że obecny wskaźnik jest jeszcze niższy. Nie zmienia to faktu, że prezentowany wskaźnik wyraźnie odbiega liczbą od innych krajów należących do Unii Europejskiej ujętych w rankingu (OECD, 2022). Opisana sytuacja istotnie negatywnie wpływa na poziom dostępności lekarzy do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Bromber, 2017). Na kolejnym wykresie (rys. 28) prześledzono tendencję zmian liczby lekarzy w Polsce na przestrzeni kilkudziesięciu lat.



**Rysunek 28. Liczba lekarzy na 1000 w Polsce na przestrzeni lat od 1960-2017**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (OECD, 2019).

Z danych zaprezentowanych na wykresie wynika, że w Polsce od lat 60. XX wieku występuje ogólna pozytywna systematyczna tendencja wzrostowa liczby lekarzy dostępnych na 1000 mieszkańców. Na przestrzeni 30 lat, od 1960 roku do 1990 roku liczba się podwoiła. W ostatniej dekadzie XX wieku została zachowana pozytywna tendencja, natomiast w kolejnych latach tempo wzrostu spadło. W latach 2000-2005 następuje zachwianie wzrostu. Po 2005 roku wzrost jest niesystematyczny, mimo że w Polsce jest stosunkowo niska liczba lekarzy *per capita* w porównaniu do krajów o podobnym rozwoju ekonomicznym. Zmniejsza to możliwość zatrudniania wykwalifikowanego personelu do leczenia i opieki pacjentów (Kautsch, 2015). Pomimo ogólnego trendu wzrostowego liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w Polsce występuje głęboki niedobór analizowanej grupy zawodowej. Problem dodatkowo pogłębia niewystarczająca liczba absolwentów kierunku lekarskiego. W krajach Unii Europejskiej, w tym także w Polsce, liczba absolwentów kierunków lekarskich systematycznie wzrasta w ujęciu ilościowym ogółem oraz *per capita*. W raporcie dotyczącym liczby absolwentów kierunków medycznych uwzględniono osoby, które będą

wykonywać zawód lekarza (ang. *medical doctor*) zdefiniowany według International Standard Classification of Occupations 2008 (Eurostat, 2021a). Dane statystyczne dotyczące liczby absolwentów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców widnieją w tab. 8.

**Tabela 8. Liczba absolwentów kierunku lekarskiego na 1000 mieszkańców**

| <b>Rok</b><br><b>Obszar</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Unia Europejska             | 10,92       | 11,09       | 11,48       | 11,46       | 11,95       | 12,48       | 12,97       | 13,81       | 14,19       |
| Polska                      | 8,10        | 8,80        | 9,32        | 9,88        | 9,70        | 10,24       | 10,49       | 10,95       | 10,55       |
| <b>Różnica</b>              | <b>2,82</b> | <b>2,29</b> | <b>2,16</b> | <b>1,58</b> | <b>2,25</b> | <b>2,24</b> | <b>2,48</b> | <b>2,86</b> | <b>3,64</b> |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Eurostat, 2021a, dane zaktualizowane 02.07.2021, dostęp 10.10.2021).

Z zaprezentowanych danych wynika, że w latach 2010-2013 występowała pozytywna tendencja wzrostowa, która zmniejszała różnicę między Polską i średnią unijną. Jednak w kolejnych latach nastąpiła zmiana tendencji, co skutkowało powiększaniem się wspomnianej różnicy pomimo nieprzerwanie rosnącej liczby absolwentów *per capita* w Polsce. Jednym z rozwiązań w celu poprawy sytuacji deficytu personelu medycznego było zwiększenie liczby przyjęć na studia medyczne oraz zwiększenie liczby miejsc przeznaczonych na kształcenie specjalistyczne. Według danych NIL, obecny limit przyjęć na studia kierunku lekarskiego nie zapewnia jednak nawet pokrycia luki pokoleniowej (Domagała, 2018). W sprawozdaniu kontrolnym NIK można przeczytać, że w Ministerstwie Zdrowia nie opracowano sformalizowanego dokumentu długookresowej strategii dotyczącej decyzji o liczbie kształcenia studentów, przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych. Limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były określane wyłącznie na podstawie oceny możliwości dydaktycznych uczelni (NIK, 2015). Dodatkowo warto zaznaczyć, że rosnąca liczba absolwentów kierunków lekarskich nie gwarantuje ani podjęcia przez nich zatrudnienia w wykształconym zawodzie, jak również rezygnacji z decyzji o emigracji. Niezbędne są zmiany organizacyjne, w tym poprawa warunków pracy w podmiotach leczniczych. Warto również zwrócić uwagę na miejsca kształcenia studentów w języku innym niż polski, ponieważ można założyć, że wielu absolwentów po uzyskaniu dyplomu nie podejmie pracy w Polsce (Zgliczyński, 2018). Wspomniane powyżej zjawiska korespondują z określeniem zawodu lekarza jako deficytowego oraz utwierdzają w występowaniu luki pokoleniowej w omawianej grupie zawodowej.

W jednej trzeciej krajów Europy i Azji Środkowej zgłoszonych w raporcie WHO (2022) aż 40% lekarzy przekroczyło 55 lat, co oznacza, że zbliża się do wieku emerytalnego. Ogólnopolski raport, Barometr Zawodów prezentuje informacje o krajowym rynku pracy, zwracając uwagę na zachodzące na nim zmiany. W prognozie na 2021 rok można przeczytać, że istnieje duże zapotrzebowanie pracodawców na pracowników wykonujących zawód lekarza oraz pielęgniarki i położonej, natomiast podaż takich pracowników o odpowiednich kwalifikacjach jest niewystarczająca. Obecnie zawód lekarza jest sklasyfikowany w kategorii zawodów deficytowych (WUP, 2021). Dodatkowo, w grupie zawodowej lekarzy i pielęgniarek występuje tak zwana „luka pokoleniowa”. Oznacza ona, że nie jest możliwe zastąpienie starszych grup wiekowych pracownikami podejmującymi zatrudnienie na rynku pracy (Domagała, 2018). Ze struktury wiekowej lekarzy wynika, że około jedna czwarta z praktykujących przekroczyła już wiek emerytalny. W przypadku wybranych specjalności, jak chirurgia ogólna, podaż praktykujących lekarzy po osiągniętych wieku emerytalnym wynosi aż 40% (OECD, 2019). Średni wiek lekarzy specjalistów w roku 2017 wynosił 54,2 lata i wzrósł o 0,3 roku względem roku poprzedzającego (zob. tab.9).

**Tabela 9. Średnia wieku lekarzy specjalistów w Polsce według płci**

| Zmienna \ Rok        | 2016 | 2017 | 2019 |
|----------------------|------|------|------|
| Kobiety              | 53,2 | 53,5 | 52,0 |
| Mężczyźni            | 54,7 | 55,1 | 52,7 |
| Średnia wieku ogółem | 53,9 | 54,2 | 52,3 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Balińskiego i Krajewskiego (2017)<sup>11</sup> i GUS (2022c).

Szczegółowa analiza<sup>12</sup> wskazuje, że mediana wieku lekarzy specjalistów w latach 2016 i 2017 bez zmian wynosiła 50 lat, a w 2019 roku wyniosła 52 lata (Baliński i Krajewski, 2017; GUS, 2022c). Według opracowania GUS (2022c) w zakresie oszacowania zasobów kadry medycznej w 2019 ponad połowa lekarzy (56,2%) była w wieku co najmniej 50 lat. Osoby uwzględnione w informacjach statystycznych są zarejestrowane jako uprawnione do wykonywania zawodu, co nie oznacza, że mają obowiązek podejmować aktywność zawodową w określonym wymiarze czasu lub w Polsce (Baliński i Krajewski, 2017).

<sup>11</sup> Stan w dniu 31.12.2017 roku.

<sup>12</sup> Analiza wynikająca z danych dostępnych w opracowaniu.

Ministerstwo Zdrowia publikuje specjalizacje, w których szczególnie brakuje lekarzy. Opierając się na rozporządzeniach właściwych dla poszczególnych lat, w tab. 10 wskazano priorytetowe dziedziny medycyny<sup>13</sup>.

**Tabela 10. Priorytetowe dziedziny medycyny w latach 2003-2022**

| Specjalizacja                           | Rok | 2003 | 2009 | 2012 | 2018 | 2020 | 2022            |
|-----------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|-----------------|
| anestezjologia i intensywna terapia     |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| chirurgia dziecięca                     |     |      |      |      |      | x    | x               |
| chirurgia ogólna                        |     |      |      |      | x    | x    | x               |
| chirurgia onkologiczna                  |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| choroby wewnętrzne                      |     |      |      |      | x    | x    | x               |
| choroby zakaźne                         |     |      |      |      |      | x    | x               |
| epidemiologia                           | x   | x    |      |      |      |      |                 |
| geriatria                               | x   | x    | x    | x    | x    | x    | x               |
| ginekologia onkologiczna                |     |      | x    | x    |      |      |                 |
| hematologia                             |     |      |      | x    | x    | x    | x               |
| kardiologia                             |     |      | x    |      |      |      |                 |
| kardiologia dziecięca                   |     |      | x    |      | x    | x    | x               |
| medycyna paliatywna                     |     |      |      |      |      | x    | x               |
| medycyna pracy                          |     |      | x    |      |      |      |                 |
| medycyna ratunkowa                      |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| medycyna rodzinna                       | x   | x    | x    | x    | x    | x    | x               |
| neonatologia                            |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| neurologia                              |     |      |      |      |      |      | x <sup>14</sup> |
| neurologia dziecięca                    |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| onkologia hematologia dziecięca         |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| onkologia kliniczna                     | x   | x    | x    | x    | x    | x    |                 |
| ortopedia i traumatologia narządu ruchu |     |      | x    |      |      |      |                 |
| patomorfologia                          | x   | x    | x    | x    | x    | x    | x               |
| pediatria                               |     |      | x    | x    | x    | x    |                 |
| psychiatria                             |     |      |      |      | x    | x    | x               |
| psychiatria dzieci i młodzieży          |     |      |      | x    | x    | x    | x               |
| radiologia i diagnostyka obrazowa       |     |      | x    |      |      |      |                 |
| radioterapia onkologiczna               |     |      | x    | x    | x    | x    | x               |
| rehabilitacja medyczna                  | x   | x    |      |      |      |      |                 |

Legenda: x – specjalizacja w danym roku miała status priorytetowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dz.U. 2004 nr 1 poz. 7, Dz.U. 2009 nr 84 poz. 709, Dz.U. 2012 poz. 1489, Dz.U. 2018 poz. 1738, Dz.U. 2020 poz. 1156; Dz.U. 2022.2814).

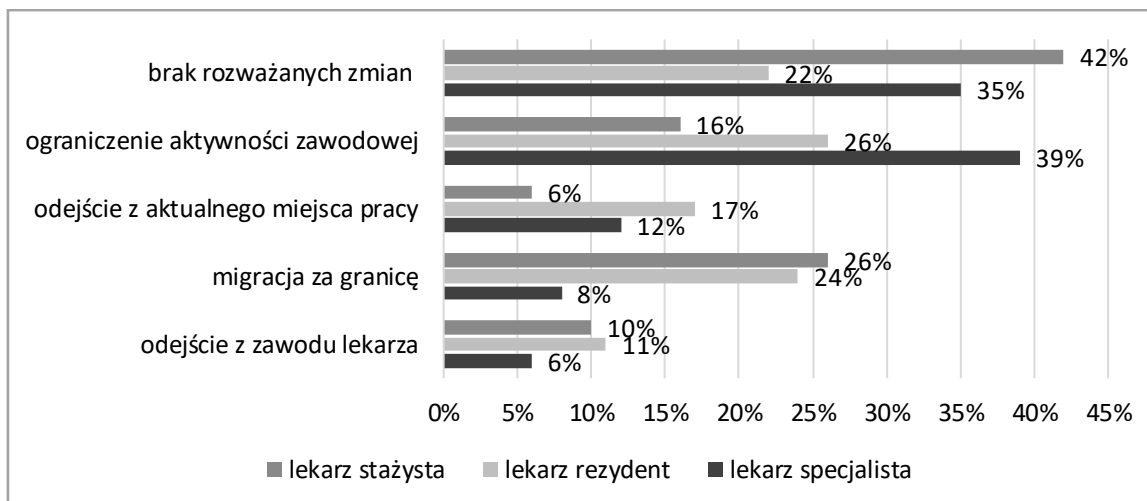
<sup>13</sup> Odrzucono ortodoncję i stomatologię dziecięcą, jako właściwe dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych, które nie są uwzględniane w pracy.

<sup>14</sup> Specjalizacja została dodana przez Ministra Zdrowia 1 sierpnia 2023 roku na podstawie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny z dnia 27 grudnia 2022 roku (por. Dz.U. 2023.1503).

Z opracowania wyraźnie wynika, że część specjalizacji jest stale deficytowych, co oznacza, że problem jest nierozwiązywalny od wielu lat. Dodatkowo, na liście sukcesywnie pojawiają się nowe specjalizacje priorytetowe. Wskazuje to na wyłonienie się nowych dziedzin, w których szczególnie potrzeba lekarzy.

Problemem polskiej ochrony zdrowia jest również względnie niewielka liczba lekarzy zabezpieczających opiekę na poziomie podstawowym (15%), przy równocześnie dużym udziale lekarzy specjalistów (85%). Przedstawiona sytuacja w Polsce odbiega od średniej dla krajów OECD, w których w 2013 roku liczba lekarzy podstawowej opieki wynosiła 29% (Zgliczyński, 2018). Planowanie strategiczne związane z pracownikami medycznymi jest w Polsce niewystarczająco rozwinięte. W konsekwencji prowadzi to do dotkliwego niedoboru kadrowego i trudności w zapewnieniu dostępu do usług opieki zdrowotnej. Niedobór pracowników sektora ochrony zdrowia zaczął narastać od 2004 roku, ponieważ przystąpienie Polski do Unii Europejskiej zdecydowanie ułatwiło emigrację i spowodowało znaczący odpływ pracowników z kraju (OECD, 2019). Jednym z kluczowych czynników mających wpływ na emigrację lekarzy z Polski jest deficyt personelu medycznego w krajach wysoko rozwiniętych. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, w 2015 roku w Polsce zaświadczenia stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji zawodowych wydano 9337 lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE. Liczba lekarzy, którzy zgłosili chęć otrzymania zaświadczenia stanowiła 7,1% wykonujących zawód lekarzy w Polsce. Największy odsetek zaświadczeń wydano lekarzom następujących specjalności: chirurgia plastyczna (18,4%), chirurgia klatki piersiowej (17,6%), anestezjologia (17,4%). Wśród czynników mających wpływ na migracje lekarzy wskazuje się na pierwszych miejscach wysokość wynagrodzenia, warunki pracy oraz możliwość rozwoju zawodowego (Zgliczyński, 2018).

Z badań przeprowadzonych w 2020 roku na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie wynika, że część lekarzy rozważa ograniczenie aktywności zawodowej, a inni zamierzają odejść z pracy w Polsce po pandemii – wyemigrować lub całkowicie odejść z zawodu (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). Deklarowane plany zawodowe po pandemii SARS-CoV-2019 lekarzy z uwzględnieniem grupy lekarzy stażystów, rezydentów i specjalistów przedstawiono na rys. 29.

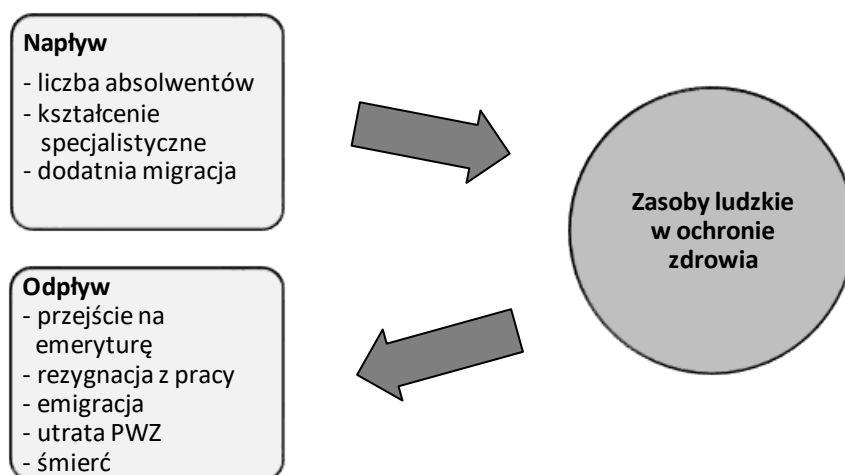


**Rysunek 29. Plany zawodowe lekarzy po pandemii SARS-CoV-2019**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020).

Wyniki badań wskazują na możliwe pogłębienie problemów dotyczących zasobów ludzkich w ochronie zdrowia w Polsce w okresie post-pandemicznym. Deklarowana migracja, odejście z zawodu lub chęć ograniczenia aktywności zawodowej prawdopodobnie może nieść istotne konsekwencje dla stabilności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). Szczególnie alarmujące może być ograniczenie aktywności zawodowej doświadczonych lekarzy specjalistów (39%) i lekarzy rezydentów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (26%). Niepokojące również są plany migracji za granicę lekarzy stażystów (26%) wchodzących na rynek pracy oraz lekarzy rezydentów (24%). Migracja pracowników ochrony zdrowia jest zjawiskiem złożonym i nasilającym się. Niezależnie od powodów, wspomniana tendencja stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej krajów pochodzenia pracowników i krajów docelowych (ILO, 2019). Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia (2021), od momentu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku rozpoczęła się nasilona emigracja zarobkowa lekarzy. Potwierdza to fakt, że każdego roku NIL wydaje kilkaset zaświadczeń potwierdzających formalne posiadanie kwalifikacji wykonywania zawodu lekarza lub posiadania specjalizacji, niezbędnych do rejestracji lub uprawnienia do świadczenia zawodu w krajach członkowskich UE.

Obecny zasób dostępnych pracowników medycznych w Polsce charakteryzuje się pewnymi cechami, m.in. zróżnicowanym rozkładem geograficznym, zatrudnieniem w publicznym lub prywatnym sektorze ochrony zdrowia oraz w obu równocześnie, umiejętnościami czy osiągalnością. Uproszczony schemat dostępnych zasobów ludzkich, także uwzględniając grupę lekarzy zaprezentowano na rys. 30.



**Rysunek 30. Dostępne zasoby ludzkie w ochronie zdrowia w Polsce**

Źródło: opracowanie własne.

Dzięki wykorzystaniu danych wtórnych możliwe było zidentyfikowanie i opisanie problemów omawianej tematyki. W trakcie postępowania skategoryzowano kryteria, przez pryzmat których można zidentyfikować problemy dotyczące pozyskania i zatrzymania lekarzy w ochronie zdrowia w Polsce. Jako podsumowanie analizy stworzono schemat (rys. 31), który porządkuje czynniki związane z trudnością w pozyskaniu i zatrzymaniu lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce i stanowi podłoże do dalszej dyskusji.



**Rysunek 31. Problemy związane z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (NIK, 2014; Domagała, 2018; WUP, 2021; Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020; NIL, 2020, Eurostat, 2021b; OECD, 2022; GUS, 2022).

Wśród wskazanych zagrożeń można dostrzec, że wyjątkowo niska liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w Polsce wyraźnie negatywnie wpływa na niedopasowanie podaży pracowników do istniejącego popytu. Dodatkowo, istotnym problemem jest brak zastępowalności pokoleń zawodowych determinowany odwróconą piramidą demograficzną (Domagała, 2018; WUP, 2021). Innym, ważnym zagadnieniem jest niedobór lekarzy specjalizacji deficytowych, a także nieproporcjonalne zapewnienie szkoleń w tych dziedzinach, co dodatkowo pogłębia deficyt lekarzy wybranych specjalizacji (Wasilewski, 2017). Poza wskazanymi czynnikami należy także zwrócić uwagę na niewystarczające wydatki państwa przeznaczone na publiczną ochronę zdrowia w stosunku do PKB (OECD, 2019), nadmierne obciążenie lekarzy pracą (NIK, 2021) oraz narażenie ich na czynniki obciążające, wynikające ze specyfiki wykonywanej pracy (Żółtańska i Bujnowska, 2010; Bliski, 2016). Zidentyfikowane powyżej przeszkody na poziomie makro generują trudność w pozyskaniu i zatrzymaniu lekarzy w publicznych podmiotach leczniczych. Z generalnych problemów społeczno-gospodarczych wyłania się zasadnicza trudność dla poszczególnych jednostek, dlatego kluczowym jest znalezienie sposobów pozwalających zatrzymać lekarzy skutecznie pozyskanych do pracy w publicznych jednostkach ochrony zdrowia w Polsce.

## Podsumowanie

Sektor publicznej ochrony zdrowia jest niezwykle istotnym obszarem funkcjonowania państwa (Lenik, 2017). Ma on fundamentalne znaczenie dla społeczeństwa, ponieważ jest niezbędny dla zapewnienia zdrowia osobom pracującym i dobrostanu społecznego oraz stymulacji rozwoju gospodarczego (ILO, 2019). Niewystarczający poziom finansowania ochrony zdrowia oraz niedobór pracowników medycznych generują bariery związane z dostępem do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (Bukowski i Pogorzelszyk, 2019; OECD, 2019). Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych wymaga głębokich zmian, uwzględniających pełną specyfikę funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w gospodarce (Sidor-Rządkowska, 2018). Często rozbieżne interesy beneficjentów systemu ochrony zdrowia w obszarach ekonomicznym, politycznym i społecznym wpływają na trudność lub nawet niepowodzenie dokonywanych przekształceń (Lenik, 2017). Pogodzenie rozbieżnych postulatów społecznych i ekonomicznych stanowi istotne wyzwanie (Kanownik, 2017).

Problem z dostępnością lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce jest obecny w różnych obszarach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę prognozy popytu na usługi medyczne i planowanej podaży pracowników można przyjąć, że wspomniany problem w kolejnych latach będzie się nasilać. Ograniczony dostęp do świadczeń medycznych, listy oczekujących na świadczenia medyczne, zarówno ambulatoryjne, jak i w leczeniu szpitalnym, a także spadek zadowolenia z usług medycznych i obniżenie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego to tylko niektóre niekorzystne skutki, które dotyczą pacjentów. Negatywne konsekwencje odczuwane są także przez lekarzy. Biorąc pod uwagę nadmierne obciążenie pracą wynikającą z deficytu kadrowego oraz występujący długotrwały stres prowadzą one do wypalenia zawodowego i odchodzenia z pracy (Domagała, 2018). Mając na uwadze aktualny i niezwykle istotny problem braku kadrowego personelu lekarzy, wykwalifikowanych do udzielania świadczeń medycznych (Zgliczyński, 2018), bardzo istotne znaczenie ma zachęcenie pracowników do pozostania w podmiotach leczniczych.

W kolejnym rozdziale podjęto pełnowymiarowe rozważania dotyczące przygotowania, przeprowadzenia i analizy badań ilościowych i jakościowych podporządkowanych przyjętym celom pracy doktorskiej.

#### **4. Czynniki środowiska pracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach publicznych w Polsce – analiza empiryczna**

Większość decyzji społeczno-ekonomicznych podejmowana jest w warunkach niepewności, dlatego istotne jest dysponowanie odpowiednią wiedzą o oczekiwaniach i postawach osób, dla których te ustalenia są istotne (Szreder, 2010). W związku z podejmowaniem decyzji prowadzi się badania ukierunkowane na poznanie opinii beneficjentów lub rozpoznania danego zjawiska (Szyjewski, Z. i Szyjewski, G., 2017). Zatem, w przypadku przystępowania do działań związanych z kształtowaniem środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, kluczowe jest poznanie opinii i oczekiwań lekarzy dotyczących omawianej tematyki w celu zmniejszenia stopnia niepewności.

Rozwiązanie sformułowanego problemu wymagało przeprowadzenia badań, lecz było to utrudnione ze względu na złożoność i wielkość populacji (Miszczak i Walasek, 2013). W związku z powyższym, autorka zdecydowała się dokonać uzasadnionych zawężeń wyłaniając warstwy włączone do badań empirycznych, uwzględniając lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej wykonujących pracę w zdefiniowanych szpitalach publicznych w Wielkopolsce. W niniejszym rozdziale wykorzystano dane wywołane, które pozyskano dzięki dotarciu przez autorkę pracy doktorskiej do respondentów w związku z badaniami ilościowymi przy użyciu sondażu oraz badaniami jakościowymi, wykorzystując indywidualne wywiady pogłębione (por. Makowska i Boguszewski, 2013).

W tym rozdziale przedstawiono metodykę i etapy postępowania badawczego w odniesieniu do całej dysertacji z uwzględnieniem zarówno części teoretycznej, jak również części empirycznej pracy. W szczególności opisano proces gromadzenia danych statystycznych, uzyskanych w wyniku dotarcia do instytucji publicznych oraz wykorzystany operat losowania. W dalszych rozważaniach szczegółowo opisano metodykę badań ilościowych oraz podejścia do analizy zebranych danych. Dalej poświęcono uwagę badaniom jakościowym, które stanowiły niezwykle istotne uzupełnienie całej części empirycznej pracy. Przedstawiono metodykę postępowania oraz analizę odpowiedzi osób określonych jako eksperci. Finalnie wyciągnięto wnioski, zaproponowano rekomendacje ukierunkowane na zatrzymanie lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w szpitalach publicznych w Wielkopolsce oraz wskazano kierunki dalszych badań.

#### 4.1. Metodyka i konstrukcja postępowania badawczego

Na podstawie rozważań teoretycznych zdefiniowano główny problem badawczy. Dotyczy on zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, rozpatrywanego w świetle czynników środowiska pracy oraz możliwych sposobów kształtowania tych czynników przez szpitale publiczne w Polsce. Biorąc pod uwagę problemy występujące w publicznej ochronie zdrowia, jak deficyt lekarzy (OECD, 2019), ich mobilność (Deloitte, 2022), a także deklarowaną rezygnację z pracy lekarzy (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020) stwierdzono, że kluczowe dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce i bezpieczeństwa pacjentów jest zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych. W oparciu o literaturę wykazano, że właściwe kształtowanie środowiska pracy, które jest determinowane przez zespół czynników (Fitz-enz, 1990 za: Banerjee, 2019) wiążących pracownika z organizacją (Vance, 2006) jest działaniem istotnie wspierającym zatrzymanie pracowników (Górski i Ryłko, 2018). Na podstawie badań literaturowych wywnioskowano, że dynamika zachodzących zmian generuje konieczność analizy czynników w kontekście aktualnych uwarunkowań. Biorąc pod uwagę powyższe informacje do głównego problemu badawczego sformułowano pytania badawcze.

1. Jakie są przyczyny problemów związanych z zatrzymaniem lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce?
2. Jakie czynniki środowiska pracy dotyczą lekarzy pracujących w szpitalach publicznych w Polsce?
3. Które czynniki środowiska pracy lekarzy pracujących w szpitalach publicznych w Polsce determinują zatrzymanie lekarzy w tych podmiotach?
4. W jaki sposób szpitale publiczne w Polsce mogą kształtować czynniki środowiska pracy lekarzy w celu ich zatrzymania w tych podmiotach i jakie są ograniczenia?

Z badań literaturowych oraz pytań badawczych wynika cel główny pracy, który determinuje dalszy proces przebiegu projektowania badania oraz stanowi warunek konieczny do pozyskania w trakcie badania właściwych informacji (Szreder, 2010). Zatem, głównym celem badawczym pracy jest identyfikacja czynników środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, rozpoznanie ich znaczenia dla zatrzymania lekarzy w tych podmiotach oraz określenie sposobów i możliwości kształtowania ich przez szpitale publiczne w Polsce. Cel badawczy zdeterminował wskazanie trzech celów szczegółowych

dotyczących węższych tematycznie zagadnień stale mieszczących się w celu głównym pracy, których osiągnięcie prowadzi do realizacji celu głównego. Sformułowane cele szczegółowe dla niniejszej dysertacji widnieją poniżej.

1. Identyfikacja i charakterystyka czynników środowiska pracy lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.
2. Identyfikacja i systematyzacja czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.
3. Wskazanie potencjalnych rozwiązań do stosowania przez szpitale w Polsce, w związku z kształtowaniem zależnych od nich czynników środowiska pracy w celu zatrzymania lekarzy w tych podmiotach.

W trakcie prowadzenia badań naukowych dąży się do rozwiązania sytuacji problemowej w obszarze posiadanej wiedzy i pewnego obszaru niewiedzy. Do zadania badacza należy ustalenie ich wzajemnej relacji i sformułowanie twierdzeń lub pytań ukierunkowanych na ograniczenie obszaru niewiedzy (Skarbek, 2013). Filozofowie i logicy są zgodni w poglądzie, że hipotezą jest niewystarczająco sprawdzone zdanie, służące tokowi wyjaśniania różnych zależności, procesów, zjawisk i mające zostać poddane takiemu sprawdzeniu. W dyscyplinach nauk społecznych występuje różnorodność podejść dotycząca hipotez naukowych, rozumianych jako przypuszczenia o charakterze globalnym, wywodzące się z określonej teorii. Niektórzy metodolodzy wskazują na zasadne formułowanie hipotez naukowych, z kolei inni wskazują na brak konieczności formułowania założeń przez badacza (Narkiewicz-Niedbalec, 2016). Można przyjąć, że hipoteza to przypuszczenie na temat rzeczywistości, a ocena prawdziwości hipotezy następuje przez porównanie stanu hipotetycznego i faktycznego (Jeszka, 2013). W oparciu o podstawy metodologii badań naukowych można przyjąć stopniowalność mocy hipotez, związaną z podejmowaniem badań na różnych poziomach szczegółowości, wyróżniając słabą moc hipotezy, dotyczącą istnienia zależności lub zjawisk (Jeszka, 2013). W pracy doktorskiej świadomie zrezygnowano ze stawiania hipotez badawczych ze względu na charakter badań ilościowych ukierunkowanych na wyznaczenie czynników determinujących z puli posiadanych i przedstawionych respondentom czynników. Sformułowano natomiast hipotezy statystyczne rozumiane jako przypuszczenia dotyczące szczegółowych kwestii, odnoszących się do zdefiniowanej populacji, które zweryfikować można w oparciu o próbę losową reprezentującą tę populację (Wziętek-Staśko, 2021).

Rozwiązanie problemu badawczego wskazanego w rozprawie doktorskiej, osiągnięcie przyjętego celu głównego pracy oraz wskazanych celów szczegółowych wymagały przeprowadzenia wielowymiarowych badań. Podjęte działania uwzględniały zarówno studia literaturowe ujęte w różnych zakresach, analizę danych zastanych, jak również rozbudowane badania empiryczne. W realizowanych czynnościach wzięto pod uwagę specyfikę nauk o zarządzaniu i jakości, przejawiającą się m.in. koniecznością stosowania zróżnicowanych metod związanych z wdrożeniem triangulacji metodologicznej<sup>15</sup> (Jack i Raturi, 2006; Dźwigoł i Dźwigoł-Barosz, 2020), która polega na łączeniu kilku metod w celu weryfikacji sformułowanego problemu badawczego. W naukach społecznych, w szczególności w naukach o zarządzaniu i jakości stosuje się zespół metod, wyróżniając:

- metody ilościowe, umożliwiające pomiar badanych zjawisk,
- metody jakościowe, pozwalające wyjaśnić i zinterpretować badane zjawiska,
- podejście mieszane, wykorzystujące cechy wspomnianych powyżej obu grup metod (Campbell i in., 2018; Zakrzewska i in., 2021).

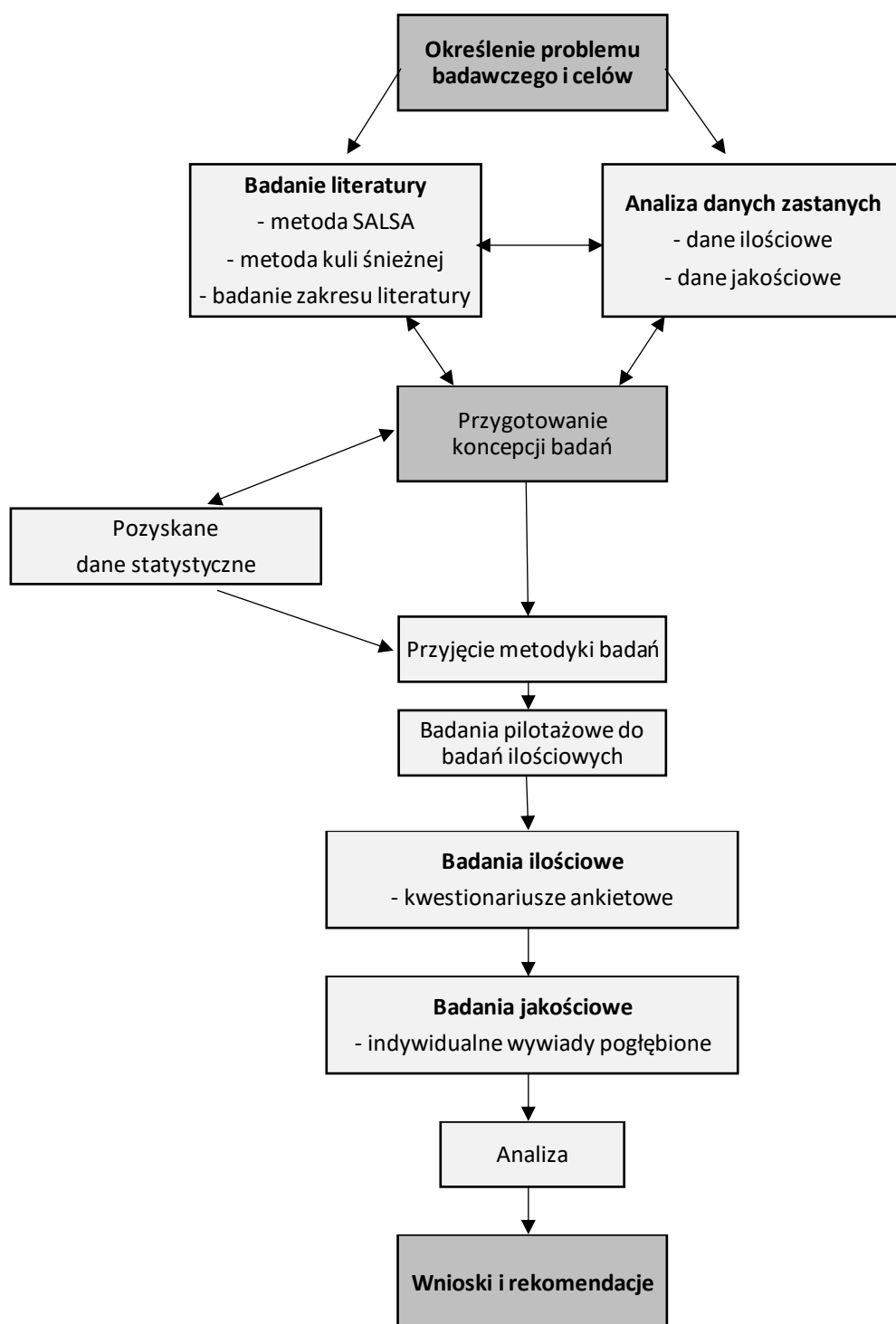
Stosowanie wielu metod badawczych pozwala zwrócić uwagę na różne aspekty problemu pojawiające się w podobnych opracowaniach, a także zwiększa wiarygodność w badaniach (Johnson i in., 2017). Zdaniem ekspertów, łączenie metod ilościowych i jakościowych w badaniach z zakresu zarządzania pozytywnie wpływa na jakość procesu badawczego i wiarygodność otrzymanych wyników. W związku z powyższym, triangulacja metod jest istotnym elementem w procesie badawczym i znacząco go wspiera, umożliwiając kompleksową odpowiedź na postawiony problem badawczy (Dźwigoł i Dźwigoł-Barosz, 2020). W przyjętym podejściu mieszanym zakłada się kompletność wnioskowania dzięki zastosowaniu kilku metod na zasadzie komplementarności, w których ograniczenia jednego podejścia są równoważone przez mocne strony obecne w innym (Jack i Raturi, 2006). Właściwie zaplanowane i opracowane metodologicznie stosowanie triangulacji w naukach o zarządzaniu i jakości pozwala na wielowymiarowe podejście do problemu badawczego i wyłonienia jego pełniejszego obrazu. Przyczynia się to do lepszego zrozumienia zagadnienia stanowiącego przedmiot rozważań (Dźwigoł i Dźwigoł-Barosz, 2020). Dodatkowo, taka kombinacja stwarza możliwość uzyskania

---

<sup>15</sup> Przedmiotem wielu dyskusji jest stosowanie odpowiedniej metodologii, dlatego istotne jest określenie tego pojęcia. Metodologię można definiować jako tworzenie układów czynności badawczych i ich zastosowanie do poznawania zjawisk lub rzeczy (Krzeczewski, 2015).

bardziej wartościowych wyników badań, rozwiązania sformułowanego problemu badawczego oraz osiągnięcia przyjętych celów (Campbell i in., 2018; Zakrzewska i in., 2021).

Schemat postępowania zastosowanego w niniejszej dysertacji zaprezentowano na poniższym rys. 32.



**Rysunek 32. Etapy zastosowanej procedury badawczej w pracy**

Źródło: opracowanie własne.

W badaniach empirycznych wykorzystano więc zróżnicowane metody i narzędzia badawcze w ramach prowadzonej procedury badawczej<sup>16</sup>. Charakter postawionego problemu badawczego, wskazany cel główny pracy oraz zdefiniowane cele szczegółowe zdeterminowały konieczność dokonania wieloobszarowej i krytycznej analizy literatury w obszarze rozważanego zagadnienia. W pracy doktorskiej wykorzystano polską i zagraniczną literaturę przedmiotu. W rozprawie doktorskiej w pierwszym rozdziale przeprowadzono badania literatury przy zastosowaniu podejścia SALSA wzbogaconego techniką kuli śnieżnej. Działania te były ukierunkowane na identyfikację zakresu pojęcia retencji, wyprowadzenie definicji dotyczącej pozostawiania pracowników w organizacji, określenia znaczenia zatrzymania pracowników oraz wskazania sposobów zatrzymania pracowników. Równocześnie w rozdziale drugim przeprowadzono analizę danych zastanych, której celem było zidentyfikowanie i scharakteryzowanie kluczowych problemów związanych z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce. Dla lepszego zrozumienia ram funkcjonowania organizacji określono również definicję, funkcje i uwarunkowania prawne systemu ochrony zdrowia, a także typologię podmiotów leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali. W kolejnym etapie zastosowano badanie zakresu literatury w celu przyjęcia definicji środowiska pracy oraz wskazania kluczowych elementów środowiska pracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach publicznych. Rozważania teoretyczne uzupełniono danymi statystycznymi. Syntetyczne podsumowanie wykorzystanych metod i uzyskanych rezultatów w wyniku prowadzonych postępowań badawczych zawartych w pierwszych trzech rozdziałach wskazano w tabeli 11. Dalsze zagadnienia przedstawione na rys. 32 zostały szczegółowo omówione w kolejnych podrozdziałach. Autorka opisuje proces dotarcia do instytucji publicznych i w efekcie pozyskane dane statystyczne. Następnie, wskazuje przyjętą metodykę badań ilościowych. W dalszych rozważaniach omawiane są badania pilotażowe. Kolejno, autorka opisuje metodykę i proces realizacji badań

---

<sup>16</sup> Metoda badawcza to systematyczny i planowy sposób postępowania ze względu na wyznaczone cele badawcze oraz zespół środków zmierzający do ich realizacji (Listwan, 2010; Skarbek, 2013). Narzędzie badawcze to przedmiot do realizacji wybranej techniki badań (Pilch, 2001). Inaczej, to przedmiot służący do technicznego gromadzenia informacji lub materiału z badań (Nowak i Głowiński, 2013). Procedura badawcza to sposób organizowania procesu pozyskiwania, przetwarzania i łączenia informacji znaczących dla rozstrzygnięcia problemów badawczych (Listwan, 2010).

jakościowych. Finalnie, dokonywana jest obszerna analiza na podstawie posiadanych informacji oraz wnioski i rekomendacje.

**Tabela 11. Podsumowanie postępowania badawczego w rozdziałach teoretycznych**

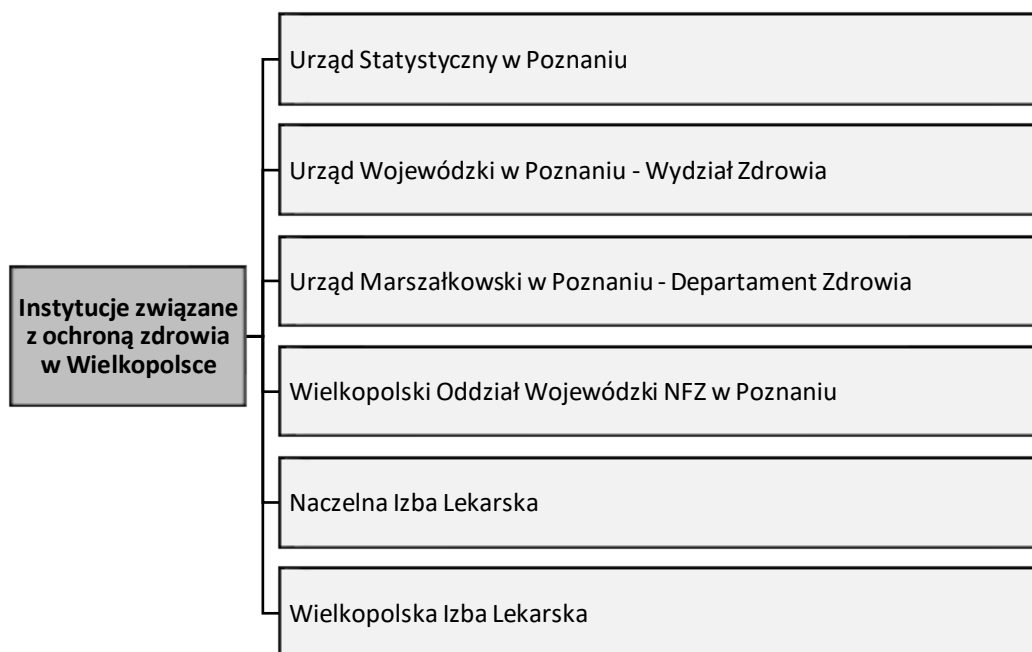
| Rozdział dysertacji                                                                             | Metoda                                | Cele                                                                                                                                        | Rezultaty                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Znaczenie i czynniki zatrzymania pracowników w organizacji                                   | SALSA wzbogacona metodą kuli śnieżnej | Identyfikacja zakresu pojęcia retencji                                                                                                      | I. Retencja rozumiana jako zdolność organizacji do zatrzymania pracowników<br>II. Działania organizacji skierowane na zatrzymanie pracowników                                                      |
|                                                                                                 |                                       | Wskazanie pojęcia przyjętego w dysertacji                                                                                                   | Działania podejmowane przez przedsiębiorstwo, ukierunkowane na stworzenie i kształtowanie środowiska pracy angażującego pracowników do pozostania w organizacji w dłuższym okresie                 |
| 2. Charakter funkcjonowania publicznych szpitali w Polsce – perspektywa zatrzymania pracowników | Analiza danych zastanych              | Identyfikacja i charakterystyka kluczowych problemów związanych z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej ochronie zdrowia w Polsce | Podział problemów na cztery główne kategorie:<br><br>I. Liczba lekarzy<br>II. Deficyt zawodu lekarza<br>III. Labilność geograficzna lekarzy<br>IV. Chęć ograniczenia pracy zawodowej przez lekarzy |
| 3. Środowisko pracy w ochronie zdrowia w Polsce                                                 | Analiza zakresu literatury            | Ustalenie pojęcia środowiska pracy                                                                                                          | I. Środowisko pracy to warunki występujące w miejscu pracy<br>II. Środowisko pracy to warunki lub cechy pracy definiujące otoczenie, w którym pracownicy wykonują pracę                            |
|                                                                                                 |                                       | Przyjęcie pojęcia środowiska pracy                                                                                                          | Praktyki i warunki występujące w miejscu pracy ukierunkowane na zapobieganie odchodzeniu pracowników z organizacji                                                                                 |
|                                                                                                 |                                       | Identyfikacja kluczowych czynników środowiska pracy                                                                                         | Wyodrębnienie trzech głównych kategorii do których zaszeregowano czynniki środowiska pracy:<br><br>I. Warunki organizacyjno-techniczne<br>II. Warunki ekonomiczne<br>III. Warunki psychospołeczne  |

Źródło: opracowanie własne.

## 4.2. Dane statystyczne

Przed przystąpieniem do badań ilościowych skontaktowano się z wybranymi instytucjami publicznymi w celu uzyskania zbieranych przez nie danych dotyczących liczby i rozmieszczenia lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarzy specjalistów w dziedzinach: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, neonatologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej w poszczególnych szpitalach publicznych włączonych do systemu PSZ na lata 2023-2027 w województwie wielkopolskim.

Po wyselekcjonowaniu instytucji powiązanych z ochroną zdrowia, które potencjalnie mogłyby posiadać informacje na temat lekarzy w Wielkopolsce nawiązano kontakt z podmiotami wskazanymi na rys. 33.



**Rysunek 33. Instytucje związane z ochroną zdrowia w Wielkopolsce**

Źródło: opracowanie własne.

Podmioty posiadające wnioskowane informacje zobowiązane są do udzielenia ich na podstawie art. 4 ust. 3 *Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. z 2022 r., poz. 902). Zatem, autorka wnioskowała o udostępnienie danych w trybie przytoczonej powyżej ustawy. Dodatkowo, autorka zwróciła się z prośbą o przygotowanie danych przetworzonych ze względu na szczególny interes społeczny (por. Dz.U.2022.902, art. 3, ust. 1), który uzasadniono dwoma aspektami przytoczonymi poniżej.

Po pierwsze, jak wspomniano w rozdziale trzecim, zdrowie jako wartość ma znaczenie dla całego społeczeństwa, gdyż umożliwia pracownikom aktywne uczestnictwo na rynku pracy, jak również kreuje dodatkowe możliwości społeczne i ekonomiczne. Do właściwej realizacji potrzeb zdrowotnych obywateli niezbędny jest sprawnie funkcjonujący system, ze szczególnym uwzględnieniem działalności podmiotów leczniczych. To szpitale są najwyższymi jednostkami referencji, a także w tych podmiotach występuje największa koncentracja różnych przypadków medycznych. W związku z powyższym zapewnienie odpowiednich zasobów, w tym wykwalifikowanych pracowników jest niezbędne dla ciągłości i sprawnego funkcjonowania szpitali. Określając szczególnie istotny interes społeczny należy wskazać, iż w obliczu znacznego deficytu lekarzy w sektorze publicznym ochrony zdrowia w Polsce, wzmocnionego deklarowanymi i następującymi odejściami lekarzy kluczowym jest rozpoznanie stanu faktycznego w tym zakresie, zaproponowanie i wdrożenie narzędzi pozwalających zatrzymać lekarzy, aby umożliwić obywatelom realizację zapisanego w Konstytucji Rzeczypospolitej Polski powszechnego prawa do ochrony zdrowia.

Po drugie, w związku z realizacją pracy doktorskiej w zakresie nauk o zarządzaniu i jakości, dostrzegalny jest szczególny interes społeczny jako partycypacja w rozwój nauki, do której niezbędna jest przede wszystkim wiarygodność i jakość pracy naukowej. Wykorzystanie uzyskanych danych umożliwi przeprowadzenie rzetelnych badań w rygorze statystycznym, a w konsekwencji zaproponowanie bardziej trafnych i dopasowanych rekomendacji przygotowanych w pracy doktorskiej. To umożliwi poprawę funkcjonowania działalności podmiotów publicznych poprzez wskazanie metod zaradczych oraz narzędzi zaradczych, odzwierciedlając opisane zagadnienia teoretyczne w praktyce oraz kreując nowe rozwiązania, niosąc wartość użyteczną dla poszczególnych podmiotów leczniczych, systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa.

Po złożeniu stosownych wniosków uzyskano odpowiedzi na niezwykle istotne zagadnienia dla zachowania rygoru statystycznego w przygotowaniu i przeprowadzeniu badań ilościowych. W szczególności kluczowe było uzyskanie informacji z WOW NFZ w Poznaniu dotyczących zagadnień, które pozwoliły na precyzyjne zdefiniowanie badanej populacji. Otrzymano zestawienie aktualnej liczby lekarzy aktywnych zawodowo ogółem, bez względu na formę zatrudnienia, wykonujących zawód lekarza w szpitalach w województwie wielkopolskim włączonych do systemu podstawowego szpitalnego

zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na lata 2023-2027. Uzyskano także dane zawierające liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w trybach rezydentckim i pozarezydentckim oraz lekarzy specjalistów w dziedzinach chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, neonatologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej w poszczególnych szpitalach w województwie wielkopolskim włączonych do systemu PSZ na lata 2023-2027.

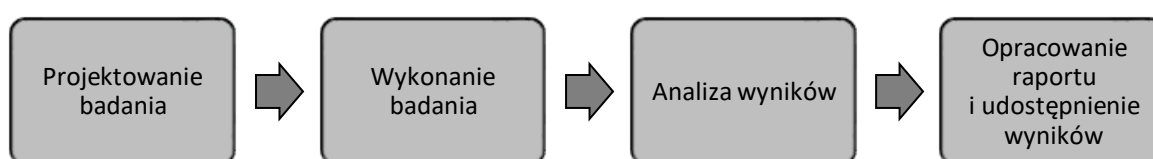
Efektem kontaktu z Naczelną Izbą Lekarską oraz Wielkopolską Izbą Lekarską było nawiązanie współpracy z Komisją ds. Szpitalnictwa Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie przygotowania i przeprowadzenia badań empirycznych z wykorzystaniem kwestionariuszy ankietowych. Autorka uzyskała rekomendację do prowadzenia badań we współpracy z Komisją ds. Szpitalnictwa NIL oraz WIL. Kwestionariusz ankietowy został podzielony na dwie części, zawierając odpowiednio pytania do pracy doktorskiej oraz dla WIL. Zebrane dane zostały wykorzystane w niniejszej rozprawie doktorskiej oraz do opracowania zestawień na prośbę i potrzeby Komisji ds. Szpitalnictwa NIL. Więcej na ten temat wspomniano w części dotyczącej narzędzia badawczego do badań ilościowych.

#### **4.3. Metodyka badań ilościowych**

Wybór właściwej metody badawczej jest niezwykle istotnym krokiem w prowadzeniu badań empirycznych, gdyż wpływa na zbieranie danych, co przekłada się na zakres i możliwości poprawnego wnioskowania (Sillars i Hallowell, 2009). Metoda sondażu wykorzystywana jest do systematycznego zbierania danych od członków zdefiniowanej populacji jako badanie opinii publicznej lub wybranej grupy społeczno-zawodowej (Witaszek, 2007). Wspomniana metoda pozwala na ustalenie poglądów, postaw lub opinii określonej populacji, dokonywane przez uzyskiwanie odpowiedzi na zadane pytania od reprezentatywnej próby losowej wyłonionej z całej populacji, a następnie uogólnienie wyników na całą populację (Szreder, 2010). Z kolei metoda reprezentacyjna polega na częściowym badaniu statystycznym opartym na pobranej w sposób losowy próbie ze zbiorowości generalnej (Sobczyk, 2007). Dzięki zastosowaniu metody reprezentacyjnej na podstawie wylosowanej próby istnieje możliwość zbadania całej zbiorowości (Skarbek, 2013). Tak więc, właściwym jest zastosowanie metody reprezentacyjnej do analizy danych

zebranych metodą sondażu. W dysertacji, w odniesieniu do badań ilościowych przyjęto metodę sondażu ukierunkowaną na zbadanie opinii lekarzy na temat czynników środowiska pracy. Celem było wnioskowanie statystyczne w zakresie wyłonienia przyciągających i wypychających czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. Z uwagi na ograniczenia wynikające z ram czasowych tworzenia pracy doktorskiej badanie zostało prowadzone jednorazowo w celu określenia postaw i opinii w przedziale czasowym styczeń-czerwiec 2023 przy określonych warunkach otoczenia (Szyjewski, Z. i Szyjewski, G., 2017).

W projektowaniu i realizacji badania opinii można wyróżnić kilka etapów, które syntetycznie zaprezentowano na schemacie (rys. 34).



**Rysunek 34. Etapy badania opinii**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Szreder, 2010, s. 36).

Pierwszym etapem każdego badania opinii jest projektowanie obejmujące zespół czynności ukierunkowanych na zapewnienie efektywnych metod akumulacji, analizy i udostępniania informacji. Określa się kilka zasadniczych kwestii, których właściwe ustalenie rzutuje na jakość badania i finalną przydatność wyników (Szreder, 2010). Elementy składające się na proces projektowania badania zgodnie z chronologią postępowania są następujące:

- określenie celów badawczych,
- zdefiniowanie populacji,
- sporządzenie operatu losowania,
- wybór techniki pobierania próby,
- określenie liczebności próby,
- proces wyboru próby,
- określenie metody obserwacji statystycznej,
- wstępne określenie metod analizy danych (Szreder, 2010).

Wskazane kroki etapu projektowania badania, jak również następne etapy procesu badania opinii zostaną dokładniej omówione w dalszych rozważaniach w odniesieniu do szczegółów zawartych w dysertacji.

### **Określenie celów badawczych**

Znając główny problem badawczy, ustalone pytania badawcze, cel główny pracy i przyporządkowane mu cele szczegółowe, kluczowe było określenie celu i koncepcji badań ilościowych. Zatem, celem głównym badań ilościowych, w tym przypadku w postaci badania opinii respondentów było określenie czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w szpitalach publicznych w Wielkopolsce w zakresach omówionych w dalszej części pracy. Dla przyjętego celu podporządkowano dalsze kroki projektowania badania opinii.

### **Zdefiniowanie populacji**

W kolejnym etapie projektowania badań należy określić populację. Jednostki statystyczne<sup>17</sup> składające się na populację generalną<sup>18</sup> odznaczają się konkretnymi cechami stałymi, które nie podlegają badaniu statystycznemu, ale umożliwiają precyzyjne zdefiniowanie populacji statystycznej (Sobczyk, 2010). Uwzględniając trzy cechy stałe populacji, do których należą cechy rzeczowa, czasowa i przestrzenna powinno ustalić się charakterystyki jednostek, które zostaną włączone do ogółu podmiotów, a których opinie będą mierzone (Sobczyk, 2010; Szreder, 2010). Warto zwrócić uwagę, że cechy stałe w ujęciu rzeczowym, czasowym i przestrzennym są wspólne dla wszystkich jednostek badanej zbiorowości (Sobczyk, 2007).

Cecha rzeczowa dostarcza informacji kto lub co jest przedmiotem badania (Szreder, 2010). W związku z brakiem możliwości prowadzenia badań w odniesieniu dla wszystkich specjalizacji lekarskich dokonano zawężeń na podstawie arbitralnie wybranych dwóch kryteriów. W pierwszej kolejności wzięto pod uwagę wszystkie specjalizacje powiązane ze

---

<sup>17</sup> Jednostka statystyczna, inaczej jednostka badania lub obserwacji to najmniejszy niepodzielny element tworzący populację generalną, zwaną również badaną zbiorowością (Bartosieńska i Jankiewicz-Siwek, 2006; Sobczyk, 2007).

<sup>18</sup> Populacja generalna, inaczej zbiorowość generalna to zbiór dowolnych elementów (jednostek statystycznych) powiązanych ze sobą logicznie, czyli tożsamy ze względu na cechy określające zbiorowość ale różnych ze względu na badaną cechę lub cechy które są interesujące z punktu widzenia prowadzonego badania. Populacja generalna, w przeciwieństwie do próby, obejmuje wszystkie elementy stanowiące przedmiot badania, dla których formułuje się wnioski ogólne (Luszniewicz, 1970).

szpitalami pierwszego stopnia systemu PSZ ze względu na podstawowe zapewnienie zabezpieczenia zdrowotnego dla pacjentów w podstawowych specjalnościach medycznych. Dla pierwszego poziomu referencyjnego systemu PSZ świadczenia opieki zdrowotnej realizowane są w następujących zakresach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii lub neonatologii, a także anestezjologii i intensywnej terapii lub szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951, ust. 4). Oznacza to, że wybrane specjalizacje powinny umożliwić spełnienie podstawowych potrzeb w zakresie ochrony zdrowia w powszechnym dostępie dla obywateli. Dodatkowo, taki wybór generuje także możliwość porównania opinii lekarzy zatrudnionych w szpitalach pierwszego stopnia referencji z lekarzami wykonującymi zadania zawodowe w szpitalach zakwalifikowanych do wszystkich wyższych poziomów referencyjności szpitali w klasyfikacji PSZ. Na podstawie tego kryterium zostali włączeni lekarze wykonujący zawód medyczny w szpitalach pierwszego stopnia referencyjności według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych uwzględniając wszystkie niezbędne specjalizacje wskazane w ustawie (por. Dz. U. 2017, poz. 844, art. 951) ze względu na możliwość zbadania tych samych specjalizacji na każdym wyższym stopniu referencyjności szpitali.

W drugiej kolejności wybrano lekarzy określonych jako specjaliści, którzy zostali wzięci pod uwagę jako lekarze wskazani w priorytetowych dziedzinach medycyny (por. Dz.U. 2004 nr 1 poz. 7, Dz.U. 2009 nr 84 poz. 709, Dz.U. 2012 poz. 1489, Dz.U. 2018 poz. 1738, Dz.U. 2020 poz. 1156, Dz.U. 2022.2814, Dz.U. 2023.1503) w związku ze szczególnym ich zapotrzebowaniem w publicznej ochronie zdrowia w Polsce (por. tab. 10). Decyzja została motywowana faktem uznania ich jako lekarzy najmocniej deficytowych i trudnych do uzupełniania. Oceniono, że tym bardziej należy podjąć działania związane z zatrzymaniem lekarzy tych specjalizacji. Cztery ze wskazanych specjalizacji pokrywających się z lekarzami wykonującymi pracę w szpitalach pierwszego stopnia PSZ były definiowane jako deficytowe już od 2009 roku, co podkreśla problem, który jest nierozwiązywany od ponad 10 lat. Dwie kolejne specjalizacje są określone jako deficytowe od 2018 roku.

Dla zobrazowania zależności między omawianymi zbiorami posłużono się diagramem Venna<sup>19</sup> w celu porównania dwóch zestawów danych i dokonania wyboru na podstawie

---

<sup>19</sup> Diagram Venna to diagram stosowany w teorii logiki używany do przedstawiania zbiorów i ich relacji (Weisstein, 2023).

przedziału wspólnego (Moktefi i Lemanski, 2022). Do dalszego postępowania przyjęto, że specjalizacje lekarskie dostępne w szpitalach pierwszego stopnia referencji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na lata 2023-2027 stanowią pierwszy zbiór, natomiast priorytetowe dziedziny medycyny w latach 2003-2022 stanowią drugi zbiór. Na schemacie (rys. 35) zaprezentowano przecięcie obu zidentyfikowanych zbiorów ze wskazaną częścią wspólną pokrywających się specjalizacji.



**Rysunek 35. Przecięcie zbiorów stanowiące populację do badań**

Źródło: opracowanie własne.

Po ustaleniu iloczynu obu zbiorów uzyskano zbiór lekarzy następujących specjalizacji: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, neonatologii, pediatrii oraz medycyny ratunkowej. Dalsze zawężenie zostało dokonane w rezultacie konsultacji z przedstawicielem Komisji ds. Szpitalnictwa Naczelnej Izby Lekarskiej. Finalnie do badań wybrano lekarzy w dziedzinach chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej. Choroby wewnętrzne i chirurgia ogólna zostały uznane jako podstawowe dziedziny medycyny, w których zapewnienie kadry lekarskiej jest niezwykle istotne. Dodatkowo, wybór specjalizacji zachowawczej i zabiegowej<sup>20</sup> może pozwolić znaleźć różnice między dwoma odmiennymi typami specjalizacji.

W odniesieniu do szpitali zdecydowano się na zawężenie wyboru do jednostek znajdujących się w województwie wielkopolskim, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym przypadku należące do PSZ (MZ, 2021). Oznacza to, że ciągłość funkcjonowania tych szpitali jest kluczowa dla zabezpieczenia zdrowotnego pacjentów, a możliwość świadczenia usług wymaga odpowiedniej kadry medycznej. W związku z powyższym, uzasadnione jest

<sup>20</sup> Chirurgia ogólna zaliczana jest do specjalizacji zabiegowych, natomiast choroby wewnętrzne traktowane są jako specjalizacja zachowawcza (Boguszevska, 2019).

przyjęcie kryterium szpitali należących do PSZ, jako właściwych dla prowadzenia badań związanych z zatrzymaniem lekarzy. Zawężenie wyboru do województwa wielkopolskiego był podyktowany faktem występowania różnic w rozmieszczeniu terytorialnym lekarzy, dysproporcjami w zakresie działalności szpitali<sup>21</sup>, dostępnością lekarzy oraz położeniem lokalizacyjnym Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, stanowiącego ośrodek badawczy doktorantki.

Opierając się na aktualnej liście szpitali włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na lata 2023-2027 autorka wyznaczyła szpitale i oddziały szpitalne stanowiące populację badania. Rozpatrując kwestię szczegółowo, z uwagi na wskazane powyżej specjalizacje lekarskie w obszarze zainteresowań, doktorantka wybrała i podzieliła oddziały szpitalne na dwie kategorie: oddziały chorób wewnętrznych z podspecjalizacjami oraz oddziały chirurgii ogólnej również z podspecjalizacjami<sup>22</sup>. Nadrzędnym kryterium było istnienie oddziału chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej w danym szpitalu. Liczba szpitali wybranych dla poszczególnych poziomów szpitali została wskazana w tab. 12.

**Tabela 12. Liczba szpitali należących do PSZ w Wielkopolsce włączonych do badań ilościowych**

| <b>Liczba<br/>Poziom szpitala</b> | <b>Liczba szpitali w PSZ 2023-2027</b> | <b>Liczba szpitali włączonych do badań</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>I</b>                          | 26                                     | 26                                         |
| <b>II</b>                         | 9                                      | 8                                          |
| <b>III</b>                        | 4                                      | 4                                          |
| <b>Ogólnopolski</b>               | 5                                      | 2                                          |
| <b>Onkologiczne</b>               | 1                                      | 0                                          |
| <b>Pediatryczna</b>               | 1                                      | 0                                          |
| <b>Pulmonologiczne</b>            | 2                                      | 0                                          |
| <b>Suma</b>                       | <b>48</b>                              | <b>40</b>                                  |

Źródło: opracowanie własne.

<sup>21</sup> Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych można wskazać, że województwa w Polsce różnią się pod względem różnych parametrów, m.in. dostępnych zasobów kadrowych, leczenia szpitalnego, epidemiologii, sprzętu, kolejek, programów lekowych, dostępu do świadczeń medycznych (Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2023).

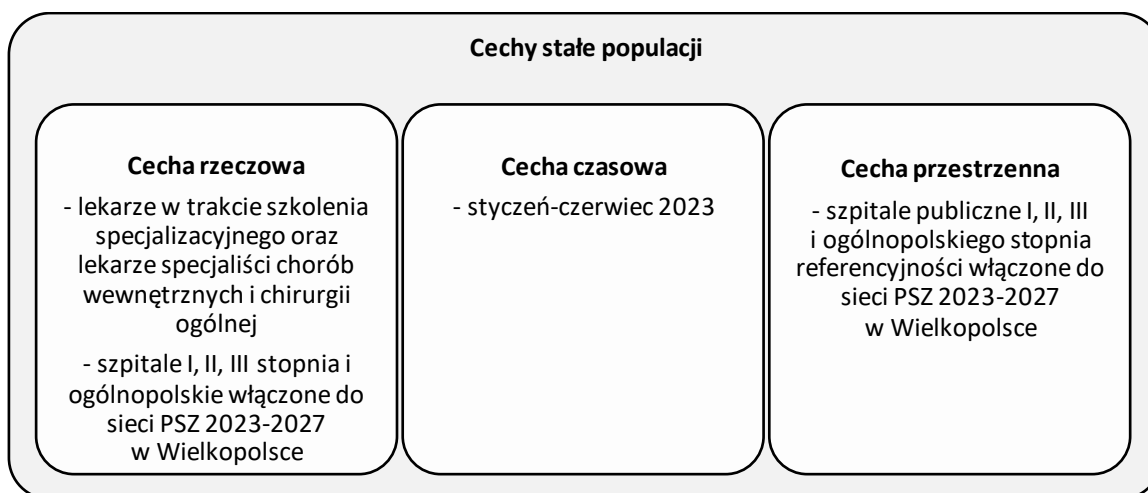
<sup>22</sup> W dalszych rozważaniach w pracy doktorskiej oddział chorób wewnętrznych z podspecjalizacjami lub oddział internistyczny będzie określany jako „oddział chorób wewnętrznych”, a oddział chirurgii ogólnej z podspecjalizacjami jako „oddział chirurgii ogólnej”.

W trakcie przygotowywania i weryfikowania listy szpitali oraz poszczególnych oddziałów szpitalnych autorka włączyła wszystkie szpitale I stopnia. Spośród szpitali II stopnia jeden został wykluczony ze względu na specyfikę tego szpitala poprzez skoncentrowanie na wąskiej specjalizacji i związany z tym brak oddziałów chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej oraz informację uzyskaną z NFZ, że tylko jeden lekarz chorób wewnętrznych jest wykazany do realizacji świadczeń a w szpitalu nie są zatrudnieni lekarze chirurgii ogólnej. Biorąc powyższe rozważania pod uwagę, nie zostało spełnione kryterium istnienia oddziału. Dodatkowo, autorka wykluczyła trzy szpitale ogólnopolskie ze względu na brak wskazanych lekarzy chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej w opracowaniu NFZ albo brak istnienia oddziału chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej w szpitalu. Autorka również świadomie zrezygnowała z próby dotarcia do szpitali specjalistycznych: pulmonologicznych, onkologicznych oraz pediatrycznych. Wyniknęło to z faktu, że w powyżej wskazanych szpitalach według danych statystycznych uzyskanych z NFZ pracę zawodową wykonuje niewielka liczba lekarzy, uniemożliwiająca rzetelną analizę statystyczną przeprowadzoną oddzielnie dla stopnia referencyjnego. Również utrudniona byłaby analiza w sposób zbiorczy, nie ukazująca sytuacji konkretnego szpitala. We wszystkich trzech typach szpitali w uzyskanym opracowaniu NFZ widnieje łącznie 13 lekarzy chorób wewnętrznych i 14 lekarzy chirurgii ogólnej. Dodatkowo, wysoko specjalistyczny profil działalności szpitali warunkuje specyfikę pracy, natomiast liczba możliwych do uzyskania odpowiedzi nie pozwoliłaby na rzetelną analizę danych za pomocą metod statystyki opisowej i analizy statystycznej. W załączniku (Załącznik 1) wskazano szpitale, które z uwzględnieniem stopnia referencyjności wzięto pod uwagę do badań ilościowych.

Rozpatrując cechę czasową badań empirycznych można wskazać okres styczeń-czerwiec 2023 jako właściwy dla zaprojektowania, przygotowania i przeprowadzenia postępowania badawczego w odniesieniu do badań ilościowych.

W nawiązaniu do cechy przestrzennej, autorka przeprowadziła badania na terenie województwa wielkopolskiego.

Podsumowując powyższe rozważania, na rys. 36 przedstawiono graficznie cechy stałe populacji włączonej do badań ilościowych.



**Rysunek 36. Cechy stałe populacji włączonej do badań ilościowych**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Szreder, 2010; Miszczak i Walasek, 2013).

Dla dalszego badania empirycznego populacja została określona jako lekarze specjalizacji chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej zatrudnieni w szpitalach PSZ w Wielkopolsce, w których funkcjonują oddziały chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej, z wyłączeniem szpitali specjalistycznych. W zakresie czasowym badania były realizowane w pierwszym półroczu 2023 roku w zdefiniowanych szpitalach I, II, III stopnia i ogólnopolskich w Wielkopolsce.

### **Sporządzenie operatu losowania**

Po zdefiniowaniu populacji, kolejnym etapem postępowania badawczego jest przygotowanie operatu losowania, czyli wykazu jednostek badanej populacji w celu wyboru próby badawczej<sup>23</sup>, a następnie nadanie im symboli identyfikacyjnych, które w pełni odzwierciedlą rzeczywiste elementy populacji (por. Szreder, 2010). W oparciu o cechę rzeczową badań, uwzględniającą lekarzy wybranych specjalizacji i wybrane szpitale włączone do PSZ w tab. 13 wyznaczono liczbę oddziałów chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej a następnie w tab. 14 liczbę lekarzy wskazanych dla poszczególnych oddziałów. Warto wskazać, że informacja o specjalizacji lekarskiej i stopniu referencyjnym szpitala może być wykorzystana do podziału populacji na rozłączne i pokrywające całą zbiorowość warstwy.

<sup>23</sup> Próba, inaczej nazywana populacją próbną to część badanej populacji, która zostaje poddana badaniom w celu zbadania własności dotyczących całej populacji (Skarbek, 2013).

**Tabela 13. Liczba zidentyfikowanych oddziałów chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej**

| <b>Liczba</b><br><b>Poziom szpitala</b> | <b>Liczba zidentyfikowanych oddziałów</b><br><b>chorób wewnętrznych</b> | <b>Liczba zidentyfikowanych oddziałów</b><br><b>chirurgii ogólnej</b> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>I</b>                                | 26                                                                      | 24                                                                    |
| <b>II</b>                               | 9                                                                       | 10                                                                    |
| <b>III</b>                              | 5                                                                       | 8                                                                     |
| <b>Ogólnopolski</b>                     | 4                                                                       | 5                                                                     |
| <b>Suma</b>                             | <b>44</b>                                                               | <b>47</b>                                                             |

Źródło: opracowanie własne.

W celu identyfikacji liczby lekarzy według specjalizacji i typu szpitala autorka posłużyła się wykazem statystycznym dostarczonym przez NFZ<sup>24</sup> uwzględniającym liczbę lekarzy według specjalizacji wykonujących pracę ogółem w szpitalach włączonych do sieci PSZ na lata 2023-2027 w Wielkopolsce. W poniższej tabeli uzyskano liczbę lekarzy dla poszczególnych poziomów referencyjnych szpitali w podziale na lekarzy chorób wewnętrznych i lekarzy chirurgii ogólnej zgłoszonych w umowach na rok 2023 w leczeniu szpitalnym w poszczególnych szpitalach włączonych do systemu PSZ na lata 2023-2027.

**Tabela 14. Liczba lekarzy według wyznaczonych warstw specjalizacji i poziomu referencyjnego szpitala**

| <b>Typ</b><br><b>szpitala</b><br><b>Specjalizacja</b> | <b>I stopień</b> | <b>II stopień</b> | <b>III stopień</b> | <b>Ogólnopolski</b> | <b>Suma</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| <b>Choroby wewnętrzne</b>                             | 242              | 202               | 133                | 189                 | <b>766</b>  |
| <b>Chirurgia ogólna</b>                               | 272              | 111               | 91                 | 64                  | <b>538</b>  |
| <b>Suma</b>                                           | 514              | 313               | 224                | 253                 | <b>1304</b> |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

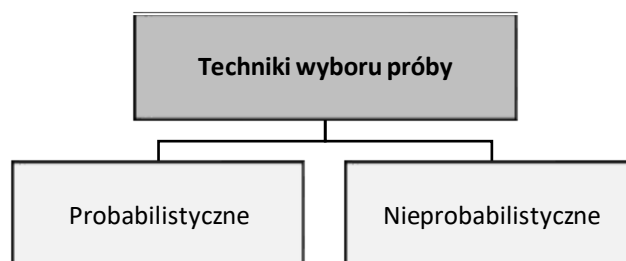
W badaniach naukowych nie zawsze istnieje możliwość przeprowadzenia kompleksowych badań w zakresie całego obszaru, dlatego w celu rozwiązania problemu naukowego często dokonuje się wyboru losowego możliwie najbardziej reprezentatywnych

<sup>24</sup> Autorka wykorzystała dane przetworzone uzyskane w trybie *Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. z 2022 r., poz. 902) z Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Poznaniu. Otrzymane zestawienie zostało zatytułowane jako „liczba lekarzy specjalistów oraz w trakcie specjalizacji we wskazanych dziedzinach zgłoszonych w umowach na rok 2023 w leczeniu szpitalnym - świadczenia Podstawowego Szpitalnego Systemu Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (PSZ) z podziałem na poszczególne szpitale”. Udostępnienie danych nastąpiło w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej na wniosek doktorantki.

członków populacji. Właściwy dobór próby umożliwia generalizowanie otrzymanych wyników na całą populację (Miszczak i Walasek, 2013).

### Wybór techniki pobierania próby

W nawiązaniu do elementu projektowania badania opinii, którym jest wybór techniki pobierania próby, można wyróżnić dwa zasadnicze podejścia, które zaprezentowano na schemacie (rys. 37).



**Rysunek 37. Klasyfikacja technik wyboru próby**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Szreder, 2010; Miszczak i Walasek, 2013).

Techniki probabilistyczne (ang. *probability sampling techniques*), inaczej nazywane losowymi to procedury wyboru próby oparte na zasadach losowych, w taki sposób, aby każda jednostka miała jednakową szansę zostać włączoną do próby (Miszczak i Walasek, 2013). Techniki nieprobabilistyczne (ang. *nonprobability sampling techniques*), inaczej nazywane technikami nielosowymi dotyczą wyboru próby, w których nieobecne są procedury losowania danych. W takiej sytuacji stosuje się wybór na podstawie subiektywnej opinii badacza (Szreder, 2010).

Biorąc pod uwagę zakres przedmiotowy i podmiotowy dysertacji, autorka zdecydowała się na probabilistyczny wybór próby, stosując losowanie warstwowe (ang. *stratified sampling*). W badaniach opinii i badaniach marketingowych ta procedura zalicza się do najczęściej stosowanych w praktyce schematów wyboru próby, dzięki następującym cechom:

- znacznej efektywności w przypadku populacji wewnętrznie niejednorodnych,
- możliwości wykorzystania urozmaiconych informacji w doborze próby,
- opcji stosowania różnych sposobów losowego wyboru jednostek z podzielonej na subpopulacje zbiorowości generalnej (Szreder, 2010; Miszczak i Walasek, 2013).

Losowanie warstwowe oznacza podział populacji generalnej na wewnętrznie jednorodne warstwy różniące się pod względem pewnych cech jednak przy zachowaniu zasady podziału rozłącznego i wyczerpującego (Skarbek, 2013). W odniesieniu do powyższych stwierdzeń, autorka założyła, że badana populacja jest wewnętrznie niejednorodna ze względu na możliwość występowania różnic w percepcji czynników środowiska pracy dla lekarzy różnych specjalizacji, w tym zachowawczej i zabiegowej oraz wykonujących pracę w różnych typach referencyjnych szpitali wynikających ze specyfiki organizacji podmiotów leczniczych i stopnia świadczenia usług leczniczych. Zatem na potrzeby losowania warstwowego warstwy zostały określone przez specjalizację lekarza oraz typ szpitala w którym jest on zatrudniony.

### **Określenie liczebności próby**

Rozpatrując warstwy, autorka wyodrębniła lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej oraz szpitale podzielone według stopnia referencyjnego I, II, III i ogólnopolskiego. W badaniach sondażowych opartych na probabilistycznych technikach wyboru próby, kluczowe jest określenie właściwej liczebności próby i jej alokacji w losowaniu warstwowym. Oznacza to, że należy określić minimalną wielkość próby, a także minimalną liczbę jednostek w poszczególnych warstwach (Szreder, 2010). Realizując procedurę pobierania losowych prób dla poszczególnych warstw niezbędna jest wiedza o proporcji lub liczbie elementów należących do poszczególnych warstw (Skarbek, 2013). W przypadku sposobów losowania autorka zastosowała te same metody wyboru jednostek dla wszystkich respondentów, które zostały opisane w pracy przy rozważaniu operatu losowania.

Kryterium dokładności szacunku, którym zazwyczaj w przypadku losowania warstwowego jest dopuszczalna rozpiętość przedziału ufności<sup>25</sup> umożliwia obliczenie wymaganej liczby jednostek w próbie. Zaprezentowany wzór (Równanie 1) pozwala określić minimalną liczebność próby w losowaniu warstwowym proporcjonalnym, wykorzystywany do estymacji wartości średniej w populacji.

---

<sup>25</sup> Przedział ufności to zakres wartości, w którym mieści się zależny od współczynnika ufności odsetek wyników powtarzanych prób z całej populacji (Beukelman i Brunner, 2016).

$$n = \frac{N * \sum_{h=1}^k (N_h * s_h^2)}{N^2 * \frac{d^2}{z_{\alpha/2}^2} + \sum_{h=1}^k (N_h * s_h^2)}$$

### **Równanie 1. Wzór na minimalną liczebność próby w losowaniu warstwowym**

Źródło: (Szreder, 2010, s. 135).

Dla podanego wzoru użyto następujących oznaczeń:

$n$  – liczebność próby,

$N$  – liczebność populacji, której dotyczy wnioskowanie statystyczne,

$N_h$  – liczebność  $h$ -tej warstwy,

$h$  – indeks odpowiedniej warstwy 1-  $k$ , przy  $k$  warstwach

$s_h^2$  – wariancja w  $h$ -tej warstwie w próbie,

$d$  – rozpiętość przedziału ufności,

$z$  – kwantyl standaryzowanego rozkładu normalnego,

$\alpha$  – założony poziom istotności.

W oparciu o dane statystyczne uzyskane z NFZ (tab. 14), konstrukcję kwestionariusza ankietowego oraz zwykle zakładane wartości współczynników w badaniach naukowych przyjęto do obliczeń następujące wartości:

$N = 1304$

$1-\alpha = 0.95$ , jako założony współczynnik ufności<sup>26</sup>

$d = 0.5$ , ze względu na dokładność szacunku.

$s_h^2 = 9$ .

Przyjęto, że  $s_h^2 = 9$ , ponieważ ze względu na konstrukcję kwestionariusza ankietowego i możliwych do wyboru wariantów odpowiedzi w zakresie 1-7 dla każdej warstwy oznaczonej jako  $h$  jest spełniona nierówność  $s_h \leq 3$ . Zatem przyjęcie dla każdej warstwy  $s_h = 3$  powoduje, że obliczona w ten sposób liczebność próby będzie większa lub równa od minimalnej liczebności próby. Oznacza to, że przeprowadzenie badania dla próby o wielkości wyznaczonej w ten sposób gwarantuje uzyskanie dokładności przynajmniej takiej jak założona. Taka wielkość próby losowej gwarantuje, że oszacowanie średniego poziomu odpowiedzi na pytania ankietowe mierzone na 7 stopniowej skali będzie

<sup>26</sup> Konwencjonalna wartość wykorzystywana w badaniach naukowych to 0.95 (Snijders, 2001; Brunner i Giannini, 2011; Beukelman i Brunner, 2016), którą również zastosowano w niniejszej pracy.

wyznaczone na 95% z dokładności do co najmniej 0.5 punktu procentowego. Wyznaczono, ze względu na alokację proporcjonalną, minimalną wielkość próby, która dla poszczególnych warstw została wskazana w tab. 15.

**Tabela 15. Minimalna liczba wymaganych odpowiedzi według stopnia referencyjnego i typu specjalizacji**

| Typ<br>szpitala<br>Specjalizacja | I stopień | II stopień | III stopień | Ogólnopolski | Suma |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------|--------------|------|
| Choroby wewnętrzne               | 24        | 20         | 13          | 19           | 76   |
| Chirurgia ogólna                 | 27        | 11         | 9           | 7            | 54   |
| Suma                             | 51        | 31         | 22          | 26           | 130  |

Źródło: opracowanie własne.

Zatem łącznie minimalna liczba respondentów obejmuje 130 lekarzy. Przy wyznaczaniu minimalnej liczby jednostek przyjęto zaokrąglenie w górę ze względu na potrzebną minimalną liczbę w każdej warstwie.

### Proces wyboru próby

Badania ilościowe zostały przeprowadzone w okresie od stycznia 2023 do czerwca 2023 przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety (Załącznik 2), który szczegółowo omówiono w dalszych rozważaniach. Jako sposób losowania wykorzystano fakt obecności lekarza w szpitalu w momencie dostarczenia i wypełniania ankiety. Mając ustaloną minimalną liczbę ankiet niezbędnych do prowadzenia analizy w celu uzyskania reprezentatywnych wyników, wysyłano ankiety w sposób losowy do szpitali z każdej kategorii uwzględniającej specjalizację i poziom referencyjny, aż do uzyskania wymaganej liczby. Zdarzało się, że w niektórych poziomach referencyjnych szpitali dla wybranych specjalizacji, liczba otrzymanych ankiet przewyższała założoną ilość, ponieważ ze względu na trudności w nawiązaniu kontaktu z niektórymi szpitalami i brak możliwości uzyskiwania odpowiedzi w oczekiwanym czasie, autorka otrzymywała zaległe odpowiedzi po przekroczeniu obliczonego minimalnego progu liczby niezbędnych kwestionariuszy ankietowych. Kwestionariusze ankietowe wypełnione prawidłowo włączono jednak do badań, ponieważ wyznaczona liczba kwestionariuszy ankietowych była minimalnym progiem, a nie konkretną oczekiwaną wartością liczby uwzględnionych w badaniu ankiet.

## Określenie metody obserwacji statystycznej

Metoda obserwacji statystycznej jest sposobem pomiaru postaw i opinii w celu uzyskania pożądanych odpowiedzi od respondentów. W tym miejscu kluczowe jest omówienie zagadnień odnoszących się do narzędzia pomiarowego, którym w omawianym przypadku był kwestionariusz ankiety (Szreder, 2010). Posłużenie się kwestionariuszem ankietowym znajduje zastosowanie jako jedna z najbardziej popularnych metod badawczych w naukach społecznych (Babbie, 2004), m.in. dzięki łatwości pozyskania informacji na temat określonego zjawiska lub problemu (Szyjewski, Z. i Szyjewski, G., 2017). Badania zostały przygotowane w internetowym kwestionariuszu Google oraz tożsamo w wersji papierowej (zob. Załącznik 2).

Kwestionariusz składał się z następujących części: pytań 1-5 przeznaczonych na potrzeby pracy doktorskiej, uzupełnionych o pytanie szóste przygotowane przez Komisję ds. Szpitalnictwa NIL oraz metryczki. Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła badań realizowanych przez doktorantkę. Pytania zostały skonstruowane na podstawie wnikliwej analizy literatury i uwzględniały prośbę o ocenę czynników, które zdaniem lekarzy pozytywnie lub negatywnie wpływają na chęć kontynuowania pracy w szpitalu, odpowiednio wskazując na czynniki przyciągające i wypychające. W kwestionariuszu ankietowym wspomniane czynniki skategoryzowano według podziału czynników środowiska pracy przygotowanego wcześniej w części teoretycznej pracy (por. rys. 9) dla wyłonienia czynników determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce oraz wskazówek uzyskanych od przedstawiciela Komisji ds. Szpitalnictwa NIL. Druga część kwestionariusza ankietowego obejmowała pytanie przygotowane całkowicie przez przedstawiciela Komisji ds. Szpitalnictwa NIL, które było przeznaczone na potrzeby statystyczne Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Metryczka została dołączona w celu ustalenia profilu respondentów.

W kwestionariuszu wszystkie pytania zostały skonstruowane jako zamknięte (ang. *closed-ended questions*), w których oczekiwanym od respondentów był wybór ich zdaniem najlepiej pasującego jednego z kilku podanych wariantów. Wiodącą zaletą tego typu pytań i kryterium ich doboru do kwestionariusza ankietowego był brak konieczności formułowania przez respondenta własnej odpowiedzi. Taka konstrukcja chroniła przed skłonnością do niewypełnienia ankiet z uwagi na brak czasu lub zdolności, a także ułatwiała

kodowanie wyników do analizy statystycznej. Dwie powyższe kwestie, jednocześnie stanowiące istotne wady pytań otwartych, a także perspektywa podjęcia wykonania badań jakościowych jednoznacznie zdeterminowały wybór pytań zamkniętych (Szreder, 2010).

### **Wstępne określenie metod analizy danych**

Po uzyskaniu odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankietowym kolejnym krokiem w postępowaniu jest wybór właściwej metody analizy danych. W dysertacji, w odniesieniu do analizy danych ilościowych postanowiono zastosować jedną z szerokiego wachlarza metod wnioskowania statystycznego, definiowanego jako zbiór procedur podejmowania decyzji o parametrach i rozkładzie zbiorowości generalnej w oparciu o wyniki otrzymane dla próby (Witkowska, 2005). Wnioskowanie statystyczne opiera się na prawdopodobieństwie (Weirich, 2011) i polega na sformułowaniu wniosków na temat parametrów opisujących rozkład wybranej zmiennej w populacji na podstawie próby losowej (Bartolucci i Scrucca, 2010). Wyróżnia się dwie grupy metod wnioskowania statystycznego, którymi są estymacja, czyli szacowanie nieznanych wartości parametrów zbiorowości generalnej oraz weryfikacja hipotez statystycznych (Witkowska, 2005; Sinharay, 2010).

W dysertacji autorka skupia się na weryfikacji hipotez statystycznych dotyczących rozkładu badanej cechy w zbiorowości generalnej przy zastosowaniu wnioskowania częstościowego<sup>27</sup> (por. Vos i Holbert, 2022). W tym miejscu należy wskazać, że przy ustalaniu założeń teoretycznych dla całego rozdziału przyjęto poziom istotności  $\alpha=0.05$ <sup>28</sup>. W podrozdziale dotyczącym analizy badań ilościowych za pomocą testów statystycznych będą wyznaczane czynniki determinujące zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych.

---

<sup>27</sup> Wnioskowanie częstościowe (ang. *frequentist inference*), inaczej może być nazywane NHST (ang. *null hypothesis significance testing*).

<sup>28</sup> Poszczególne dziedziny mogą mieć różne standardy dotyczące wartości poziomu współczynnika  $\alpha$ , ale  $\alpha=0.05$  jest najczęściej akceptowanym poziomem współczynnika istotności (Riffenburgh, 2012; Ross, 2017; Loftus, 2022).

#### 4.4. Wykonanie badań pilotażowych i głównych

Przeprowadzenie badania pilotażowego jest istotne w celu poprawy jakości i wydajności badania głównego oraz stanowi pierwszy etap w procesie badawczym, który ułatwia planowanie i modyfikację badania głównego (In, 2017). Badania pilotażowe są powszechnie stosowane w naukach społecznych i wykorzystywane z ukierunkowaniem na ich dwa główne cele. Po pierwsze, stanowią wersje planowanych badań w ramach przygotowania do głównego badania. W takim przypadku przeprowadzane są na mniejszą skalę, nazywane badaniami wykonalności (ang. *feasibility studies*). Po drugie, mogą być wykorzystane jako wstępne testowanie danego instrumentu badawczego (ang. *pre-testing*) przed przystąpieniem do badań głównych (Van Teijlingen i Hundley, 2002). Autorka wyznaczyła dwa cele badań pilotażowych:

- potwierdzenie wykonalności badań ilościowych,
- sprawdzenie narzędzia badawczego w kontekście poprawności sformułowania i zrozumienia przez respondentów treści pytań.

Przeprowadzenie badań pilotażowych przynosi istotne korzyści, ponieważ przed podjęciem głównego projektu badawczego z wyprzedzeniem może wskazywać na obszary, które należy dostosować, ze względu m.in. na nieodpowiednie lub zbyt skomplikowane instrumenty badawcze (Van Teijlingen i Hundley, 2002).

Badania pilotażowe zostały przeprowadzone w styczniu 2023 na grupie 10 respondentów. Respondenci zostali wylosowani zgodnie z przyjętym operatem losowania i poproszeni o zapoznanie się z kwestionariuszem ankietowym oraz o udzielenie odpowiedzi. Następnie zostali zapytani o przekazanie komentarza w formie ustnej w zakresie uwag i ewentualnie proponowanych zmian. Jako efekt badań pilotażowych została zweryfikowana treść i forma pytań w kwestionariuszu dzięki omówieniu zgłoszonych wątpliwości. Po zapoznaniu się z uzyskanymi informacjami dokonano nieznacznej modyfikacji treści pytań poprzez doprecyzowanie niejasnych sformułowań. Po ukończeniu badań pilotażowych rozpoczęto główne badania ilościowe za pomocą zmodyfikowanych kwestionariuszy ankietowych.

Badania ilościowe odbywały się w szpitalach włączonych do systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w latach 2023-2027 w województwie wielkopolskim na szpitalnych oddziałach chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej,

w obu przypadkach z podspecjalizacjami. Badania były realizowane za pomocą kwestionariuszy ankietowych przygotowanych w dwóch formach. Pierwszej, w wersji elektronicznej w przygotowanym formularzu internetowym Google za pomocą linku przesłanego na adres mailowy kierownika oddziału lub po ustaleniu na adres mailowy oddziału z prośbą o przekazanie do pozostałych respondentów. W drugiej, w postaci wydrukowanych kwestionariuszy ankietowych, dostarczonych na oddział i zebranych po uzyskaniu odpowiedzi ankietowanych lekarzy. Wybór formy udzielania odpowiedzi nie był narzucony, lecz uzależniony od możliwości organizacyjnych na oddziale (np. dostępu do komputera, organizacji pracy) oraz preferencji kierownika oddziału. W przypadku otrzymania wypełnionych kwestionariuszy papierowych autorka wprowadzała uzyskane odpowiedzi ręcznie do formularza internetowego, zapisując je na prywatnym dysku Google. W ten sposób możliwe było połączenie obu wersji w celu umożliwienia przeprowadzenia analizy statystycznej w programie Microsoft Office Excel i R Studio.

Udział w badaniu oraz przekazanie informacji w kwestionariuszu ankietowym było dobrowolne i w każdym momencie respondenci mieli możliwość wycofania się z udziału w badaniu. Nie przewidziano zachęt finansowych i nagród za udział w badaniu. Mając na uwadze znaczenie prowadzenia badań w sposób etyczny i przejrzysty przy jednoczesnym poszanowaniu godności respondentów biorących udział w badaniu, autorka uzyskane wyniki w pracy doktorskiej przedstawia wyłącznie w sposób zbiorczy, uniemożliwiający identyfikację konkretnego lekarza. Posiadając dostęp do indywidualnych odpowiedzi respondentów, autorka nie podjęła próby identyfikacji poszczególnych lekarzy, tym samym nie przekazując nigdzie pojedynczych odpowiedzi. Dodatkowo, w żadnym miejscu nie zostaną wskazane informacje lub wyniki dotyczące poszczególnych lekarzy, oddziałów i szpitali.

Łączna liczba uzyskanych, poprawnie wypełnionych i tym samym włączonych do analizy kwestionariuszy ankietowych wynosi 167 sztuk, odpowiednio 95 od lekarzy chorób wewnętrznych i 72 od lekarzy chirurgii ogólnej. W następnej tabeli (tab. 16) wyeksponowano informacje przedstawiające liczbę uzyskanych odpowiedzi dla poszczególnych warstw w podziale na wybrane specjalizacje oraz stopnie referencyjne szpitali.

**Tabela 16. Liczba uzyskanych odpowiedzi w podziale na warstwy**

| Typ<br>szpitala<br>Specjalizacja | I stopień | II stopień | III stopień | Ogólnopolski | Suma |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------|--------------|------|
| Choroby wewnętrzne               | 28        | 23         | 17          | 27           | 95   |
| Chirurgia ogólna                 | 36        | 13         | 10          | 13           | 72   |
| Suma                             | 64        | 36         | 27          | 40           | 167  |

Źródło: opracowanie własne.

Po zakończeniu zbierania odpowiedzi autorka zweryfikowała zgodność liczby uzyskanych odpowiedzi z wyznaczoną wcześniej minimalną wymaganą liczbą zapewniającą reprezentatywność badań (por. tab. 15). Potwierdzono, że liczba uzyskanych odpowiedzi jest wystarczająca i zakończono proces zbierania odpowiedzi. Po uzyskaniu koniecznej liczby kwestionariuszy ankietowych zgodnie z przyjętym celem zapewniającym reprezentatywność wyników badań zaprzestano rozprowadzania kwestionariuszy. W tab. 17 i tab. 18 omówiono podstawową charakterystykę respondentów w podziale na specjalizacje uwzględniając informacje zawarte w metryczce.

**Tabela 17. Charakterystyka respondentów - lekarze chorób wewnętrznych ogółem**

| Cecha                            | Wariant                                      | Udział procentowy w grupie<br>lekarzy chorób wewnętrznych<br>ogółem |
|----------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Płeć                             | Kobieta                                      | 55%                                                                 |
|                                  | Mężczyzna                                    | 45%                                                                 |
| Etap zawodowy                    | Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego | 42%                                                                 |
|                                  | Lekarz specjalista                           | 58%                                                                 |
| Staż pracy<br>w obecnym szpitalu | Do roku                                      | 9%                                                                  |
|                                  | 1-2 lata                                     | 20%                                                                 |
|                                  | 3-5 lat                                      | 20%                                                                 |
|                                  | 6-10 lat                                     | 7%                                                                  |
|                                  | 11-20 lat                                    | 15%                                                                 |
|                                  | Powyżej 20 lat                               | 29%                                                                 |
| Typ zatrudnienia                 | Umowa o pracę                                | 63%                                                                 |
|                                  | Samozatrudnienie                             | 34%                                                                 |
|                                  | Umowa zlecenie i inne                        | 3%                                                                  |

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 18. Charakterystyka respondentów - lekarze chirurgii ogólnej ogółem**

| Cecha                                | Wariant                                      | Udział procentowy w grupie lekarzy chirurgii ogólnej ogółem |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Płeć</b>                          | Kobieta                                      | 19%                                                         |
|                                      | Mężczyzna                                    | 81%                                                         |
| <b>Etap zawodowy</b>                 | Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego | 25%                                                         |
|                                      | Lekarz specjalista                           | 75%                                                         |
| <b>Staż pracy w obecnym szpitalu</b> | Do roku                                      | 8%                                                          |
|                                      | 1-2 lata                                     | 17%                                                         |
|                                      | 3-5 lat                                      | 17%                                                         |
|                                      | 6-10 lat                                     | 14%                                                         |
|                                      | 11-20 lat                                    | 14%                                                         |
|                                      | Powyżej 20 lat                               | 30%                                                         |
| <b>Typ zatrudnienia</b>              | Umowa o pracę                                | 55%                                                         |
|                                      | Samozatrudnienie                             | 39%                                                         |
|                                      | Umowa zlecenie i inne                        | 6%                                                          |

Źródło: opracowanie własne.

Ze struktury respondentów można zaobserwować, że parytet płci jest zbliżony w przypadku lekarzy chorób wewnętrznych, natomiast wśród lekarzy chirurgii ogólnej mężczyźni stanowią znaczącą przewagę. Biorąc pod uwagę etap zawodowy lekarzy, lekarze specjaliści stanowili przewagę w obu przypadkach. Rozpatrując staż pracy w obecnym szpitalu największy odsetek lekarzy udzielających odpowiedzi w kwestionariuszu ankietowym pracował powyżej 20 lat. Zarówno lekarze chorób wewnętrznych, jak i chirurgii najczęściej byli zatrudnieni na umowę o pracę, w drugiej kolejności pracowali w oparciu o samozatrudnienie.

Następnym etapem, który szczegółowo omówiono w kolejnym podrozdziale jest statystyczna analiza danych i wnioskowanie przy zastosowaniu metod statystyki opisowej.

#### **4.5. Analiza danych ilościowych**

Przed przystąpieniem do opisu analizy badań ilościowych wskazane jest przypomnienie, że autorka wyodrębniła dwa rodzaje warstw składających się ze specjalizacji oraz stopnia referencyjnego szpitala. W badaniach wzięto pod uwagę lekarzy specjalizacji chorób

wewnętrznych i chirurgii ogólnej wykonujących pracę w wybranych szpitalach I, II, III i ogólnopolskiego stopnia w Wielkopolsce należących do systemu PSZ w latach 2023-2027. W celu potwierdzenia zasadności rozróżniania lekarzy różnych specjalizacji, jak również znaczenia rozważania szpitali różnych stopni referencyjnych oddzielnie należało sprawdzić czy rozkład odpowiedzi był istotnie różny. Wykonano oddzielne testy dla odpowiedzi udzielonych do pytań dotyczących czynników przyciągających oraz czynników wypychających<sup>29</sup>. Zamiarem autorki było dokonanie analizy obu grup czynników i wyłonienie czynników determinujących w każdej z grup. Początkowo należało sprawdzić czy badanie odrębnie czynników przyciągających i czynników wypychających jest statystycznie uzasadnione na podstawie uzyskanych danych. W tym celu spróbowano posłużyć się statystycznym modelem analizy wariancji ANOVA (Brzeziński, 2008). Jednokierunkowa ANOVA porównuje średnie dwóch lub więcej grup dla jednej zmiennej zależnej (Ross i Willson, 2017). W badanym przypadku występuje opisana sytuacja. Aby móc zastosować metodę ANOVA konieczne jest, żeby zostały spełnione jednocześnie trzy warunki:

- niezależność obserwacji,
- normalność reszt,
- homogeniczność wariancji w grupach, inaczej nazwana homoscedastycznością (Sobol i Starr, 1983).

Biorąc pod uwagę pierwszy warunek należy wskazać, że większość technik statystycznych w kontekście dopasowywania rozkładów opiera się na niezależności obserwacji (Mielczarek, 2009). W przypadku niniejszej dysertacji można przyjąć, że obserwacje są niezależne, ponieważ dotyczą różnych grup lekarzy. Dostępne są różne metody testowania normalności reszt, a jednym z rekomendowanych i najczęściej wykorzystywanych przez badaczy jest test Shapiro-Wilka (Gupta i in., 2019). Ten test opiera się na korelacji między danymi a odpowiadającymi im wynikami normalnymi (Ghasemi i Zahediasl, 2012). Podczas rozważania normalności reszt sytuacja jest badana oddzielnie dla czynników przyciągających i wypychających. Dla hipotezy zerowej brzmiącej tak, że

---

<sup>29</sup> Dla łatwiejszej percepcji treści w dalszej części pracy czynniki istotne dla lekarzy, żeby kontynuować pracę w danym szpitalu będą określane czynnikami przyciągającymi, natomiast czynniki, które mogą spowodować chęć odejścia lekarza z danego szpitala zostaną nazywane czynnikami wypychającymi (por. Załącznik 2, pytanie 1-3, 5).

reszty mają rozkład zgodny z rozkładem normalnym po wykonaniu testu Shapiro-Wilka sprawdzającego tę hipotezę uzyskane wartości wskazano poniżej w tab. 19.

**Tabela 19. Wyniki p-wartości dla testu Shapiro-Wilka dotyczącego rozkładu normalnego dla czynników przyciągających i wypychających**

|         | Czynniki przyciągające | Czynniki wypychające |
|---------|------------------------|----------------------|
| P-value | 3.325797e-38           | 9.888992e-40         |

Źródło: opracowanie własne.

Założenie metody ANOVA o normalności rozkładów odpowiedzi nie jest spełnione w żadnej z grup (por. tab. 19). Każda uzyskana wartość jest znacząco niższa od przyjętego poziomu istotności  $\alpha=0.05$ . Pozwoliło to odrzucić hipotezę zerową w każdej z grup. Zatem rozkład odpowiedzi w żadnej z grup w wyszczególnionych warstwach nie posiada normalności reszt. Jak wspomniano powyżej, dla zastosowania metody ANOVA konieczne jest, aby były spełnione łącznie trzy warunki. Pierwszy z nich, czyli niezależność obserwacji został spełniony. Kolejny warunek, dotyczący normalności reszt nie został spełniony. W związku z powyższym, zrezygnowano z testowania trzeciego warunku związanego z homogenicznością wariancji. Finalnie, ze względu na fakt, że dane nie mają rozkładu normalnego stwierdzono brak możliwości zastosowania metody ANOVA i z niej zrezygnowano. Zdecydowano się na wykorzystanie testów nieparametrycznych, z uwagi na fakt, że metody nieparametryczne są powszechnie stosowane w przypadku, gdy założenie dotyczące rozkładu normalnego danych w testach parametrycznych nie zostaje spełnione (Schober i Vetter, 2020).

Jako nieparametryczna alternatywa dla jednokierunkowej analizy wariancji może zostać użyty test Kruskala-Wallisa (Armstrong i Hilton, 2010; Schober i Vetter, 2020). Wybrano test Kruskala-Wallisa w celu określenia czy istnieją istotne statystycznie różnice między pytaniami dotyczącymi czynników przyciągających i wypychających w oparciu o uzyskane odpowiedzi. Test zaproponowany przez Kruskala i Wallisa stanowi nieparametryczną metodę testowania czy próby pochodzą z tego samego rozkładu (Xia, 2020). Hipoteza zerowa dla tego testu została sformułowana w ten sposób, że istnieje równość dystrybuant w porównywanych populacjach. Na podstawie testu Kruskala-Wallisa jednoznacznie ustalono, że wyniki dla poszczególnych czynników należy rozważać osobno i nie należy badać ich wspólnie. Wartość p-value z tego testu wynosi 0.005084959, co oznacza, że jest

niższa od przyjętego poziomu istotności  $\alpha=0.05$ , zatem należy odrzucić hipotezę zerową, że rozkład odpowiedzi na wszystkie pytania jest jednakowy.

Następnie, niezwykle istotnym było ustalenie, czy teoretyczny podział populacji na warstwy według specjalizacji i stopni referencyjnych szpitali jest statystycznie uzasadniony biorąc pod uwagę zebrane odpowiedzi od respondentów.

Podczas rozważania normalności reszt sytuacja jest badana oddzielnie dla specjalizacji, poziomu szpitali oraz dla czynników przyciągających i wypychających. Dla hipotezy zerowej brzmiącej tak, że reszty mają rozkład zgodny z rozkładem normalnym po wykonaniu testu Shapiro-Wilka sprawdzającego tę hipotezę uzyskane wartości wskazano poniżej w tab. 20.

**Tabela 20. Wyniki p-wartości dla testu Shapiro-Wilka dotyczącego rozkładu normalnego dla czynników przyciągających i wypychających dla specjalizacji i stopni szpitali**

| Typ Szpitala, specjalizacja \ Czynnik | Czynnik przyciągający | Czynnik wypychający |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Specjalizacje                         | 6.941801e-37          | 6.859536e-39        |
| Poziom szpitala                       | 1.789986e-35          | 7.750137e-39        |

Źródło: opracowanie własne.

Dla czynników przyciągających i wypychających przeprowadzono takie samo postępowanie i wyniki okazały się zbieżne. Założenie metody ANOVA o normalności rozkładów odpowiedzi nie jest spełnione w żadnej z grup (por. tab. 20). Każda uzyskana wartość jest znacząco niższa od przyjętego poziomu istotności  $\alpha=0.05$ . Pozwoliło to odrzucić hipotezę zerową w każdej z grup. Zatem rozkład odpowiedzi w żadnej z grup w wymienionych warstwach nie posiada normalności reszt. Jak wspomniano powyżej, dla zastosowania metody ANOVA konieczne jest, aby były spełnione łącznie trzy warunki. Pierwszy z nich, czyli niezależność obserwacji został spełniony. Kolejny warunek, dotyczący normalności reszt nie został spełniony. W związku z powyższym, zrezygnowano z testowania trzeciego warunku związanego z homogenicznością wariancji. Finalnie, ze względu na fakt, że dane nie mają rozkładu normalnego stwierdzono brak możliwości zastosowania metody ANOVA i z niej zrezygnowano. Podobnie jak wcześniej zdecydowano się na wykorzystanie testów nieparametrycznych, stosując test Kruskala-Wallisa w celu określenia czy w każdej grupie w podziale warstwowym istnieją istotne statystycznie różnice między pytaniami w oparciu o uzyskane odpowiedzi. Hipoteza zerowa dla tego

testu została sformułowana w ten sposób, że istnieje równość dystrybuant w porównywanych populacjach. Uwzględniono populację lekarzy w podziale na lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej, a także populację wyodrębnioną według stopni referencyjności szpitali. Wartości p-wartości w czterech testach wskazano w tab. 21.

**Tabela 21. Wartości p-wartości uzyskane w teście Kruskala-Wallisa dla zasadności rozważania podziału warstwowego według specjalizacji i stopni referencyjnych szpitali**

| Typ szpitala, specjalizacja \ Czynniki | Czynniki przyciągające | Czynniki wypychające |
|----------------------------------------|------------------------|----------------------|
| <b>Specjalizacje</b>                   | 3.221e-07              | 0.01868              |
| <b>Poziom szpitala</b>                 | 2.502e-06              | 2.074e-05            |

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonego testu stwierdzono, że rozkłady zarówno czynników przyciągających, jak i wypychających są różne w poszczególnych warstwach, gdyż wszystkie otrzymane wartości wynoszą znacznie mniej niż  $\alpha=0.05$ . Oznacza to, że w pełni słuszne jest rozważanie czynników przyciągających i wypychających w ramach poszczególnych specjalizacji lekarskich i stopni referencyjności szpitali, czyli w podziale na warstwy.

Z uwagi na potwierdzenie zasadności zastosowania podziału warstwowego koniecznym było, zarówno dla czynników przyciągających, jak i wypychających, wykonanie po 8 testów statystycznych oddzielenie dla każdego przekroju<sup>30</sup> specjalizacji lekarskiej i stopnia referencyjności szpitala (zob. tab. 22).

**Tabela 22. Przekroje warstw specjalizacji lekarskiej i stopnia referencyjności szpitala**

| Typ szpitala \ Specjalizacja | I stopień                                                          | II stopień                                                          | III stopień                                                          | Ogólnopolski                                            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Choroby wewnętrzne</b>    | Lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach I stopnia referencyjności | Lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach II stopnia referencyjności | Lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia referencyjności | Lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach ogólnopolskich |
| <b>Chirurgia ogólna</b>      | Lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach I stopnia referencyjności   | Lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach II stopnia referencyjności   | Lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach III stopnia referencyjności   | Lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach ogólnopolskich   |

Źródło: opracowanie własne.

<sup>30</sup> Przekrój rozumiany jest jako część wspólna warstwy specjalizacji i warstwy typu szpitala.

Następnie podjęto próbę porównania rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania dla każdego przekroju, oddzielnie dla czynników przyciągających i wypychających. Biorąc pod uwagę brak możliwości zastosowania metody ANOVA dla wszystkich danych zdecydowano się sprawdzić, czy istnieje niezależnie rozkład normalny w którymś z przekrojów. Podobnie jak w przypadku wcześniejszego posłużenia się metodą ANOVA, konieczne jest spełnienie trzech omówionych we wcześniejszych rozważaniach warunków. Warunek pierwszy uznano za spełniony z analogicznym uzasadnieniem. W celu sprawdzenia drugiego warunku, którym jest normalność reszt wskazano hipotezę zerową, która brzmi, że reszty mają rozkład zgodny z rozkładem normalnym. Uzyskano wartości dla czynników przyciągających i wypychających zapisano odpowiednio w tab. 23 i tab. 24.

**Tabela 23. Wartości p-wartości dla oceny rozkładu normalnego w poszczególnych przekrojach dla czynników przyciągających**

| Typ<br>szpitala<br>Specjalizacja | I stopień    | II stopień   | III stopień  | Ogólnopolski |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Choroby wewnętrzne               | 4.789442e-05 | 1.312222e-09 | 0.015901     | 8.232705e-08 |
| Chirurgia ogólna                 | 2.947856e-06 | 3.9673e-07   | 6.472096e-05 | 0.0003724004 |

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 24. Wartości p-wartości dla oceny rozkładu normalnego w poszczególnych przekrojach dla czynników wypychających**

| Typ<br>szpitala<br>Specjalizacja | I stopień    | II stopień   | III stopień  | Ogólnopolski |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Choroby wewnętrzne               | 5.138872e-13 | 1.287599e-13 | 2.384496e-08 | 1.586225e-10 |
| Chirurgia ogólna                 | 4.481216e-17 | 1.933767e-09 | 0.006250922  | 5.901133e-07 |

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie p-wartości okazały się znacząco niższe od poziomu istotności  $\alpha=0.05$ . Pozwoliło to odrzucić hipotezę zerową, zatem rozkład odpowiedzi w żadnej z grup w wyszczególnionych warstwach nie posiada normalności reszt. W związku z powyższym, nie podjęto testowania trzeciego warunku i stwierdzono, że metoda ANOVA nie jest możliwa do zastosowania. Następnie podjęto próbę wyłonienia determinujących czynników przyciągających w ramach warstw, ponieważ ze względu na brak normalności reszt nie jest możliwe zastosowanie analizy ANOVA, ponownie zdecydowano się na wykorzystanie nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa, którego możliwości i założenia zostały opisane we wcześniejszych rozważaniach. Na potrzeby testu sformułowano

hipotezę zerową, która brzmi, że odpowiedzi na konkretne pytania dotyczące czynników przyciągających z kwestionariusza ankietowego pochodzą z jednego rozkładu. Z uwagi na zastosowanie warstw test wykonano ośmiokrotnie dla każdej z wyszczególnionych przekrojów (por. tab. 22). Po uzyskaniu wyników zapisanych poniżej (tab. 25) odrzucono dla wszystkich ośmiu testów hipotezę zerową wskazującą, że odpowiedzi na różne pytania pochodzą z tego samego rozkładu.

**Tabela 25. Wartości p-wartości dotyczące zasadności szukania determinujących czynników przyciągających w danej warstwie**

| Typ szpitala<br>Specjalizacja | I stopień       | II stopień | III stopień | Ogólnopolski |
|-------------------------------|-----------------|------------|-------------|--------------|
| Choroby wewnętrzne            | 1.546e-07       | 7.179e-14  | 8.042e-14   | 3.626e-10    |
| Chirurgia ogólna              | poniżej 2.2e-16 | 6.986e-10  | 3.382e-07   | 0.0008085    |

Źródło: opracowanie własne.

Oznacza to, że odpowiedzi na pytania różnią się w zależności od rodzaju pytania i właściwym jest poszukiwanie odpowiedzi, które wyniki są statystycznie istotnie większe od średniej, czyli postrzegane jako czynniki determinujące.

Standardowym testem pozwalającym sprawdzić, czy średnia z próby różni się istotnie statystycznie od zadanej wartości, czyli średniej ogólnej jest test t-Studenta dla jednej próby. Niemniej, rozkład t-Studenta związany jest z założeniem rozkładu normalnego (Paradysz, 2005). Zatem, niemożliwe jest wykonanie tego testu, podobnie jak zastosowania metody ANOVA ze względu na brak normalności reszt. Istnieje wyjście z opisaney powyżej sytuacji, gdy chce się wykonać test, przyjmując statystykę uzyskaną za pomocą metody bootstrap (Wilcox, 2010). Wówczas możliwe jest zastosowanie niedeterministycznej<sup>31</sup> metody opisaney jako The Bootstrap t Method i uzyskanie pożądanych wyników.

Zatem dla każdego przekroju warstw oraz dla każdego pytania oddzielnie wykonano test The Bootstrap t Method porównując poziom odpowiedzi na konkretne pytanie ze średnim poziomem odpowiedzi na wszystkie pytania obliczonym dla tego przekroju warstw. Istotna w tym przypadku jest sytuacja, kiedy poziom odpowiedzi na dane pytanie jest wyższy niż przeciętnie, tak więc stosowano wariant testu z prawostronną hipotezą alternatywną<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Wykorzystanie metod niedeterministycznych umożliwia znalezienie optimum z danych wyjściowych z pewnym prawdopodobieństwem (Coz, Diez i Bahamonde, 2009).

<sup>32</sup> Prawostronna alternatywna hipoteza jest skonstruowana tak, że  $H_1: m > m_0$ , gdzie  $m$  to nieznaną wartość średniej populacji, a  $m_0$  to zakładana wartość średniej populacji. Dla prawostronnej hipotezy alternatywnej

Po przeprowadzeniu tak określonej wieloetapowej analizy statystycznej uzyskano czynniki determinujące. Po obliczeniu średniej dla każdego przekroju specjalizacji i typu szpitala wskazano czynniki przyciągające, których wartość odpowiedzi była istotnie większa od średniej, tym samym wyznaczając czynniki determinujące. Czynniki przyciągające podzielono według trzech kategorii środowiska pracy i przyporządkowano do poszczególnych warstw, uzyskując wyniki zaprezentowane w tabeli 26.

**Tabela 26. Czynniki środowiska pracy wyróżniające się na tle pozostałych dla poszczególnych warstw stanowiące czynniki determinujące dla chęci kontynuowania pracy przez lekarza w danym szpitalu**

| Typ szpitala<br>Spec., Czynniki śr.p. |    | I stopień                                                                                               | II stopień                                                                 | III stopień                                                                | Ogólnopolski                                                                                            |
|---------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Choroby wewnętrzne                    | OT | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                                                  | - organizacja pracy                                                        | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                     | -                                                                                                       |
|                                       | E  | -                                                                                                       | -                                                                          | -                                                                          | -                                                                                                       |
|                                       | P  | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy                                                             | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy                                | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne |
| Chirurgia ogólna                      | OT | - wyposażenie techniczne<br>- organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                      | - organizacja pracy                                                        | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                     | -                                                                                                       |
|                                       | E  | - świadczenia pieniężne                                                                                 | - świadczenia pieniężne                                                    | - świadczenia pieniężne                                                    | - świadczenia pieniężne                                                                                 |
|                                       | P  | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne                         |

Legenda: OT – czynniki organizacyjno-techniczne, E – czynniki ekonomiczne, P – czynniki psychospołeczne,

Spec. – specjalizacja, Czynn. śr. pr. – czynniki środowiska pracy

Źródło: opracowanie własne.

konstruowany jest prawostronny obszar krytyczny, który jest przedziałem liczbowym  $K=[K_3; +\infty]$ , gdzie  $K_3$  to wartość krytyczna testu (Wasilewska, 2015).

Dokonując analizy wyłonionych czynników środowiska pracy determinujących chęć kontynuowania przez lekarzy pracy w danym szpitalu można znaleźć pewne prawidłowości i wspólne grupy. Dla szpitali I, II i III stopnia niezależnie od specjalizacji lekarskiej wśród czynników organizacyjno-technicznych wszyscy respondenci wskazali na organizację pracy, w szpitalach I i III stopnia powiązaną też z organizacją świadczenia usług. Wyjątkiem są respondenci przyporządkowani do warstwy szpitali ogólnopolskich, którzy w ogóle nie wskazali czynników organizacyjno-technicznych. Wyłącznie chirurdzy ogólni w szpitalach pierwszego stopnia zwrócili uwagę na wyposażenie techniczne.

Rozważając czynniki ekonomiczne należy podkreślić, że zostały one całkowicie pominięte przez lekarzy chorób wewnętrznych we wszystkich typach szpitali. Odmienne, wszyscy chirurdzy ogólni wskazali świadczenia pieniężne przyporządkowane do czynników ekonomicznych we wszystkich typach szpitali.

Biorąc pod uwagę czynniki psychospołeczne można zauważyć, że respondenci należący do każdej warstwy eksponowali stosunek do pracy oraz w przeważającej większości motywację do pracy, wyłączając jedynie chirurgów ogólnych w szpitalach ogólnopolskich. Lekarze obu specjalizacji wykonujący pracę w szpitalach III i ogólnopolskiego stopnia wskazali także warunki do samorealizacji, które były również ważne dla lekarzy chirurgii ogólnej w pozostałych szpitalach. Zarówno lekarze chorób wewnętrznych, jak również chirurgii ogólnej zatrudnieni w szpitalach ogólnopolskich dostrzegali jako determinujące także bezpieczeństwo socjalne, istotne także dla lekarzy chirurgii ogólnej w szpitalach I stopnia.

Podsumowując, biorąc pod uwagę wszystkie trzy kategorie czynników środowiska pracy można stwierdzić, że różnią się dla poszczególnych specjalizacji lekarskich i stopni referencyjnych szpitali. W związku z powyższym, można ponownie podkreślić, że zasadne było przyjęcie podziału warstwowego. Rysuje się obraz, że globalnie czynniki psychospołeczne mają największe znaczenie dla lekarzy. Czynniki organizacyjno-techniczne są również istotne, natomiast czynniki ekonomiczne mają znaczenie wyłącznie dla lekarzy chirurgii ogólnej. Można znaleźć wspólne czynniki pokrywające się dla większości przekrojów specjalizacji i typu szpitala, takie jak organizacja pracy, motywacja do pracy, czy stosunek do pracy.

W odniesieniu do czynników wypychających również zdecydowano się na wykorzystanie nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa i do testu sformułowano hipotezę zerową,

która brzmi, że odpowiedzi na konkretne pytania dotyczące czynników wypychających z kwestionariusza ankietowego pochodzą z jednego rozkładu. Z uwagi na zastosowanie warstw test wykonano ośmiokrotnie, dla każdej z wyszczególnionych przekrojów specjalizacji i typu szpitala (por. tab. 22). Po uzyskaniu wyników zapisanych poniżej (tab. 27) odrzucono dla wszystkich ośmiu testów hipotezę zerową wskazującą, że odpowiedzi na różne pytania pochodzą z tego samego rozkładu.

**Tabela 27. Wartości p-wartości dotyczące zasadności szukania determinujących czynników wypychających w danej warstwie**

| Typ<br>szpitala<br>Specjalizacja | I stopień | II stopień | III stopień | Ogólnopolski |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------|--------------|
| <b>Choroby wewnętrzne</b>        | 0.008438  | 0.006211   | 0.003231    | 5.303e-06    |
| <b>Chirurgia ogólna</b>          | 0.000289  | 0.000663   | 0.03986     | 0.01903      |

Źródło: opracowanie własne.

Oznacza to, że odpowiedzi na pytania się różnią w zależności od rodzaju pytania i właściwym jest poszukiwanie odpowiedzi, które wyniki są statystycznie istotnie większe od średniej, czyli postrzegane jako czynniki determinujące.

Dla czynników wypychających zastosowano tożsame postępowanie, jak wcześniej dla czynników przyciągających. Po obliczeniu średniej dla każdego przekroju specjalizacji i typu szpitala, w poniższej tabeli wskazano czynniki wypychające, których wartość odpowiedzi była istotnie większa od średniej, tym samym wyznaczając czynniki determinujące (tab. 28).

**Tabela 28. Czynniki wyróżniające się na tle pozostałych dla poszczególnych warstw stanowiące czynniki determinujące chęć odejścia z danego szpitala**

| Typ szpitala<br>Specjalizacja | I stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | II stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | III stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ogólnopolski                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Choroby wewnętrzne            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- konieczność dyżurowania ponad założony przez siebie limit dyżurów</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- chęć dalszego rozwoju</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała ilość personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- niezadowalająca atmosfera pracy</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- konieczność dyżurowania ponad założony przez siebie limit dyżurów</li> <li>- mobbing</li> <li>- stres zawodowy</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>            |
| Chirurgia ogólna              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- chęć dalszego rozwoju</li> <li>- mobbing</li> <li>- współpraca w zespole</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> </ul> |

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że nie przejawia się jednolity klucz występowania wypychających czynników środowiska pracy w zależności od specjalizacji lekarskiej lub poziomu referencyjnego szpitala. Występują czynniki wskazywane częściej, ale również występują czynniki specyficzne. Zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za popełnione błędy wynikające z niewłaściwej organizacji pracy lub przeciążenia obowiązkami jest najczęściej powtarzającym się czynnikiem wskazanym przez lekarzy.

Zbyt małą liczbę personelu zaznaczyli lekarze obu specjalizacji w szpitalach I i II stopnia referencyjnego oraz lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach ogólnopolskich. Czynniki nie zostały ujęte wcale przez pracowników szpitali III stopnia oraz lekarzy chirurgii ogólnej w szpitalach ogólnopolskich. Na przewlekłe przemęczenie zgłoszowali lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach I i II stopnia oraz lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia.

Lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach II stopnia i ogólnopolskich zwracają uwagę na nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi. Jako czynnik determinujący chęć odejścia ze szpitala wśród lekarzy obu specjalizacji w szpitalach II stopnia oraz lekarzy chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia została wskazana organizacja pracy na oddziale i w szpitalu. Na konieczność dyżurowania ponad założony przez siebie limit dyżurów zwracają uwagę lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach I stopnia i ogólnopolskich.

Pozostałymi czynnikami determinującymi rozważane odejście z danego szpitala są niezadowolająca atmosfera w pracy wskazana przez lekarzy chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia oraz współpraca w zespole wyłoniła wśród lekarzy chirurgii ogólnej w szpitalach III stopnia.

W dalszych rozważaniach wskazano średni poziom zadowolenia lub frustracji lekarzy dla każdej z warstw. Wyniki przedstawiono poniżej w tab. 29.

**Tabela 29. Średni poziom zadowolenia lub frustracji z wykonywania pracy przez lekarza w danym szpitalu**

| Typ szpitala / Specjalizacja | I stopień | II stopień | III stopień | Ogólnopolski |
|------------------------------|-----------|------------|-------------|--------------|
| Choroby wewnętrzne           | 4,07      | 4,91       | 4,47        | 4,62         |
| Chirurgia ogólna             | 3,86      | 4,85       | 4,30        | 3,50         |

Źródło: opracowanie własne.

Przyjmując wartość 4 jako wynik idealnej równowagi pomiędzy frustracją a zadowoleniem<sup>33</sup> można zauważyć, że lekarze chorób wewnętrznych przejawiają nieznaczne zadowolenie (rozpiętość wyników 4,07-4,91), natomiast wśród lekarzy chirurgii ogólnej nie można zaobserwować jednoznaczności odpowiedzi (rozpiętość wyników 3,50-4,85). Rozpatrując wyniki dla stopni referencyjnych uwidoczniono, że średni wynik dla lekarzy chorób wewnętrznych jest bliski równowagi (4,07) z nieznacznym uwzględnieniem zadowolenia, z kolei lekarze chirurgii ogólnej średnio zaznaczyli poziom bliższy frustracji (3,86). W drugim stopniu referencyjnym szpitali średnie odpowiedzi dla obu specjalizacji są najwyższe spośród wszystkich warstw. W trzecim stopniu referencyjnym lekarze obu specjalizacji przejawiają średni poziom bliższy zadowoleniu. Biorąc pod uwagę wskazany drugi i trzeci stopień, odpowiedzi są bardziej pozytywne, bliższe zadowoleniu, szczególnie wśród lekarzy chorób wewnętrznych. W szpitalach ogólnopolskich lekarze chorób wewnętrznych wskazywali średnio odpowiedzi bliższe zadowoleniu, natomiast średni wynik lekarzy chirurgii ogólnej jest najniższy spośród wszystkich badanych warstw. Podsumowując, odpowiedzi lekarzy obu specjalizacji dla każdej z warstw są bliskie równowagi, z tendencją do zadowolenia, z wyjątkiem lekarzy chirurgii ogólnej w pierwszym stopniu referencyjnym i szpitalach ogólnopolskich, gdzie wyniki są poniżej przyjętego punktu równowagi, z przewagą frustracji.

Jako podsumowanie rozważań można sformułować kilka refleksji natury ogólnej, pogłębione wnioski i rekomendacje, które zostaną zaprezentowane po uzyskaniu wyników badań jakościowych, stanowiących komplementarną część badań empirycznych.

#### **4.6. Badania jakościowe jako uzupełnienie wyników badań ilościowych**

Mnogość nurtów badawczych stosowanych w zarządzaniu determinuje konieczność ustalenia metody badawczej właściwej dla analizowanego problemu. W celu głębszej eksploracji i eksplanacji<sup>34</sup> zjawisk w ramach jednego projektu badawczego możliwe jest zastosowanie koncepcji metodycznej w oparciu o komplementarność podejścia ilościowego i jakościowego, określanego jako koncepcja metod mieszanych (ang. *mixed*

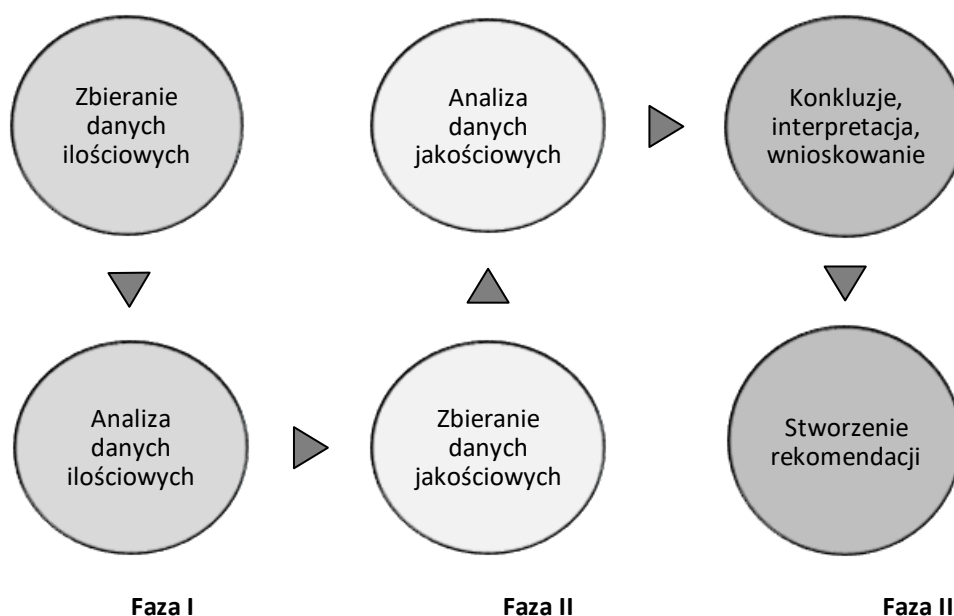
---

<sup>33</sup> Jest to średnia skrajnych wartości wskazanych w pytaniu 4. kwestionariusza ankietowego wykorzystanego w badaniach ilościowych (por. Załącznik 2).

<sup>34</sup> Badania eksploracyjne dotyczą opisu ważnych faktów lub poszukiwania nowych zależności empirycznych (Sosnowski, 2012). Badania eksplanacyjne nastawione są na rozumienie i wyjaśnianie zjawisk (Malewski, 2017).

*methods research*) (Piórkowska, 2017). W zarządzaniu, badania mieszane wykonywane są od początku XX wieku i dotyczą wykorzystywania podejść jednoczesnych lub iteracyjnych na wielu lub często nawet na wszystkich etapach badań empirycznych, uwzględniając próbkowanie, gromadzenie, analizę i syntezę danych oraz raportowanie (Sułkowski i Lenart-Gansiniec, 2023). Badania wykorzystujące metody mieszane mają szerokie zastosowanie w naukach społecznych i w naukach o zdrowiu w celu uzyskania odpowiedzi na złożone pytania (Draucker i in., 2020).

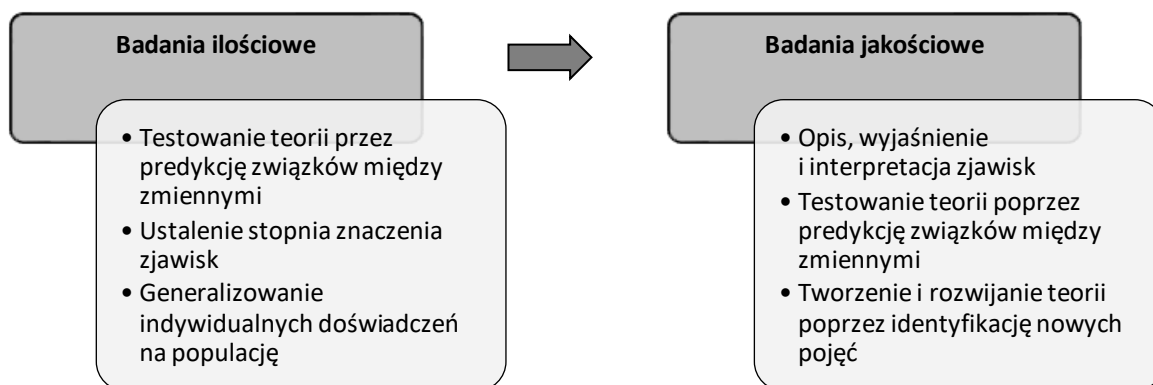
W pracy doktorskiej zastosowano sekwencyjną strategię eksploracyjną (ang. *sequential explanatory strategy*), która w pierwszej fazie opierała się na zebraniu i dokonaniu analizy ilościowego materiału badawczego, a następnie w kolejnej fazie na pobraniu i analizowaniu danych jakościowych (Ivankova i in., 2006; Kolasińska-Morawska, 2023). Takie podejście wykorzystywane jest przede wszystkim do wyjaśnienia lub rozszerzenia wyników ilościowych (Draucker i in., 2020). Proces pełnego postępowania w ujęciu badań empirycznych zobrazowano poniżej (rys. 38).



**Rysunek 38. Schemat postępowania badawczego w sekwencyjnej strategii eksploracyjnej**  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kolasińska-Morawska, 2023, s. 27).

Na powyższym schemacie można zauważyć, że obie formy zbierania danych są odrębne, ale jednocześnie ściśle ze sobą powiązane w sekwencji następujących faz (Kolasińska-Morawska, 2023). Łączenie metodyki ilościowej i jakościowej może zostać wdrożone na zasadzie równorzędności lub dominacji jednego podejścia nad drugim. W praktyce

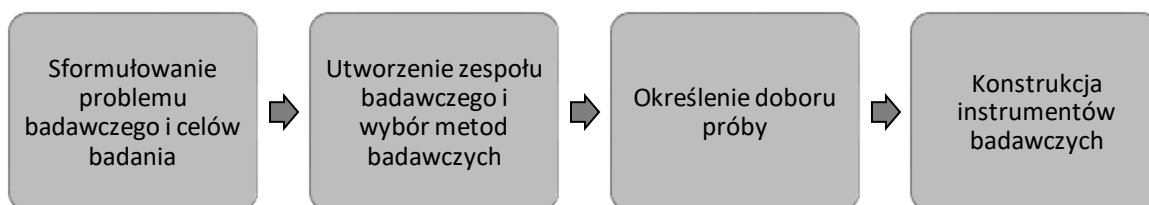
najczęściej występuje różna priorytetowość podejść, która determinuje nadrzędność jednej metodyki (Piórkowska, 2017). Na rys. 39 wskazano powiązanie zastosowania obu rodzajów badań w holistycznym podejściu do analizowanego problemu.



**Rysunek 39. Wskazanie komplementarności zastosowania badań ilościowych**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Glinka i Czakon, 2011, s. 17).

We wcześniejszych rozważaniach wspomniano, że w celu zbadania zagadnienia dotyczącego znaczenia czynników środowiska pracy w kontekście zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce powiązano badania ilościowe i jakościowe. Z badań literatury wyłoniono czynniki środowiska pracy, wykorzystane w badaniach ilościowych, które zostaną uzupełnione badaniami jakościowymi. Wdrożenie badań jakościowych jako uzupełnienie do badań ilościowych zapewnia lepsze narzędzia do rozwiązywania szerszego zakresu problemów badawczych (Busetto i in., 2020). Przygotowanie projektu badań jakościowych składa się z kilku etapów, które wskazano na poniższym rysunku rys. 40.



**Rysunek 40. Etapy procesu projektowania badania jakościowego**

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Olejnik i in., 2022, s. 39).

Każdy etap szczegółowo omówiono w dalszych rozważaniach biorąc pod uwagę specyfikę badań jakościowych w niniejszej pracy doktorskiej.

## **Sformułowanie problemu badawczego i celów badania**

Metody i techniki badań jakościowych stosuje się w dwóch zasadniczych kontekstach w odniesieniu do projektu badawczego: na początku projektu w celu eksploracji problemu, projektowania i weryfikacji hipotez oraz wsparcia dla ukierunkowania badań ilościowych, albo w końcowym etapie projektu, ukierunkowane na zrozumienie, uzasadnienie i pogłębienie wniosków wynikających z badań ilościowych (Bendkowski, 2016).

W pracy doktorskiej szczególną wartość przejawia drugie podejście ze względu na udział ekspertów. W oparciu o aspekt metodyczny, badania jakościowe zastosowano jako rozwinięcie i uzupełnienie przeprowadzonych wcześniej badań ilościowych, w szczególności zwracając uwagę na dwa wyznaczone cele:

- sformułowanie, rozwinięcie i dopełnienie wniosków w kontekście uzyskanych wyników z badań ilościowych,
- uzyskanie możliwych do wdrożenia w szpitalach publicznych rekomendacji w zakresie środowiska pracy ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy.

## **Wybór metod badawczych**

Kolejnym etapem jest ustalenie metod i powołanie zespołu badawczego. Projekty realizowane w obszarze badań jakościowych często wymagają konieczności współpracy zespołu badawczego, w szczególności przy dużych, wieloletnich projektach (Fernald i Duclos, 2005). W bieżącym przypadku autorka będzie przeprowadzać badania samodzielnie z uwagi na względnie niskie koszty i zakres projektu możliwy do zrealizowania indywidualnie. Dodatkowo, przygotowanie, przeprowadzenie i analiza danych uzyskanych z badań jakościowych stanowi element pracy doktorskiej autorki.

W ramach badań jakościowych można stosować różne metody. W pracy wykorzystano metodę wywiadu opartego na danych werbalnych, realizując indywidualny wywiad pogłębiony (ang. *in-depth interview*) (Olejnik i in., 2022). Metoda została uznana za najbardziej odpowiednią, biorąc pod uwagę eksploracyjny charakter badania jakościowego i możliwość prowadzenia swobodnego dialogu (por. Pilcher i Cortazzi, 2023). Wybrana metoda opiera się na formacie konwersacyjnym ukierunkowanym na prowadzenie szczegółowych wywiadów z niewielką liczbą uczestników w celu uzyskania szczegółowych informacji w zakresie konkretnego tematu (Rutledge i Hogg, 2020). Współczesne badania jakościowe obejmują wykorzystanie szerokiej gamy cyfrowych narzędzi badawczych.

W związku z tym i z uwagi na elastyczność, poza tradycyjnymi wywiadami zastosowano również wideo wywiady online. Zapewniło to możliwość dotarcia do wybranego grona osób zaproszonych do udziału w badaniu. Wyeliminowano w ten sposób znaczenie barier geograficznych, ale także z uwagi na wygodę i specyfikę pracy zawodowej ułatwiło to osobom badanym uczestnictwo w badaniu (por. Binder, 2022).

### Określenie doboru próby

Niezwykle istotnym etapem w przygotowaniu badania jakościowego jest dobór próby, polegający na wyborze osób tworzących kompletny zbiór przykładów empirycznych umożliwiający realizację celów badania oraz pogłębione rozpoznanie badanego zjawiska (Olejnik i in., 2022). W realizowanych badaniach kierując się specyficznymi uwarunkowaniami sektora ochrony zdrowia, zdecydowano o celowym doborze ekspertów, czyli osób, których bogate doświadczenie w zakresie przedmiotu badania, a także szerokie umiejętności i znaczące kompetencje wesprą pozyskanie wartościowych danych i realizację celów. Indywidualny wywiad pogłębiony z ekspertami jest metodą empirycznych badań jakościowych ukierunkowaną na zbieranie lub eksplorację danych na temat określonego obszaru zainteresowania opierając się na specyficznej wiedzy eksperta (Döringer, 2020). Ze względu na fakt, że uczestnicy wywiadu posiadają zazwyczaj wysokie kwalifikacje w zakresie analizowanego zagadnienia, badanie umożliwia uzyskanie wiarygodnych danych bez konieczności stosowania dodatkowych pytań przesiewowych (Libakova i Sertakova, 2014). Autorka arbitralnie określiła wyjściową liczbę osób niezbędnych do przeprowadzenia badania zaklasyfikowanych do jednej z trzech wykreowanych grup na podstawie kryteriów wskazanych w tab. 30.

**Tabela 30. Kryteria doboru ekspertów do badania**

| Grupa ekspertów                                                                                        | Kryteria doboru                                                                                                                                                                                                                                                                   | Liczebność próby |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Przedstawiciele środowiska naukowego                                                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posiadanie stopnia naukowego co najmniej doktora.</li> <li>2. Posiadanie dorobku naukowego w zakresie ochrony zdrowia w Polsce.</li> </ol>                                                                                              | n=5              |
| Przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej lub lekarze posiadający stopień naukowy minimum doktora | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posiadanie tytułu zawodowego lekarza.</li> <li>2. Zatrudnienie w szpitalu publicznym w Wielkopolsce.</li> <li>3. Przynależność do Prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej lub posiadanie stopnia naukowego minimum doktora.</li> </ol> | n=5              |

Źródło: opracowanie własne.

Dobór ekspertów został uwarunkowany kryteriami wspólnymi dla wszystkich i specyficznymi dla poszczególnych grup. Kluczowym kryterium selekcji była znakomita znajomość sektora ochrony zdrowia wynikająca z wykonywania zawodu lekarza, działalności w samorządzie lekarskim lub posiadania dorobku naukowego w tym zakresie. Wspomniane aspekty są ściśle powiązane z posiadanym przez ekspertów doświadczeniem lub wiedzą stanowiącymi przedmiot rozważań w pracy doktorskiej. Doskonała znajomość uwarunkowań działalności systemu i funkcjonowania szpitali publicznych pozytywnie przekłada się na możliwość zauważenia występujących zależności. Z perspektywy bardziej ogólnej niż poszczególni lekarze dostrzegają możliwości i ograniczenia w podmiotach leczniczych. Z uwagi na aktualną znajomość literatury przedmiotu, dostępność raportów, a także badań własnych lub stałą pracę zawodową i wiążącą się z tym wymianą informacji istnieje szansa na znalezienie trafnych i realnych do implementacji rozwiązań skierowanych do szpitali publicznych. Uzupełniając, z uwagi na zajmowane stanowiska, istnieje wysokie prawdopodobieństwo posiadania determinacji do poszukiwania rozwiązań zmierzających do rozwiązania problemu naukowego rozpatrywanego w rozprawie doktorskiej oraz wsparcia działań ukierunkowanych na poprawę działalności szpitali publicznych w Polsce.

Wskazana liczebność próby musi być traktowana jako sugerowana, gdyż trudno określić w punkcie startowym liczbę respondentów, która zapewni satysfakcjonujące nasycenie wyników (ang. *saturation*). Stanowi ona istotną procedurę metodologiczną, rozstrzygającą o zakończeniu badania i zaprzestaniu zbierania danych (Okólska, 2020). Zdaniem Pasikowskiego (2015), odpowiednie przygotowanie doboru respondentów do próby może zapewnić rzetelne dane nawet przy niewielkiej liczbie uczestników. Oznacza to, że występuje powtarzalność przykładów i nie pojawiają się już nowe dane (Okólska, 2020).

### **Konstrukcja instrumentów badawczych**

Ostatnim krokiem w procesie projektowania badania jakościowego jest konstrukcja instrumentów badawczych. W badaniach posłużono się przygotowanym samodzielnie scenariuszem indywidualnego wywiadu pogłębionego (Załącznik 5), który stanowił ramy rozmowy. Scenariusz składał się z 3 części i został rozpoczęty wprowadzeniem, w którym respondenci zostali poinformowani o celu i przebiegu badania. Część pierwsza obejmowała omówienie czynników środowiska pracy determinujących chęć kontynuowania pracy przez lekarzy. Część druga w podobny sposób traktowała czynniki determinujące chęć odejścia

lekarza z danego szpitala. Część trzecia obejmowała podsumowanie wywiadu, proponowane rekomendacje do wdrożenia w szpitalach publicznych i wnioski końcowe.

Zwracając uwagę na etyczny aspekt badań z uwzględnieniem rzetelności naukowej i odpowiedzialności społecznej autorka wspólnie z Promotorem złożyła wniosek o wyrażenie opinii na temat badania naukowego do Komisji ds. Etyki Badań Naukowych prowadzonych z udziałem ludzi na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. Komisja po rozpatrzeniu wniosku z dnia 23.12.2023 udzieliła pozytywnej opinii na temat realizowanego projektu w decyzji nr 1/2024 (zob. Załącznik 4).

Uzyskane odpowiedzi będą opisywane w dysertacji w sposób anonimowy. Zostaną wskazane wyłącznie ogólne informacje dotyczące stopnia naukowego lub afiliacji respondenta, uniemożliwiające jego identyfikację. Autorka będzie nazywać uczestników badania w sposób uniemożliwiający identyfikację tożsamości osób badanych. Jedyną osobą, która będzie miała dostęp do indywidualnych odpowiedzi, jednocześnie będąc odpowiedzialną za spisanie transkrypcji i analizę danych jest autorka. Za udział w badaniu nie zostały przewidziane zachęty finansowe lub nagrody. Warto podkreślić, że udział w badaniu i przekazanie informacji jest dobrowolne i w każdym momencie istnieje możliwość wycofania się z udziału bez poniesienia żadnych konsekwencji, dlatego decyzja o udziale w badaniu i podaniu odpowiedzi na zadawane pytania jest indywidualną decyzją respondenta.

Cały harmonogram badania składał się z następujących etapów:

- przygotowanie koncepcji,
- opracowanie scenariusza,
- uzyskanie opinii Komisji ds. Etyki Badań Naukowych z Udziałem Ludzi na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu,
- selekcja i rekrutacja uczestników,
- przeprowadzenie wywiadów,
- przygotowanie transkrypcji,
- analiza materiałów,
- opracowanie wniosków i rekomendacji (por. Olejnik i in., 2022).

### **3.6. Proces realizacji badań jakościowych**

Badania jakościowe były realizowane w okresie od stycznia do lutego 2024. Przeprowadzono łącznie 10 wywiadów w formie spotkań stacjonarnych lub online za pomocą wideokonferencji. Wywiady odbywały się w miejscach umożliwiających zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia badań. W wyniku uzyskania zgody wszystkich respondentów wywiady były nagrywane dyktafonem, a następnie po przepisaniu treści do edytora tekstu usuwane z urządzenia. Po przeprowadzeniu wywiadu autorka wysłała do osób biorących udział w badaniu spisaną transkrypcję<sup>35</sup> w celu zatwierdzenia treści. W załączniku (Załącznik 6) zaprezentowano przykładową transkrypcję z przeprowadzonego indywidualnego wywiadu pogłębionego. Doktorantka otrzymała 10 odpowiedzi mailowych od respondentów z informacją o zatwierdzeniu treści.

Wszyscy eksperci spełnili kryteria doboru ekspertów do badania (por. tab. 30). Ze względu na wybór zachowania anonimowości przez część respondentów, biorąc pod uwagę ochronę danych osobowych i poszanowanie godności respondentów w celu zachowania spójności wyводу, wszystkie treści będą przytaczane bez możliwości identyfikacji osób biorących udział w badaniu. Jedyną osobą, która ma dostęp do pełnej treści wypowiedzi poszczególnych osób, jednocześnie będącą odpowiedzialną za ich transkrypcję, a następnie analizę jest doktorantka. Podczas wywiadów autorka jako narzędzie aktywnego słuchania stosowała parafrazę i klaryfikację w celach weryfikacji znaczenia treści i doprecyzowania przedstawionych opinii (Olejek i in., 2022).

### **4.7. Analiza badań jakościowych**

Na podstawie uzyskanych wypowiedzi można stwierdzić, że z opinii ekspertów wyłonił się spójny obraz odnośnie komentarza do uzyskanych wyników, jak również proponowanych rekomendacji. Biorąc pod uwagę trafny dobór i podział ekspertów na dwie grupy na etapie projektowania respondencji wewnątrz każdego segmentu prezentowali generalnie jednorodny zbiór doświadczeń (por. Olejek i in., 2022). Ze względu na występowanie wśród respondentów bogactwa praktyk wynikających z różnic w pełnionych funkcjach i charakterze styczności z sektorem ochrony zdrowia w Polsce, zdania ekspertów były podzielone w niektórych zagadnieniach, natomiast po dokładnym zagłębieniu się

---

<sup>35</sup> Transkrypcja to zapis w formie tekstowej przebiegu badania jakościowego (Olejek i in., 2022).

w treść można było określić, że różnice wynikały z innej perspektywy ujęcia zagadnienia. Przeprowadzone badania jakościowe wśród osób wskazanych jako eksperci umożliwiły dopełnienie badań ilościowych oraz wyciągnięcie wniosków generalnych dla analizowanego zagadnienia dotyczącego zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych biorąc pod uwagę środowisko pracy. Analiza uzyskanych wypowiedzi wskazuje na spójny obraz opinii ekspertów. W związku z powyższym autorka zdecydowała, żeby analizować odpowiedzi wspólnie. W ostatnim etapie analizy materiału badawczego dokonuje się syntezy treści, stanowiących podsumowanie wyników badań jakościowych.

Rozpoczynając rozmowę uczestnicy indywidualnych wywiadów pogłębionych zostali poproszeni o wskazanie, co ich zdaniem ma największe znaczenie w kontekście chęci kontynuowania pracy przez lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. Eksperti byli zgodni, że praca w szpitalu jest specyficzna, inna niż w POZ lub AOS z uwagi na stan pacjentów znacznie bardziej wymagający uwagi i odpowiedniego postępowania medycznego, a także ze względu na pracę zespołową i konieczność współpracy z innymi pracownikami.

*Praca w szpitalu jest niepowtarzalna pod wieloma względami. Po pierwsze, trafiają tam raczej najciężej chorzy ludzie i często tacy, którzy wymagają stałej lub nagłej pomocy. Po drugie, występuje ciągła współpraca między wieloma lekarzami różnych specjalności.*

*Przede wszystkim w szpitalu jest zespół i ta zespołowość daje ciągłą motywację do podnoszenia swoich kwalifikacji, przez rozmowy, patrzanie na innych. W AOS, czy POZ pracuje się samemu. Łatwiej jest się uczyć, jeśli jest od kogo się uczyć.*

*(...) to co może być plusem pracy w szpitalu, jest też często minusem, bo praca z drugim człowiekiem jest wymagająca. Może się wspólnie z innymi lekarzami pracować bardzo dobrze i osiągać super efekty, a może się pracować źle, na przykład ze względu na różnicę charakterów. Niezależnie czy to interna, czy chirurgia.*

*Kwestia zespołu też jest bardzo ważna, szczególnie w szpitalach, które działają. Jeśli jest coś pozytywnego w danym miejscu pracy to organizacja pracy ma swoje duże korzyści.*

W rozmowach został poruszony także wątek pozostania lekarzy w szpitalu po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Zagadnienie zostało omówione w kontekście pozostania w poznanej w trakcie szkolenia organizacji.

*Jeszcze jest jedna kwestia, poza tym, że pracuje się z innymi oddziałami, to pracuje się z konkretnymi ludźmi na swoim oddziale. Jeżeli oddziały są budowane poprawnie – lekarz po ukończeniu rezydentury chce pozostać częścią tego oddziału. (...) Więc jeśli chce zostać – ma*

*to oczywiste plusy, jak np. znajomość personelu, folkloru czy poczucie lojalności wobec miejsca pracy. Myślę, że ta ciągłość też jest motywująca, żeby zostać w szpitalu.*

W innym wywiadzie także został podkreślony aspekt możliwości realizacji szkolenia specjalizacyjnego w szpitalu. Dla chęci pozostania lekarza w szpitalu istotna może być jakość szkolenia specjalizacyjnego w zakresie merytorycznym, jak również organizacyjnym.

*Szpital to jedyne miejsca, gdzie lekarze mogą zdobyć kwalifikacje w trakcie robienia specjalizacji. (...) Lekarze specjaliści mają zupełnie inną sytuację. Mają znacznie większe możliwości wyboru miejsc zatrudnienia. Wybór specjalizacji rzutuje na pracę w szpitalu.*

Inni eksperci wskazali na aspekt przywiązania pracownika do miejsca pracy, tym samym wskazując na zagadnienie dotyczące zaangażowania organizacyjnego, opisanego w części teoretycznej pracy.

*Są lekarze pasjonaci, przywiązani do miejsca. Oni naprawdę czują emocjonalne związanie z danym miejscem i nie chcą go zmieniać. Mają oni poczucie obowiązku wobec danego miejsca, oddziału, bo jak odejdą to nie wiadomo co będzie. To takie trochę emocjonalne powiązanie z pracodawcą.*

Inny ekspert zauważył, że dla niektórych specjalizacji lekarskich szpital stanowi podstawowe miejsce pracy ze względu na charakter specjalizacji.

*Dla niektórych specjalizacji szpital jest podstawowym miejscem, bo będąc chirurgiem nie da się pracować gdzie indziej. Wtedy szpital publiczny jest docelowym miejscem, bo tam jest dopasowanie między kompetencjami i dostępnością zasobów.*

*Niektórzy lekarze po prostu są lekarzami szpitalnikami. Takim lekarzom sprawiłoby trudność opuszczenie szpitala. Alternatywą mogłaby być jedynie zmiana szpitala na inny.*

Ekspert zwrócił także uwagę na specyfikę pracy lekarza związaną z motywacją do pracy, rozumianą jako pomoc innym osobom.

*(...) sprawa wynikająca z Pani i wielu innych badań jest to, że lekarze kierują się motywacją do pracy i szpital jest miejscem, gdzie lekarze mogą realizować cele związane z ich misją. (...) W szpitalu publicznym przyjmowani są pacjenci i pacjentki biorąc pod uwagę zdrowie bez względu na możliwość zapłaty i tam rzeczywiście można poczuć tę misję.*

Eksperci zauważyli, że w toku prowadzenia badań ilościowych wyłonione czynniki determinujące dla chęci pozostania lekarzy w szpitalach różnią się dla poszczególnych stopni referencyjnych szpitali i specjalizacji.

*Szczególnie ciekawe jest, że czynniki determinujące są zróżnicowane dla grupy chirurgów i dla chorób wewnętrznych.*

*Różnica między chorobami wewnętrznymi i chirurgami wynika z tego, że to zupełnie różne specjalizacje.*

*Choroby wewnętrzne to ludzie, których kariera jest inna. W szpitalu lekarz internista jest zatrudniony na oddziale. Lekarz internista nie może być dobrym lekarzem internistą w dwóch lub trzech szpitalach. Ta ścieżka jest ograniczona. Jeżeli lekarz, zwłaszcza internista, jest nieobecny co najmniej 3 lub 4 dni w tygodniu to nie może dobrze leczyć swoich pacjentów. To powoduje, że lekarz internista nie może być zatrudniony w 4 szpitalach, a chirurg tak.*

*Myślę, że niektóre z czynników będą przypisane do szpitala. Warto sprawdzić różnice między szpitalami.*

Z wypowiedzi ekspertów wynika, że różnice wstępujące między specjalizacjami i stopniami referencyjnymi szpitali są zrozumiałe. Niemniej, eksperci zgodnie uznali, że uzyskane przez autorkę wyniki przedstawiają spójny obraz w odniesieniu do praktyki.

*Przyznam, że wyniki które udało się Pani uzyskać właściwie nie zaskakują mnie. Widzę to, co powtarza się we wszystkich stopniach i to właśnie uniwersalne wartości, które są bardzo ważne. To co wyróżnia się w poszczególnych zaszerogowaniach też jest logiczne.*

Jeden z ekspertów zasugerował jednak, aby zwrócić również uwagę na różnice w uzyskanych wynikach.

*(...) natomiast tak naprawdę w tym elemencie można by się skupić nad czynnikami różnicującymi w determinantach.*

Zgodnie z wypowiedziami ekspertów, brak wskazań na wyposażenie techniczne jako czynnik, który może determinować zatrzymanie lekarzy, poza lekarzami chirurgii ogólnej w I stopniu referencyjnym może oznaczać, iż jest ono na odpowiednim, wystarczającym poziomie. Z wypowiedzi ekspertów wynika, że szczególnie dobrze wyposażone są szpitale wyższych stopni referencyjności.

*Wyposażenie techniczne w Polsce mamy znakomite i moim zdaniem nie ma żadnych braków. Często nawet jest za dużo sprzętów. Moim zdaniem obecnie sprzęt nie jest żadnym ograniczeniem w szpitalach publicznych. Nawet są niewykorzystane możliwości tego sprzętu, który jest.*

*Na pewno duże czy ogólnopolskie szpitale są świetnie wyposażone w nowoczesne sprzęty. To nie wynika z tego, że szpitale na to stać, tylko duże firmy testują swoje sprzęty w takich dużych szpitalach, ponieważ jest to dla nich renomowane miejsce.*

Poniższy komentarz wyjaśnia znaczenie wyposażenia technicznego dla lekarzy w szpitalach najniższego stopnia referencyjności.

*To, że w szpitalach pierwszego stopnia wyposażenie techniczne zostało podniesione na pewno jest związane z tym, że tu jest duża różnica w szpitalach pierwszego stopnia. Niektóre są bardzo dobrze wyposażone i przypominają kliniki, inne są wyposażone znacznie gorzej i czasami te szpitale potrafią się między sobą bardzo mocno różnić.*

Analizując organizację pracy eksperci zwrócili uwagę, że jest ona zjawiskiem wieloaspektowym, uwzględniając relacje zawodowe, równość w traktowaniu pracowników oraz zagadnienie dotyczące pracy zespołowej.

*(...) organizacja pracy jest głównym elementem, który pojawił się jako chęć kontynuowania pracy.*

Rozważając organizację pracy w kontekście podziału i metod pracy, jeden z ekspertów skomentował kwestie związane z relacjami i podziałem zadań między lekarzami.

*O organizacji pracy można myśleć w takiej formie, że w niektórych oddziałach są grupy bardziej i mniej uprzywilejowane. W niektórych oddziałach bardzo wiele rzeczy spychanych jest na młodych lekarzy, natomiast w niektórych szpitalach ten podział pracy jest bardziej równomierny. Bardziej koleżeńskie czy partnerskie traktowanie ma wpływ na to czy ktoś chce w danym miejscu pracować i przede wszystkim, czy przyciągniemy kogoś do tego miejsca pracy. Organizacja pracy to także to jak wyglądają stosunki międzyludzkie między lekarzami, między przełożonymi, między przełożonymi a podwładnymi, między młodszymi asystentami a starszymi asystentami, między personelem lekarskim a pielęgniarskim, itd. To determinuje tę organizację pracy w szpitalu.*

W ujęciu innego eksperta organizacja pracy wiąże się także z bezpieczeństwem pracy z uwagi na współpracę i możliwość konsultacji z innymi lekarzami. Inny ekspert stwierdził, że kwestia organizacji pracy może być zależna od stopnia referencyjnego szpitala.

*Jeśli chodzi o organizację pracy to jest to bezpieczeństwo, które daje szpital. (...) Bezpieczeństwo, że ma się kolegów z którymi można się skonsultować, gdy ma się zabieg.*

*Na przykładzie szpitala klinicznego, to szpital, który ma akredytację do prowadzenia szkolenia specjalistycznego i realizowania programu specjalizacyjnego dla rezydentów. Żeby otrzymać taką akredytację przechodzi się bardzo wnikliwy proces oceny szpitala (...). W wielu przekrojach trzeba spełnić kryteria, żeby uzyskać certyfikat akredytacyjny. Ta akredytacja powoduje, że pewne rozwiązania organizacyjne muszą być dostosowane i opisane procesy, bo to podlega ocenie. W szpitalach, które muszą przejść akredytację, żeby funkcjonować to w nich poziom organizacji pracy jest na pewno zapewniony wyższy, niż w szpitalach, które nie są temu podporządkowane.*

*Eksperci zwrócili szczególną uwagę, że w odniesieniu do czynników ekonomicznych, które zostały wskazane tylko przez chirurgów, chodziło wyłącznie o świadczenia pieniężne.*

*Pierwsza rzecz, która mnie nie dziwi to fakt, że dla lekarzy chorób wewnętrznych jako determinujące wśród czynników ekonomicznych nie zostały wskazane wynagrodzenia, ponieważ wynagrodzenia w publicznych szpitalach nie są konkurencyjne z sektorem prywatnym. Internistom nie płaci się dobrze, stosunkowo na rynku lekarskim są jedną z gorzej opłacanych specjalizacji.*

*W oparciu o opinię innego eksperta można zrozumieć na jakiej podstawie wyznaczone są wynagrodzenia lekarzy specjalizacji zabiegowych i zachowawczych.*

*Chirurgia w każdym miejscu ma świadczenia pieniężne. (...) zabiegówki są dobrze opłacane, bo płaci się najczęściej od zabiegu. Jak lekarz ma kontrakt to dostaje pewien procent, więc im lepiej jest wyceniany zabieg i wyższy wynegocjowany procent od zabiegu – tym więcej pieniędzy lekarz zarobi. Im więcej zabiegów lekarz robi w ciągu dnia – tym więcej zarobi. Nawet jeśli jest kontrakt na chorobach wewnętrznych to nie można przeliczyć wyleczonych pacjentów na dzień, bo nie da tego się tak policzyć.*

*W związku z tym, że dla lekarzy chorób wewnętrznych świadczenia pieniężne nie zostały wyłonię jako determinujące, można założyć, że występują inne bardziej istotne czynniki ich zatrzymujące. Natomiast wśród chirurgów wynagrodzenia stanowią czynnik determinujący zatrzymanie w szpitalach, co potwierdza kolejna wypowiedź.*

*Dzisiaj chirurdzy zarabiają zdecydowanie więcej. Wynika to też ze sposobu rozliczeń z NFZ, ponieważ NFZ i szpitale płacą za procedury. Chirurg robi więcej i bardziej skomplikowanych procedur. Dostaje więcej pieniędzy.*

Według wypowiedzi ekspertów lekarze chorób wewnętrznych otrzymują zdecydowanie niższe wynagrodzenia niż lekarze chirurgii ogólnej. Wynika z tego konkluzja, że świadczenia pieniężne stanowią czynnik zatrzymujący dla lekarzy chirurgii ogólnej w związku z odpowiednim poziomem płac, natomiast dla lekarzy chorób wewnętrznych nie, ze względu na ich stosunkowo niski poziom. Eksperci zostali również zapytani, dlaczego ich zdaniem z czynników ekonomicznych wyłącznie świadczenia pieniężne zostały wyłonione jako determinujące.

*Wydaje mi się, że z tych czterech zaproponowanych czynników te świadczenia pieniężne są najbardziej mierzalnym, najtwardszym czynnikiem. Prestiż w zawodzie lekarza jest czymś wtórnym, bo jeśli dobrze wykonuje się swoją pracę to ten prestiż przychodzi. Gratyfikacje są raczej czymś losowym i uznaniowym. Jeśli się dobrze zarabia to tak naprawdę nie trzeba mieć żadnego dofinansowania wypoczynku, czy innych dofinansowań, bo stać człowieka na wiele więcej. Te świadczenia socjalne mają też mniejsze znaczenie, gdy ma się godną podstawę.*

Eksperci podkreślili istotne znaczenie czynników psychospołecznych, zwracając uwagę konieczność ich uwzględnienia w kontekście zmiany pokoleniowej lekarzy.

*Żeby tak naprawdę zrozumieć wyniki tej ankiety to trzeba by zagłębić się w organizację pracy w szpitalach. Na pewno w tej chwili w szpitalnictwie jest bardzo duży problem z tym, że ludzie są przemęczeni, przepracowani i wypaleni zawodowo. Dlatego wśród tych wszystkich czynników, które powodują chęć pozostania w pracy, w tej chwili czynniki ekonomiczne będą trochę mniej ważne, niż inne.*

Inny ekspert zwrócił podkreślił różnice pokoleniowe jako istotne w percepcji czynników środowiska pracy przez lekarzy.

*Myślę, że w pokoleniu młodych ludzi czynniki psychospołeczne są ważniejsze, niż były kiedyś w starszych pokoleniach. Myślę, że te czynniki psychospołeczne będą coraz ważniejsze.*

Jedyne czynniki wskazywane niezależnie od specjalizacji i typu szpitala to motywacja i stosunek do pracy. Wypowiedzi ekspertów wskazują, że są one postrzegane wielowymiarowo. Budującym jest wysoka świadomość związku między motywacją do pracy a pozostawaniem przez lekarzy w szpitalach publicznych. Poniżej zaprezentowano podejścia ekspertów do omawianego czynnika.

*Trzeba mieć odpowiedni stosunek, żeby pracować w szpitalu.*

*(...) lekarze też są bardziej skłonni, żeby nie brać dodatkowego wynagrodzenia, bo na przykład mogą zrobić zabieg, na którym im bardzo zależy, żeby go przeprowadzić. To też jest bardzo mocny motywator.*

*(...) motywacja do pracy uciekła ze szpitali ogólnopolskich, czyli tych, które wymagają najwyższej klasy specjalistów. Widzę i obserwuję, że grupa chirurgów zrobiła się grupą „lekarzy do wynajęcia”. Specjalizują się oni w przeróżnych dziedzinach, ale przychodzą, robią swój zabieg i wychodzą ze szpitala. To zgadzałoby się z tym, że zabrakło tej motywacji do pracy, rozumianej jako stabilizacja i praca w jednym miejscu, w określonych zespołach przełożonych i podwładnych. Jeśli zbijemy to z tym, co widać, czyli tym, że chirurdzy są „lekarzami do wynajęcia” to potwierdza uzyskane wyniki, ponieważ wchodzi operator, wykonuje daną operację i wychodzi.*

Kolejnym omawianym czynnikiem były warunki do samorealizacji, wskazane jako determinujące przez większość lekarzy chirurgii ogólnej na wszystkich poziomach referencyjności oraz lekarzy chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia i ogólnopolskich.

*Samo stopniowanie szpitali narzuca, że pierwszy stopień, czyli najczęściej szpitale powiatowe, mają się zajmować najpopularniejszymi schorzeniami, tak aby pacjent miał jak najszybszy dostęp do najczęściej wykonywanych procedur w razie pogorszenia stanu zdrowia. W szpitalach powiatowych nie wykonuje się przecież przeszczepów serca, tylko takie zabiegi mogą być wykonywane w szpitalach trzeciego stopnia lub ogólnopolskich. Tak więc te różnice, które wykryto w tabeli są pokłosiem organizacji.*

Biorąc pod uwagę stopnie referencyjne szpitali można wskazać, że w szpitalach III stopnia i ogólnopolskich występuje możliwość samorozwoju w przypadku lekarzy chorób wewnętrznych. Z perspektywy szpitala lekarz, który nabędzie samodzielność w wykonywaniu procedur medycznych będzie w stanie dyżurować i stanowić wsparcie dla innych lekarzy w zespole.

*Nawiązując do możliwości rozwoju to ośrodki naukowe w Polsce nie są prywatne i najczęściej są powiązane z uniwersytetami. Więc jeśli lekarz chce się rozwijać w jakiejś dziedzinie (...) naturalnym jest, że najwięcej pacjentów jest w systemie publicznym, ponieważ się tam leczą.*

*Zdecydowaną przewagę mają ośrodki akademickie, ogólnopolskie instytuty naukowe, połączone w sieć opieki publicznej. (...) ludzie po prostu chcą tam pracować, żeby wykorzystywać swoje umiejętności, poszerzać wiedzę, prowadzić prace naukowe.*

Eksperci także zwrócili uwagę na znaczenie rozwoju w kontekście nabywania i rozwijania kompetencji.

*(...) żeby nauczyć się być chirurgiem lub się rozwijać to trzeba dużo operować. Więc mając oddziały, na których jest dużo pracy i mało chirurgów, będzie się dużo operować i dużo pracować. Lekarz się rozwija, ponieważ ma być jak najszybciej samodzielny ze względu na to, że jest potrzebny. (...) Tak postrzegam te warunki do samorealizacji w pierwszym i drugim stopniu, bo na oddziale, gdzie jest bardzo dużo chirurgów, a pacjentów tyle samo co w szpitalu powiatowym to nie da się aż tyle operować.*

Analizując czynniki wypychające eksperci podkreślili konieczność rozróżnienia czynników związanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz czynników związanych z konkretnym miejscem pracy.

*Niektóre z tych czynników są związane z wykonywaniem zawodu, a nie z miejscem pracy. (...) Niezależnie co lekarz będzie wykonywał to są czynniki związane z zawodem, nie z zakładem.*

W ocenie autorki, najbardziej obszernie dyskutowanymi przez ekspertów czynnikami były zagadnienia związane z przewlekłym przemęczeniem, odpowiedzialnością karną i obciążeniem administracyjnym. Całokształt skomentował jeden z ekspertów, wyznaczając wspólne tło dla czynników wypychających.

*Tak naprawdę, moim zdaniem niemal wszystko jest związane z przeciążeniem pracą. Przewlekłe przemęczenie jest związane z przeciążeniem pracą. Organizacja pracy na oddziale powoduje przemęczenie lekarza. Nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi to kolejna sprawa. Dalej, zagrożenie odpowiedzialnością karną za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami to znowu jest przeciążenie.*

Przewlekłe przemęczenie może dotyczyć w szczególności lekarzy wykonujących zawód w szpitalach o niewystarczającej liczbie personelu. Potwierdza to następująca wypowiedź eksperta.

*Ja znam sytuację szpitali klinicznych, gdzie na przykład przez to, jest dużo rezydentów to dyżurować każdy musi 2-3 razy w miesiącu. Gdy tych pracowników jest mniej to każdy musi mieć tych dyżurów 6. W prostej matematyce, mało personelu sprawia, że trzeba dyżurować więcej.*

Następna wypowiedź może sugerować, że czynniki takie jak przewlekłe przemęczenie mogą być powiązane z różnicami pokoleniowymi i kwestią organizacji pracy własnej.

*(...) Przewlekłe przemęczenie może wynikać z kultury organizacyjnej. Starsze pokolenie lekarzy może powiedzieć, że pracowali w większej gotowości do brania bardzo długich dyżurów. Przewlekłe zmęczenie jest pewną konsekwencją organizacyjną.*

W nawiązaniu do odpowiedzialności karnej za błędy, eksperci wskazali na zjawisko skarg przeciwko lekarzom składanych przez pacjentów.

*Bardzo duży punkt, który mi się rzucił w oczy to zagrożenie odpowiedzialnością karną. Ogromnie rośnie świadomość pacjentów. Powstają też kancelarie prawno-lekarskie, prowadzone przez lekarzy, którzy zaczęli się wzajemnie pozywać.*

*Rzeczywiście liczba pacjentów, którzy skarżą wzrasta. Ludzie potrafią skarżyć absolutnie o wszystko.*

*Dużo jest tych pozwów ze strony pacjentów. Często jest tak, że pacjent, jeżeli ma jakąś skargę to pisze do różnych instytucji, do Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej, prokuratury i jeszcze czasami hejtuje w Internecie.*

Kolejne wypowiedzi również podkreślają, że to problem powszechnie występujący, którego nie można zbagatelizować.

*Zagrożenie odpowiedzialnością karną przewija się wszędzie i to jest coś, co obserwujemy, chociażby powołując instytucję Rzecznika Praw Lekarza. Kiedyś się powoływało Rzecznika Praw Pacjenta, ponieważ pacjent czuł się w szpitalu niekomfortowo i w jakimś stopniu w pozycji mniej ważnej. Dzisiaj pacjent ma tyle instytucji, które mogą zagrozić lekarzowi, od kancelarii prawnych, przez Rzecznika Praw Pacjenta, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, że cały czas dochodzi do straszenia, przemocy w szpitalu.*

*W chirurgii, chirurdzy najczęściej spotykają się ze śmiercią i rodzina zawsze może pozwać, że coś się wydarzyło.*

Ekspert należący do WIL zadeklarował, że w praktyce działania Izby Lekarskiej kwestia dotycząca skarg pacjentów jest zjawiskiem powszechnym.

*W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej mamy Rzecznika Praw Lekarza i jest bardzo dużo spraw tego typu, z którymi lekarze do nas przychodzą. Bardzo ciężko jest się nam bronić przed atakiem czy hejtem, ponieważ pacjenci mogą powiedzieć w Internecie wszystko, a nas obowiązuje tajemnica i nie możemy powiedzieć, że to nieprawda. Naruszylibyśmy tajemnicę i jeszcze narazili się na odpowiedzialność karną.*

Warto wziąć pod uwagę wypowiedź eksperta, w której wskazuje, że obawa przed odpowiedzialnością karną może stanowić bodziec do dokładności w wykonywaniu pracy.

*Strach przed odpowiedzialnością karną jest generalnie czymś dobrym, bo jest dodatkowym impulsem do tego, żeby jeszcze włożyć dodatkowy wysiłek w porządnosc. Nie ma wielu przypadków, gdy faktycznie skazuje się lekarzy, to chyba około 5%, natomiast sama wizja procesów sądowych, powoływania biegłych i trwanie tego latami dewastuje psychikę i dobre imię lekarza. Do czasu stwierdzenia winy jest domniemanie niewinności, ale bardzo trudno walczy się z hejtem, szczególnie w Internecie.*

W nawiązaniu do wcześniejszej wypowiedzi jednego z ekspertów, odpowiedzialność karna jest zjawiskiem dotyczącym zawodu lekarza.

*Jeśli lekarze odeszliby z danego szpitala ze względu na odpowiedzialność karną to w innym będą mieć to samo. Czyli tu nie ma zmiany zakładu z lepszego na gorszy.*

W przypadku zjawiska odpowiedzialności karnej należy podkreślić, że w kwestionariuszu wyraźnie zaznaczono, że wspomniana odpowiedzialność dotyczy błędów popełnionych poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami. Oznacza to, że ten czynnik należało powiązać i rozumieć z kwestią wewnątrzorganizacyjną, biorąc pod uwagę możliwość działania na zmniejszenie oddziaływania negatywnego czynnika na lekarzy. Warto pochylić się nad opinią jednego z ekspertów na temat organizacji szpitali pod kątem ograniczania popełniania błędów przez lekarzy.

*Ciekawe jest to, że w pierwszym, drugim, trzecim stopniu zagrożenie odpowiedzialnością karną wypycha lekarzy, a nie wypycha w szpitalach ogólnopolskich. To może oznaczać, że szpitale ogólnopolskie są lepiej zorganizowane.*

Omawiane w dalszych rozważaniach dwie opinie wyjaśniają i uzupełniają problem dotyczący konieczności dyżurowania.

*Charakterystyka pracy lekarza internisty jest związana z dyżurami. Obowiązek dyżurowania jest utrudnieniem i lekarze interniści generalnie w ogóle nie chcą dyżurować. Jednostki najniższego stopnia referencyjnego rzeczywiście mają problem ze specjalistami i tam może być pewnego rodzaju presja, żeby ludzie dyżurowali więcej.*

Z kolei, następna wypowiedź wyjaśnia, dlaczego ten czynnik mógł nie zostać wyłoniiony jako determinujący, w szczególności wśród lekarzy chirurgii ogólnej.

*Konieczność dyżurowania ponad założony limit to coś co zabija lekarzy. (...) W chirurgii ogólnej tego tutaj nie wskazano. W związku z tym widzę dwa wnioski. Jeśli chce się operować to się dyżuruje i traktuje się to niejako jako „koszt odliczany przychodu”. To się łączy z brakami kadrowymi i przeciążeniem pracą w obu specjalizacjach.*

Z uzyskanych wyników badań ilościowych można ocenić, że mobbing jako czynnik determinujący odejście jest czynnikiem marginalny, jednak przeczy temu poniższa wypowiedź eksperta. Zapoznanie się z nią i jej zrozumienie przybliży potencjalną skalę i przyczyny występowania zjawiska.

*W naszej ankiecie szpitalnej<sup>36</sup> zaskoczył nas poziom mobbingu, który był obserwowany. Nie był obserwowany tylko przez osoby, które doświadczyły mobbingu, ale prawie wszyscy lekarze powiedzieli, że widzieli mobbing na innych lekarzach. Czyli starsi lekarze również zgłaszali, że sami nie doświadczyli, ale widzieli mobbing na młodszych lekarzach. Rzeczywiście im wyższy był poziom szpitala tam poziom mobbingu był dużo wyższy, bo tam jeszcze panuje ta hierarchia. W szpitalach mniejszych jest przede wszystkim mniej lekarzy na jednego pacjenta, więc tutaj muszą być partnerskie stosunki, najczęściej koleżeńskie, natomiast w dużych szpitalach jest profesor i duża hierarchizacja.*

Nadmierne obowiązki administracyjne, mimo że czynnik nie został podnoszony w rozmowach jako pierwszoplanowy, okazuje się być jednym z kluczowych. Poniższe wypowiedzi ekspertów sugerują, że jest zdiagnozowany i niezwykle obciążający.

*Po pierwsze wynika z uregulowań prawnych, a po drugie wynika z doświadczeń danego szpitala. Pacjent, żeby miał wykonany jakikolwiek zabieg musi mieć podpisaną zgodę. To, że musimy mieć zgodę wynika z przepisów prawa, natomiast szczegółowość zgód wynika z doświadczeń szpitala. W szpitalu, w którym pracuję funkcjonuje ponad 600 wzorów zgód pacjenta. Nikt nie jest w stanie zarządzić 600 wzorami różnych zgód.*

W kontekście obowiązków administracyjnych niezwykle istotne są dane dotyczące czasu dostępnego dla pacjenta.

*Robiliśmy zestawienie<sup>37</sup>, jak dużo czasu lekarz spędza z pacjentem. Internista wpisywał, że około 20% czasu spędza bezpośrednio z pacjentem, reszta to wypełnianie dokumentacji medycznej. Chirurg wpisywał, że średnio spędza 33% czasu z pacjentem, a reszta to wypełnianie dokumentacji medycznej.*

---

<sup>36</sup> Ogólnopolskie badanie Diagnoza Szpitalna 2023 (NIL, 2023).

<sup>37</sup> Ogólnopolskie badanie Diagnoza Szpitalna 2023 (NIL, 2023).

Kolejna wypowiedź eksperta obrazuje jak bardzo rozbudowane są konieczne do wypełnienia dokumenty związane z pracą lekarza.

*Myślę, że ludzie nie zdają sobie sprawy, ile mamy obowiązków administracyjnych. Jeżeli mamy zakażenie wykryte we krwi pacjenta to musimy do tego wypełnić cztery różne druki: druk zgłoszenia, druk zgłoszenia choroby zakaźnej, druk zgłoszenia drobnoustroju alarmowego i jeszcze jakiś druk, do jednej bakterii, którą wykryliśmy we krwi. Więc jeśli na dyżurze dostajemy informację z mikrobiologii, że u czterech pacjentów wykryto we krwi bakterie to jest godzina z głowy na wypełnianie samej dokumentacji, która musi być w ciągu doby wysłana do sanepidu, bo inaczej jest kara pieniężna 500 zł.*

W trakcie indywidualnych wywiadów pogłębionych eksperci zostali zapytani o rekomendacje możliwe do wdrożenia w podmiotach leczniczych ukierunkowane na wzmocnienie czynników przyciągających i ograniczenie czynników wypychających. Ponownie, zwrócili oni uwagę na różnice między szpitalami. W pierwszej kolejności warto spojrzeć na refleksję natury ogólnej.

*W dzisiejszych czasach nie może Pani oceniać szpitali wspólnie. To czy szpital dobrze, czy źle funkcjonuje wcale nie oznacza jak ktoś tym szpitalem zarządza. To, że szpital funkcjonuje dobrze ekonomicznie może oznaczać, że tam jest permanentny brak personelu i lekarze dyżurują na wielu oddziałach na raz, są przemęczeni i przepracowani, a pacjenci nie uzyskują dobrej pomocy. To, że szpital ma dobre ekonomiczne uwarunkowania może świadczyć o tym, że dyrektor jest z jednej z partii i uzyskał cztery karetki, dofinansowanie na tomograf, a koszty amortyzują się wiele lat.*

W trakcie wywiadów eksperci ocenili trudności w przygotowaniu ogólnych rekomendacji, które wynikają z różnic między szpitalami.

*W każdym szpitalu to będzie inaczej i to bardzo trudne, żeby zdefiniować to tak, żeby dać ogólne zalecenia. Inaczej to będzie w szpitalu klinicznym i to na każdym oddziale będą inne czynniki, które wypychają.*

*Trudno powiedzieć o rekomendacjach ogólnych w stosunku do podmiotów leczniczych. Program naprawczy każdy zakład ma inny, dostosowany do diagnozy. W tym samym stopniu referencyjnym są szpitale, które mają straty i zyski i nie są możliwe ogólne rekomendacje.*

*Dużo spraw wynika z zaniedbań systemowych i nie są one winą szpitala.*

Pewien ekspert podkreślił znaczenie przeprowadzonych przez autorkę badań, jako diagnoza problemów i wskazanie wiodących czynników środowiska pracy, na których warto skupić uwagę w celu zatrzymania lekarzy.

*Dzięki Pani badaniom jest diagnoza, ale kluczowa jest kwestia rozmowy i wprowadzenia miękkiego HR do szpitali (...). Budowanie relacji i atmosfery jest ważne i przekłada się na motywację. Edukacja dotycząca zarządzania zasobami ludzkimi powinna być wdrożona na każdym stopniu kształcenia.*

Niemniej, eksperci podkreślili znaczenie aspektów nieekonomicznych, diskutowanych w części wywiadu dotyczącej omówienia czynników.

*Gdybyśmy mieli robić ogólne rekomendacje dla szpitali to przede wszystkim trzeba wiedzieć, że atmosfera i możliwość rozwoju są w pierwszej kolejności, a w drugiej kolejności są wszystkie aspekty ekonomiczne.*

*W wynikach<sup>38</sup> widzimy, że wiele czynników wynika z organizacji pracy i braków kadrowych.*

Eksperti rozmawiając o możliwych do wdrożenia rekomendacjach poruszyli niezwykle istotny wątek, wskazując na opór ze strony pracowników do zmian i wdrażania reform.

*Bardzo trudno przeprowadza się reformy w szpitalach, na przykład informatyczne, bo jest bardzo duży opór ze strony pracowników – stare przyzwyczajenia trudno wykrzewić.*

Rozpatrując aspekt wdrażania działań z poziomu poszczególnych szpitali, eksperci podkreślili znaczenie podejmowania nawet drobnych działań w podmiotach leczniczych.

*Myślę, że w przypadku czynników wypychających należy zabezpieczyć te, które są w zakresie szpitala. Chodzi o mobbing, stres i stworzenie bezpieczeństwa prawnego dla lekarzy i praktyki czy procedury, że szpital w razie trudności wspiera lekarza.*

*Jeżeli mówimy o czynnikach wypychających to warto skupić się na małych rzeczach. Szpitale, w których np. pojawił się mobbing powinny zwrócić uwagę na politykę anty-mobbingową. Jeżeli jest pokazywany stres zawodowy, czyli stres związany z realizacją zadań zawodowych to należałoby się przyjrzeć temu w kontekście np. współpracy z Izbą Lekarską w zakresie zabezpieczenia lekarzy przed poszczególnymi roszczeniami.*

---

<sup>38</sup> Ogólnopolskie badanie Diagnoza Szpitalna 2023 (NIL, 2023).

W trakcie rozmów eksperci podkreślili znaczenie równego traktowania pracowników bez względu na stopień zawodowy, a nawet zawód.

*Zasada równego traktowania. Dotyczy to też równego traktowania, niezależnie czy ktoś jest stażystą, rezydentem, lekarzem specjalistą, doktorem, profesorem, ordynatorem to należy przestrzegać zasad szacunku, bo niestety jest wśród lekarzy bardzo duże rozwarstwienie różnego traktowania.*

Eksperti przekonują o znaczeniu odpowiedniej struktury zarządzania oddziałem, wspierając poczucie przynależności lekarza do zespołu.

*W kontekście organizacyjnym myślę, że przede wszystkim musi być odpowiednia struktura zarządzania oddziałem. W dobie „wolnych strzelców” pracujących bardzo często w różnych miejscach, małe jest przywiązanie poszczególnego pracownika do danego miejsca. W mojej opinii bardzo ważnym elementem byłoby, żeby spróbować zrobić tak, aby dany lekarz był związany z danym oddziałem. Chodzi o to, żeby czuł przynależność do danego oddziału, bo to też zapewnia zaangażowanie i poczucie bycia częścią zespołu. Wtedy jego praca jest bardziej efektywna.*

*Dobry zespół będzie chronił lekarza. Gdy jest do podjęcia decyzja w sprawie pacjenta, bez znaczenia czy w sprawie zabiegu, czy postępowania zachowawczego terapeutycznego na internie i lekarze pochylą się nad tym na konsylium lekarskim, można wpisać w obserwacjach, że „decyzją konsylium lekarskiego podjęto decyzję, że...”. Bardzo trudno jest ukarać grupę lekarzy, bo występuje niska szansa, że tyle osób pomyli się w ocenie na raz. Jednostkowa decyzja, która jest błędna, może zostać podważona, a gdy jest zespół to widać, że np. jakieś niepowodzenie nie było oczywiste i włożono duży wysiłek intelektualny w daną sprawę. Dlatego lekarze też cenią zespoły, bo czują się bezpiecznie. Nawet jeśli muszą podjąć decyzję, która jest trudna, np. zaprzestać leczenia to można mieć kogoś, kto wesprze, np. starszych kolegów, którzy wesprą autorytetem.*

*Zdecydowanie zespół: oddział, który nie ma dobrego zespołu pielęgniarskiego jest niemal niemożliwy do prowadzenia. Warto byłoby się pochylić nad organizacją pracy – nie tylko lekarzy.*

*Według mnie najważniejsze z punktu widzenia szpitala jest inwestowanie w swoje kadry, które ujawnia się poprzez tworzenie zespołu, dawanie możliwości rozwoju, szkolenie pracowników tam, gdzie są niedobory do umiejętności czy zdolności. Najważniejszym z punktu widzenia jednostki byłoby zainwestowanie w personel, nie tylko w personel lekarski, bo bez zespołu lekarz jest w stanie bardzo mało zrobić, więc inwestowanie w cały personel medyczny, żeby zespół terapeutyczny był jak najbardziej sprawny. Poprawa w innych gałęziach jest pochodną tego pierwszego.*

*W zakresie organizacji pracy na oddziale bardzo dużo zależy od tego kto bezpośrednio nim kieruje. Czy jest ordynator, który budzi szacunek. Zdecydowanie szpitale musiałyby się bardzo skupić na tym, kto po emerytowanych lekarzach mógłby przejąć oddział.*

Pewien ekspert poruszył temat wieku pracowników w zespołach, wskazując na odmienne zasady kierowania zespołem w zależności od wieku pracowników.

*(...) Jeśli to zespół złożony z młodych ludzi to będą inne działania, niż jeśli zespół będzie złożony z ludzi przed emeryturą, czy zespół zrównoważony. Przede wszystkim najważniejsze jest to, żeby doceniać, traktować po partnersku i pozwalać wszystkim współuczestniczyć w tworzeniu oddziału. I słuchać. To jest ważne dla wszystkich pokoleń. Młodzi ludzie przede wszystkim chcą się czuć współtworzącymi dany oddział, a starsi koledzy chcą się czuć nadal ważni i docenieni za to co robili.*

*(...) obecnie oczekiwaniami lekarzy jest to, żeby im się dobrze przychodziło do pracy. Nowe pokolenie ma zupełnie inne oczekiwania, niż pokolenie które przechodzi na emeryturę. Oczekuje zupełnie innego podejścia do wykonywania obowiązków. Work-life-balance dla obecnych lekarzy, nawet specjalistów jest istotny.*

*Warto byłoby zrobić zespoły i spotkania ordynatorskie, jak zorganizować pracę między sobą, jakie ustalić zasady np. konsultacji kardiologicznych czy anestezyjologicznych, żeby pacjent był możliwie najszybciej przygotowany do zabiegu.*

Poruszonym przez ekspertów pomysłem było ankietowanie pracowników w celu poznania ich opinii.

*Szybciej dochodzi się do pewnych wniosków, pacjent szybciej wychodzi ze szpitala i więcej szpital na tym zarobi, mniej straci. Zaczęłam od ordynatorów, bo to jest najważniejsze, ale warto słuchać wszystkich pracowników. Myślę, że można by robić taką ankietyzację „co najbardziej przeszkadza”.*

*Myślę, że warto spytać każdego, tylko pod innym kątem. Stażysta nie jest aż tak związany ze szpitalem, ale można zacząć od rezydenta i przejść do ordynatorów. Każdy pokazałby swoją perspektywę na dane miejsce pracy. Myślę, że każda perspektywa jest ważna i warto mieć podejście, że każdy pracownik jest cenny.*

Inny ekspert zwrócił uwagę na możliwość wykonania audytu wewnętrznego w celu oceny działania poszczególnych elementów w szpitalu.

*Przyjrzenie się organizacji pracy i zrobienie wewnętrznego audytu, w jaki sposób są delegowane zadania, jak przebiega wydawanie poleceń służbowych, jak przebiega proces leczniczy, bo to może ludzi demotywować.*

Ekspert wskazał, że istotny jest podział zadań między lekarzami.

*Tak naprawdę jest wiele rzeczy, które robią lekarze, a których nie musieliby robić. (...) Jak jest jasny podział zadań to wtedy jest łatwiej. Nie na każdym oddziale pacjenci mają swoich lekarzy prowadzących, tylko wszyscy odpowiadają za wszystko. Jeśli jest 30 pacjentów i 6 lekarzy to każdy ma do zaopiekowania 5 pacjentów, a nie 30. (...) Organizacja pracy w kontekście lekarzy prowadzących to coś, co dużo potrafi zmienić.*

W wywiadach z ekspertami zostało podkreślone znaczenie prowadzenia dialogu i umiejętności skutecznej komunikacji.

*Na pewno istotny jest dialog, czyli rozmowy zarządu z lekarzami i kierownikami oddziałów. Nie tylko na temat organizacji pracy, ale także na temat realizacji procedur, realizacji wykonania kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia, dlatego że lekarzy brakuje, zwłaszcza lekarzy specjalistów. Szczególnie w dziedzinach priorytetowych jest naprawdę bardzo trudno. (...).*

W zakresie możliwości samorealizacji i rozwoju eksperci wskazali propozycje rozwoju tego obszaru dla lekarzy zatrudnionych w szpitalach.

*Warto zwrócić uwagę na to co jest do zrobienia w zakresie czynników zatrzymujących czy motywujących lekarzy. Jeżeli pojawia się w wielu miejscach dążenie do samorealizacji i rozwoju to jest obszar, który szpitale mogą podnosić, gwarantować czy rozwijać dla swoich lekarzy. Inwestować w wyposażenie, nowinki technologiczne, dostęp do najnowszej wiedzy przez udział w konferencjach i kongresach. Placówki medyczne mogą zabezpieczyć dostęp do technologii i wiedzy, a wtedy procedury, które wymagają większej wiedzy są lepiej wyceniane i to stanowi sprzężenie zwrotne, wzajemny mechanizm.*

*W momencie, kiedy jest jasno powiedziane, jaki jest plan rozwoju to pracownik będzie bardziej skłonny, żeby tam zostać. (...) Jeśli to będzie na zasadzie, że nie wiadomo czy w danym roku coś się zmieni to pojawia się kontrargument stojący po stronie szpitali ogólnopolskich, ponieważ tam się dzieje coś nowego, innowacyjnego, można się rozwijać. (...) Zaplanowanie rozwoju przez szpitale nawet pierwszego stopnia referencyjności daje zwiększenie motywacji do pracy.*

Eksperci podkreślili istotę znaczenia procedur dla sprawniejszego działania, bezpieczeństwa i ustalenia odpowiedzialności.

*(...) w szpitalu, w którym procedury działają i są egzekwowane praca jest lepiej zorganizowana. Pracuje się lepiej i wszystko jest przejrzyste. Wiadomo kto za co odpowiada, kto co powinien zrobić i kiedy.*

W dalszej wypowiedzi ekspert wyjaśnił znaczenie istnienia i stosowania procedur. Podkreślono, że procedur jest znaczna ilość i zazwyczaj nie wszyscy pracownicy są w nich zorientowani.

*Zadaniem procedury nie zawsze jest ułatwienie pracy lekarza. Chodzi o to, że procedury po pierwsze są po to, żeby wystrzegać się błędów. Procedura powstaje lub jest usprawniania wtedy, gdy doświadczyliśmy jakiejś sytuacji, w której coś poszło nie tak lub pojawił się jakiś nieoczekiwany efekt i udało się zidentyfikować przyczyny. Na przykład przetaczanie krwi. Żeby przetoczyć krew pacjentowi, pacjent musi mieć potwierdzoną grupę krwi, czyli dwa razy oznaczoną grupę krwi. To procedura, której wszyscy się trzymają i banki krwi i serologia bardzo tego pilnują.*

*Procedur w szpitalach jest mnóstwo, potrafi być ich kilkaset. Wielu pracowników podpisuje, że się z nimi zapoznało i je zna, bo tego wymaga regulamin szpitala.*

*Procedury pewne rzeczy upraszczają, ponieważ dają pewne wytyczne, szczególnie w sytuacji sporów.*

Podobnie sytuacja występuje w przypadku zgód na zabiegi, biorąc pod uwagę ilość występujących szablonów dostosowanych do typu procedury.

*Gdyby kierować się tym, co mówi dział prawny, czyli „wziąć zgodę na każdy zabieg, bo pacjent może zarzucić, że nie dostał zgody” to nie można zmniejszyć tej ilości. Biorąc pod uwagę zdrowy rozsądek to będą poszukiwane zgody, które są uniwersalne. Gdyby udało się zrobić 400 to byłby wielki sukces, bo na pewno nie zredukuje się do 40<sup>39</sup>.*

Zwracając uwagę na przeciążenie obowiązkami administracyjnymi lekarzy kluczowym byłoby zapewnienie personelu pomocniczego, odciążając tym samym lekarza.

*W kwestii obowiązków administracyjnych dobrze by było, żeby lekarze nie musieli się zastanawiać jak zakwalifikować daną jednostkę chorobową, tylko zajmowali się po prostu leczeniem. Konsekwencje przypisania jednostki są bardzo ważne dla rozliczenia szpitala, ale to nie lekarze powinni to robić.*

*Inne rekomendacje to walka o to, żeby było więcej personelu pomocniczego, sekretarki, żeby odciążyć część administracyjną. (...) nie patrzymy tutaj na koszty, bo to nie są wielkie koszty.*

---

<sup>39</sup> Wypowiedź eksperta dotyczy wątku „W szpitalu, w którym pracuję funkcjonuje ponad 600 wzorów zgód (...)”.

*Na pewno zmniejszenie obowiązków administracyjnych przez zwiększenie liczby sekretarek medycznych z prawdziwego zdarzenia. Przy lekarzu będzie asystent, który będzie wypełniał za niego papiery, a nie jedna osoba na oddział, która ledwo co spełnia inne obowiązki administracyjne.*

*Zdecydowanie byłoby wspierające, żeby część zadań przekierować na personel pomocniczy. Została już podjęta tak inicjatywa na poziomie ogólnopolskim, utworzenia stanowiska asystenta lekarza (...).*

*Odpowiedź wydaje mi się prosta, ponieważ należy zwiększyć liczbę osób, która zajmuje się papirologią, albo zmniejszyć ilość tej papirologii.*

Kolejny ekspert podkreślił znacznie podziału zadań według wiedzy i umiejętności oraz przyporządkowania zadań administracyjnych personelowi pozamedycznemu.

*Jestem głęboko przekonany, że personel administracyjny, który zajmuje się sprawami administracyjnymi jest o wiele bardziej efektywny, niż lekarz, który zajmuje się sprawami administracyjnymi. To też kwestia przygotowania teoretycznego, biegłości w pewnych tematach, a zadaniem lekarza jest leczyć.*

W związku z przewlekłym przemęczeniem ekspert zasugerował, że warto wrócić do podstaw i sprawdzić, czy prawo pracy dla lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę jest przestrzegane.

*Wydaje mi się, że skutecznym pomysłem byłoby to, żeby zacząć przestrzegać prawa pracy i pracować tyle ile powinien lekarz pracować, czyli 48 godzin<sup>40</sup> w tygodniu na umowę o pracę.*

Lekarze w pracy zawodowej starają się podejmować decyzje dotyczące świadczenia usług medycznych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i zasady etyki zawodowej. Niemniej, mimo podejmowanych starań czasami występują błędy medyczne. W kontekście systemu no-fault eksperci podkreślili, że musiałby on być działaniem systemowym. Niemniej, szpital poprzez wykorzystanie pewnych metod może wspierać lekarzy, żeby tych błędów było mniej.

---

<sup>40</sup> Zgodnie z treścią art. 96 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. 2024 poz. 799), lekarze po wyrażeniu zgody na piśmie mogą zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

*Nie jest możliwe wprowadzenie no fault w obrębie szpitala, bo nawet jeśli byśmy założyli, że szpital wzięłby na siebie odpowiedzialność finansową za ewentualne błędy to pozostaje kwestia odpowiedzialności karnej.*

*Tylko szpital może dysponuje pewnymi narzędziami, które wymuszają to, żeby tych błędów popełniać mniej.*

*Po pierwsze, analiza, dlaczego personel czy szpital jest pozywany. Mogą to być rzeczy merytoryczne, jak nieprawidłowe postępowanie, nieprawidłowe procedury. W takim przypadku należy naprawić te procedury. A z drugiej strony warto zauważyć, co jest powodem tych pozwów. Często nie to, że coś zostało źle zrobione, ale to, że kontakt lekarza czy personelu z pacjentem był nieprawidłowy. Pacjent czuł się niedoinformowany. Informacje były podawane zdawkowo, pacjent był traktowany jako „zło konieczne”, nie jak partner. Wiedząc, że to jest powodem pozwów to rozwiązaniem byłoby zainwestowanie w kursy komunikacji, które uczyłyby lub informowały personel co pacjent powinien wiedzieć, jak do pacjenta powinno się podejść. Lekarza czy lekarkę może nikt nigdy nie nauczyć przekazywać w dobry sposób niekorzystnych informacji.*

*W zakresie mobbingu eksperci wskazali, że ze względu na obawy młodszych lekarzy przed utratą pewnych możliwości lub obawą ukończenia specjalizacji często nie jest zgłaszany i następuje na niego przyzwolenie, jako koszt uzyskania korzyści.*

*Mobbing jest bardzo trudny do namierzenia i wykrzewienia. Młody człowiek nie będzie tego zgłaszał, bo chce ukończyć specjalizację, więc się nie wychyla.*

*Na tyle na ile rozumiem tę strukturę organizacyjną to mobbingowi może sprzyjać zhierarchizowana struktura (...), więc może spłaszczenie struktury lub wprowadzenie kolegialnego systemu zarządzania mogłoby wesprzeć.*

*Wszystkie wskazane powyżej rekomendacje autorka uznaje jako w pełni aktualne i niezwykle trafne w kontekście podjęcia działań ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce, w szczególności biorąc pod uwagę środowisko pracy. W kolejnym podrozdziale zostanie opisane podsumowanie i wnioski z przeprowadzonych badań empirycznych, rekomendacje dla szpitali publicznych, jak również kierunki dalszych badań w kontekście ujawnienia wątków wartych dalszej uwagi.*

#### **4.8. Wnioski, rekomendacje i kierunki dalszych badań**

Temat środowiska pracy w szpitalach publicznych w Polsce stanowi niezwykle istotne zagadnienie dla funkcjonowania organizacji. Przeprowadzenie badań empirycznych pozwoliło w części ilościowej wyznaczyć czynniki środowiska pracy determinujące zatrzymanie lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w publicznych szpitalach I, II, III stopnia i ogólnopolskich w Wielkopolsce oraz w części jakościowej uzyskać wyjaśnienia dotyczące konkretnych czynników. Mając na uwadze charakter prowadzonych badań wskazano wnioski ogólne, które stanowią syntezę wnioskowania przeprowadzonego w niniejszym rozdziale.

Na podstawie badań literatury ustalono, że budowanie sprzyjającego środowiska pracy zarówno przyciąga potencjalnych kandydatów do pracy, jak również wspiera zatrzymanie pracowników. Zatem konieczne jest rozpoznanie czynników determinujących zatrzymanie pracowników w podziale na czynniki przyciągające i osadzające ich w miejscu pracy oraz czynniki wypychające, stanowiące bodziec do opuszczenia organizacji. W części teoretycznej pracy wyłoniono również konstrukt osadzenia pracowników w organizacji, uwzględniając powiązania i relacje z innymi osobami, dopasowanie do wykonywanej pracy i organizacji oraz poświęcenie pracownika związane z opuszczeniem organizacji.

Na podstawie analizy statystycznej wykazano zasadność podziału warstwowego złożonego z kombinacji składającej się ze specjalizacji lekarskiej, uwzględniając lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej oraz stopnia referencyjnego szpitala, wyróżniając szpitale I, II, III stopnia i ogólnopolskie. W wyniku przeprowadzenia wieloetapowej analizy statystycznej wyłoniono czynniki determinujące w podziale na czynniki przyciągające z rozróżnieniem na organizacyjno-techniczne, ekonomiczne i psychospołeczne, a także wypychające lekarzy. Biorąc pod uwagę czynniki przyciągające na podstawie wykonanych testów statystycznych wskazano wspólne czynniki determinujące dla różnych warstw. Wśród czynników organizacyjno-technicznych wiodące znaczenie miała organizacja pracy, wskazana przez lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w szpitalach I, II, III stopnia referencyjności. Ponadto, organizacja świadczenia usług, wskazana przez lekarzy obu specjalizacji w szpitalach I, III stopnia referencyjności. Analizując czynniki ekonomiczne, nie wyłoniono czynników determinujących dla lekarzy chorób wewnętrznych. Dla lekarzy chirurgii ogólnej w każdym stopniu referencyjnym czynnikiem determinującym były

świadczenia pieniężne. Rozpatrując czynniki psychospołeczne, organizacja do pracy została wyłoniona we wszystkich kombinacjach. Innymi czynnikami determinującymi były także motywacja do pracy, warunki do samorealizacji i bezpieczeństwo socjalne. Wśród czynników wypychających nie wykazano klucza pojawienia się czynników determinujących według warstw. Najczęściej wskazywanym czynnikiem wypychającym było zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione przez nieodpowiednią organizację pracy lub przeciążenie. Innymi czynnikami wyłoniłymi jako determinujące była zbyt mała liczba personelu lekarskiego, przeciążenie pracą, mobbing, niezadowalająca atmosfera pracy, czy stres zawodowy. Wyniki średniego poziomu zadowolenia lub frustracji lekarzy z wykonywania pracy w danym szpitalu pozwoliły ustalić, że lekarze chorób wewnętrznych wskazują nieznaczne zadowolenie. Z kolei, wśród lekarzy chirurgii ogólnej wystąpiła znaczna rozpiętość wyników, jednak ze średnią odpowiedzi bliżej frustracji.

Badania jakościowe przeprowadzone jako indywidualne wywiady pogłębione z dziesięcioma ekspertami pozwoliły zrozumieć tło uzyskanych wyników ilościowych oraz uzyskać proponowane rekomendacje do wdrożenia w szpitalach publicznych w Polsce. Z opinii ekspertów wyniknęło, że wyłoniłone czynniki w badaniach ilościowych powiązane są ze stopniami referencyjnymi szpitali i zakresem świadczonej przez nie opieki. Eksperti potwierdzili, że uzyskane wyniki są spójne i odzwierciedlają realną sytuację w szpitalach. Zwrócono uwagę na organizację pracy jako czynnik wieloaspektowy, w szczególności powiązany z podziałem pracy w oparciu o pracę zespołową. W indywidualnych wywiadach pogłębionych eksperci wyjaśnili znaczenie świadczeń pieniężnych dla lekarzy chirurgii ogólnej. Biorąc pod uwagę czynniki psychospołeczne wskazano na zmiany pokoleniowe, w tym zmieniające się oczekiwania i możliwości pracowników. W zakresie czynników wypychających główna konkluzja dotyczyła faktu, że większość wyłoniłonych czynników, w tym zagrożenie odpowiedzialnością karną za błędy wynikające z niewłaściwej organizacji pracy oraz obciążenie obowiązkami administracyjnymi stanowią następstwo przewlekłego przemęczenia i głębokiego deficytu lekarzy. Eksperti podkreślili znaczenie kształtowania czynników pozaekonomicznych, zwracając szczególną uwagę na atmosferę pracy i współpracę między pracownikami.

Wyniki z przeprowadzonych badań ilościowych po uzupełnieniu wynikami z badań jakościowych posiadają walory aplikacyjne, co oznacza możliwość wykorzystania ich do stworzenia narzędzi i rekomendacji działań ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy

w szpitalach publicznych. W nawiązaniu do przyjętej definicji zatrzymania pracowników jako działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo, ukierunkowanych na stworzenie i kształtowanie środowiska pracy angażującego pracowników do pozostania w organizacji w dłuższym okresie, zostaną zaproponowane działania możliwe do wdrożenia w szpitalach publicznych modelujące środowisko pracy, stymulujące i podtrzymujące chęć lekarzy do dalszej pracy w szpitalu, przeciwdziałając ich chęci odejścia.

Zdaniem autorki rekomendacje należy podzielić na dwa główne obszary – mikro i makro. Biorąc pod uwagę realizację pracy doktorskiej w obszarze nauk o zarządzaniu i jakości, autorka świadomie pomija rozbudowany opis działań możliwych do implementacji w obszarze całego systemu ochrony zdrowia i w rozważaniach skupia się na działaniach w skali mikro. Zatem, obszarem zainteresowania są rekomendacje możliwe do wdrożenia w poszczególnych podmiotach leczniczych, aby wskazać możliwe do podjęcia przez organizację działania wspierające decyzję lekarzy o pozostaniu w niej. Do przygotowania dopasowanych rozwiązań kluczowe jest wzięcie pod uwagę specyficznych uwarunkowań funkcjonowania poszczególnych szpitali, z uwzględnieniem ich stopnia finansowania, sytuacji ekonomicznej, lokalizacji oraz dostępnych zasobów, w tym również zasobów ludzkich. Wynika to z charakteru badań, gdyż w swojej naturze wnioskowanie statystyczne uogólnia wyniki losowej próby na populację. Nie należy w związku z tym oczekiwać, że każda jednostka będzie w pełni dopasowana do uzyskanych wyników, gdyż oznaczałoby to brak zmienności w badanej populacji. Każda jednostka z populacji może odbiegać w pewnych zakresach od ogólnego obrazu. Jednak uzyskane wyniki dotyczą cech, które są charakterystyczne dla całej badanej populacji. Stąd też sytuacja w pojedynczym szpitalu może różnić się od innego szpitala w obrębie tej samej warstwy. W celu jak najlepszego dopasowania rozwiązań wskazany byłby audyt poszczególnych jednostek i na tej podstawie przygotowanie programu naprawczego dedykowanego dla danej jednostki. Niemniej, autorka prezentuje zestaw uniwersalnych narzędzi możliwych do wdrożenia w szpitalach publicznych. Należy podkreślić, że rekomendacji nie sformułowano oddzielnie dla każdego typu szpitala. Autorka dołożyła starań aby zbiór rozwiązań był możliwy do elastycznego zaimplementowania po zidentyfikowaniu obszarów wymagających poprawy w danych szpitalach. W rezultacie autorka przygotowała spis działań rekomendowanych do wdrożenia w szpitalach publicznych w celu ograniczenia znaczenia czynników ocenionych jako wypychające oraz wzmocnienia czynników przyciągających.

W nawiązaniu do kształtowania rekomendacji oparto się na założeniu, iż rozwiązania są potencjalnie możliwe do wdrożenia w poszczególnych szpitalach publicznych, bez konieczności wdrażania zmian systemowych. Kluczowe znaczenie ma podejmowanie nawet drobnych działań w obrębie szpitala, stanowiących bodziec do stopniowego poprawiania kolejnych obszarów. Niezwykle istotnym wnioskiem wyłoniłym z badań są kluczowe dla lekarzy czynniki pozaekonomiczne, związane z miękkimi aspektami zarządzania zasobami ludzkimi, których znaczenie będzie wzrastać. Zdecydowanie należy położyć nacisk na kształtowanie czynników psychospołecznych, uwzględniając potrzeby i preferencje lekarzy.

Wśród czynników przyciągających szczególną uwagę zwrócono na organizację pracy dla sprawnej i poprawnej współpracy między pracownikami oraz podjednostkami i podwykonawcami podczas realizacji codziennych zadań. Dla lekarzy chorób wewnętrznych niezwykle istotna jest ciągłość opieki nad pacjentem związana z leczeniem zachowawczym. W związku z powyższym rozwiązaniem ułatwiającym pracę byłoby przypisywanie pacjentów do konkretnego lekarza. Pozwoliłoby to zapewnić ciągłość opieki nad nimi w trakcie całej hospitalizacji, poprawiając jakość opieki. Zaproponowany model jest optymalny dla organizacji pracy na oddziale. Wspomniane zmiany sprawiają, że praca lekarzy chorób wewnętrznych na danym oddziale może redukować przemęczenie, frustrację a także zapewniać odpowiednią jakość opieki nad pacjentami.

Dla lekarzy chirurgii ogólnej istotna jest umiejętność działania w zespole w ramach oddziału lub boku operacyjnego, odpowiednie wyposażenie a także współpraca między oddziałami i podjednostkami w strukturze szpitala. W celu wzmocnienia pracy zespołowej rekomenduje się wprowadzenie zasad właściwego doboru pracowników i rozwoju kompetencji miękkich, w tym komunikacyjnych.

Ponadto ważne jest zwrócenie uwagi na zarządzanie zespołem i potencjalnymi konfliktami. Również istotne jest przeciwdziałanie mobbingowi, dyskryminacji, a także podejmowanie działań w celu zbudowania dobrej atmosfery opartej na współpracy. Mobbing i ponadprzeciętne wykorzystywanie pracowników z krótszym stażem pracy stanowią zjawiska obserwowane i utrwalone. Należy zwrócić szczególną uwagę na ich identyfikację i eliminację. Autorka rekomenduje edukację w zakresie praw lekarza i równego traktowania w zespole. Ponadto jako rozwiązanie mógłby zostać wdrożony system anonimowego lub poufnego zgłaszania sytuacji patologicznych w celu rozwiązania zaistniałych problemów. W kontekście omawianego zagadnienia istotne znaczenie ma

właściwy dobór pracowników i zarządzanie zespołem. Zdaniem autorki ważne jest budowanie relacji partnerskich między pracownikami na oddziale, uwzględniając relację między kierownikiem oddziału a lekarzami, innymi pracownikami wykonującymi zawody medyczne i niemedyczne, jak również z pacjentami.

Istotne jest również sprawne i skuteczne przywództwo. Zmieniający się kontekst zarządzania implikuje konieczność zapewnienia spójnych koncepcji przywództwa. Organizacje zdrowotne, aby poradzić sobie z sytuacją, coraz częściej sięgają po praktyki przedsiębiorcze i współpracę (Haase i Franco, 2020). Przywództwo jest postrzegane jako racjonalny proces budowania, a następnie utrzymywania sieci, relacji i bazy zaufania w organizacji. Ponadto konieczne jest rozwijanie zasobów, inspirowanie i skuteczne motywowanie innych (Wasylikiw et al., 2015). Koncentracja na przywództwie jest niezwykle ważna, ponieważ zapewnia wysoki standard pracy każdego dnia (Barnes, Yu i Webster, 2019). W organizacjach medycznych liderzy są niezbędni do zapewnienia zdrowego środowiska pracy, które zapewnia bezpieczeństwo zarówno pracownikom, jak i pacjentom. W przypadku szybkich, nieustrukturyzowanych zmian i rosnącej złożoności systemów opieki zdrowotnej, skuteczni liderzy mają kluczowe znaczenie dla tworzenia korzystnych warunków, w których złożone i trudne problemy mogą być rozwiązywane w optymalny sposób (Alilyyani, Wong i Cummings, 2018).

Jednym z rozwiązań zaproponowanych przez ekspertów i rozwiniętych przez autorkę jest przeprowadzanie audytów wewnętrznych w szpitalach. W szczególności wskazane jest takie badanie dla obszaru podziału i delegowania zadań, sposobu wydawania poleceń, sprawności procesów, a także aspektów miękkich, które można ocenić w kwestionariuszach ankietowych. Ponadto, warto zbadać proces przepływu informacji między oddziałami, ordynatorami i zespołami w poszczególnych jednostkach.

Obowiązki administracyjne lekarzy są czynnikiem w największym stopniu limitującym dostępny czas na osobisty kontakt z pacjentem. Te ograniczenia są częstą przyczyną niezadowolenia pacjentów niezależnie od miejsca i trybu udzielania świadczeń medycznych. Zdaniem autorki prowadzoną dokumentację medyczną należy przeanalizować i usprawnić tak, aby dostosować jej ilość do wymogów prawnych i możliwości lekarza. Można ją podzielić na dokumenty, które są potrzebne lub przydatne lekarzowi w codziennej pracy oraz inne, niezbędne z uwagi na kwestie formalne. Przeprowadzenie szczegółowej oceny kompetencji do prowadzenia poszczególnych typów

dokumentacji medycznej jest uzasadnione i pozwoliłaby na właściwą organizację obowiązku prowadzenia dokumentacji w celu zachowania zasobów deficytowych takich jak czas i dostępność lekarza. Ponadto zdecydowanie warto wdrażać rozwiązania polegające na ułatwieniu prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji w formie elektronicznej tam, gdzie byłoby to optymalne.

Przeszkodą w implementacji rozwiązań może być opór pracowników przed zmianami, dlatego ważne jest odpowiednie komunikowanie planów i wskazywanie ich wartości. Zmiany wynikające z inicjatywy i potrzeb pracowników mogą być bardziej akceptowalne, dlatego warto je dostrzegać i ewentualnie wdrażać.

Poniżej wskazano zalecenia w skali całego systemu ochrony zdrowia, gdyż brak konsekwentnej polityki zdrowotnej znacząco utrudnia lub wręcz uniemożliwia implementację zmian. Odwołując się do wskazywanych przez środowisko lekarskie i innych ekspertów działań ukierunkowanych na optymalizację działania systemu ochrony zdrowia w Polsce można wskazać:

- zmianę modelu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia,
- wprowadzenie zmian w organizacji szpitalnictwa w Polsce poprzez dostosowanie ich do realnych potrzeb pacjentów (MZ, 2019),
- rozwiązanie problemu braku personelu medycznego,
- likwidację biurokracji w ochronie zdrowia (PR OZZL, 2016),
- efektywne wykorzystanie miejsc akredytacyjnych na szkolenie specjalizacyjne lekarzy,
- dopasowanie systemu wynagradzania do kwalifikacji pracowników (Piszczygłowa, 2022),
- wycofanie poparcia dla masowego otwierania kierunków lekarskich bez zaplecza dydaktycznego, pozbawionych pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej,
- wprowadzenie automatyzacji procesu refundacji w celu zdjęcia z lekarzy obowiązku określania tego poziomu (NIL, 2023a).

Wskazane powyżej działania zidentyfikowane w skali makro w wielu obszarach powiązane są z rekomendacjami przedstawionymi dla skali mikro, gdyż ich cel ukierunkowany jest na poprawę jakości funkcjonowania szpitali i optymalizację pracy wykonywanej przez lekarzy.

W niniejszej pracy szczegółowa eksploracja wszystkich zagadnień dotyczących zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w kontekście czynników środowiska pracy nie była możliwa biorąc pod uwagę obszerny zakres podjętej w pracy problematyki. Autorka w oparciu o sugestie ekspertów, jak również własne obserwacje wskazuje proponowane kierunki dalszych badań w omawianym zakresie.

- Przeprowadzone badania zdecydowanie warto byłoby przeprowadzić w innych województwach. Jak wspomniano wcześniej, w różnych województwach w Polsce występują różnice między warunkami w zakresie publicznej ochrony zdrowia (por. Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2023; Eurostat, 2021b; NIK, 2017).
- Niezwykle przydatnym byłoby rozszerzenie badań wśród lekarzy innych specjalizacji, w szczególności specjalizacjach określonych jako deficytowe.
- Cennym byłoby powtórzenie badania w kolejnych latach dla zaobserwowania tendencji zmian występowania poszczególnych czynników determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce.
- Istotne byłoby szczegółowe zbadanie wybranych czynników wskazanych w kwestionariuszu ankietowym. Z uwagi na wartość związaną z zachowaniem przystępności kwestionariusza ankietowego niemożliwe było głębokie i rozległe odniesienie się do wszystkich czynników z uwzględnieniem szczegółowych opisów.
- Cenne informacje stanowiłoby to, dokąd i dlaczego lekarze odchodzą ze szpitali publicznych. Pomogłoby to określić kluczowe czynniki determinujące dobrowolne odejścia oraz wskazać możliwe do wdrożenia działania przeciwdziałające. Badania ankietowe (ang. *exit interview*) dotyczące czynników odejścia, prowadzone w zakresie poszczególnych szpitali i transferowane na skalę województwa pozwoliłyby ustalić czynniki wspierające zatrzymanie pracowników.
- Warto byłoby przygotować badania sprawdzające różnice pokoleniowe w odpowiedziach i ocenić, czy mają one statystycznie istotne znaczenie w kontekście znaczenia czynników determinujących pozostanie w szpitalu lub odejście.
- Interesującym badaniem byłaby również analiza różnic w zakresie czynników determinujących zatrzymanie pracowników w sektorze publicznym i prywatnym oraz ich porównanie.

Autorka jest przekonana, że przesłankę do prowadzenia dalszych badań będą stanowić również pojawiające się nowe czynniki środowiska pracy w związku z zachodzącymi zmianami w organizacji i otoczeniu, a także uwarunkowania związane ze zjawiskami mającymi znaczenie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, jak pandemia COVID-19, masowe otwieranie kierunków lekarskich, czy napływ lekarzy z innych krajów, w tym głównie z Ukrainy.

## Podsumowanie

Niniejszy rozdział w szczególności dotyczy analizy empirycznej pracy, w której wykorzystano różne metody i narzędzia badawcze, właściwe dla prowadzonych badań. W badaniach ilościowych autorka przygotowała kwestionariusze ankietowe, które wykorzystano do zbadania opinii lekarzy we współpracy z Komisją ds. Szpitalnictwa NIL. W wyniku dotarcia do lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej zatrudnionych w szpitalach I, II, III stopnia i ogólnopolskich włączonych do sieci PSZ w latach 2023-2027 w Wielkopolsce, została zebrana reprezentatywna próba odpowiedzi dla zdefiniowanej populacji. W celu uzupełnienia wyników badań ilościowych, przeprowadzono badania jakościowe w postaci indywidualnych wywiadów pogłębionych z osobami określonymi jako eksperci. Wyznaczono dwie grupy ekspertów, uwzględniając przedstawicieli środowiska naukowego oraz przedstawicieli WIL lub lekarzy ze stopniem naukowym minimum doktora. Łącznie odbyło 10 spotkań, uzyskując saturację odpowiedzi.

Na podstawie wyników badań określono, że występują wspólne czynniki przyciągające dla przekrojów specjalizacji i typu szpitala, takie jak organizacja pracy, motywacja do pracy, czy stosunek do pracy. Ponadto, stwierdzono, że czynniki psychospołeczne są niezwykle istotne dla lekarzy i mogą stawać się coraz ważniejsze dla ich zatrzymania. Wśród czynników wypychających zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za popełnione błędy wynikające z niewłaściwej organizacji pracy lub przeciążenia obowiązkami jest najczęściej powtarzającym się czynnikiem wskazanym przez lekarzy, jak również szeroko dyskutowanym przez ekspertów.

Wyniki badań i wyciągnięte na ich podstawie wnioski umożliwiły zaproponowanie rekomendacji możliwych do wdrożenia w szpitalach publicznych. Autorka wyodrębniła rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia oraz poszczególnych podmiotów, podkreślając znaczenie podejmowania działań oddolnych, które mogą pozytywnie przyczynić się do zatrzymania lekarzy.

Na końcu zaprezentowano możliwe kierunki dalszych badań, w szczególności uwzględniając poszerzenie badań o inne województwa, specjalizacje, a także kolejne lata. Ponadto, pogłębienie wybranych wątków z kwestionariusza ankietowego, porównanie czynników względem sektora publicznego i prywatnego, a także zbadanie przyczyn odejść lekarzy.

## Zakończenie

Całościowe ujęcie rozległej i złożonej, a także dynamicznej problematyki dotyczącej zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych w Polsce stanowi wyzwanie. Poruszając się w tym skomplikowanym obszarze należy wziąć pod uwagę dwa ryzyka. Z jednej strony należy w rozważaniach unikać podejścia zbyt ogólnego, bez zwracania uwagi na istotne aspekty specyficzne dla działalności podmiotów leczniczych, z drugiej strony zbyt głębokiego wnikania w detale odnoszące się do poszczególnych jednostek. Specyfika udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności uwarunkowania prawne w zakresie zatrudniania pracowników i funkcjonowania placówek wskazują na konieczność wykorzystywania dostosowanych narzędzi zarządzania, uwzględniając dobro pacjenta (Czerw i Religioni, 2012). Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów, jakość świadczonych usług i osiągnięte rezultaty zdrowotne, kluczowa jest właściwa organizacja, finansowanie i zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Nowoczesna ochrona zdrowia składa się z powiązanych wielu elementów, które wymagają współdziałania i sprawnego zarządzania, a także wyznaczania nowych kierunków rozwoju (MZ, 2021). Poszukując metod lub narzędzi zarządzania w szpitalach publicznych należy mieć na uwadze, że podmioty lecznicze są specyficznymi organizacjami, których nie można traktować w sposób porównywalny z innymi przedsiębiorstwami (Czerw i Religioni, 2012). Nie zmienia to jednak faktu, że opieka szpitalna stanowi niezbędną i nieodłączną część systemów opieki zdrowotnej w Europie i na świecie (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69).

W Polsce na przestrzeni lat kolejne partie rządzące podejmowały wysiłki ukierunkowane na poprawę działania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Obserwując obecną sytuację można uznać, że działania te miały charakter jedynie doraźny i często niekonsekwentny by mogły znacząco poprawić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (Waśniewski i Strumiłło, 2020). Niezmiennie stanowi to wyzwanie i generuje konieczność podjęcia pracy. Perspektywa zmian w szpitalach publicznych w Polsce zależy od rozpoznania szans i zrozumienia istniejących ograniczeń. Z uwagi na niewydolność systemu ochrony zdrowia w Polsce na różnych płaszczyznach, wyłącznie działania wdrażane z poziomu poszczególnych podmiotów leczniczych mogą stanowić fundament do podejmowania kolejnych działań naprawczych (Dobska, 2018). Uwzględniając powody dobrowolnego odchodzenia pracowników należy zwrócić szczególną uwagę na przyczyny

wewnątrzorganizacyjne, które stanowią jeden z kluczowych obszarów. Zatrzymanie pracowników jest możliwe poprzez podjęcie działań w zakresie kształtowania środowiska pracy, gdyż budowanie pozytywnego środowiska pracy wspiera zatrzymanie pracowników (Bugajska, Hildt-Ciupińska, 2012).

Głównym motywem podjęcia problematyki stanowiącej przedmiot rozważań w niniejszej pracy doktorskiej było przekonanie autorki o potrzebie ujęcia zagadnienia dotyczącego zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce w odniesieniu do środowiska pracy w oparciu o przesłanki naukowe z uwzględnieniem aspektów praktycznych. Podłoże do podjęcia działań wyniknęło zarówno ze zidentyfikowanej luki poznawczej przejawiającej się między innymi nieścisłością terminologiczną w zakresie stosowanych pojęć odnoszących się do zatrzymania pracowników, a także luką badawczą związaną z brakiem empirycznego zweryfikowania dostępnej wiedzy w zakresie wskazania czynników środowiska pracy determinujących zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. Z praktycznego punktu widzenia w kontekście zjawiska głębokiego niedoboru lekarzy, ich dostępności i chęci kontynuowania przez nich pracy, kluczowe jest poszukiwanie rozwiązań możliwych do zaimplementowania w podmiotach leczniczych. Jest to niezwykle istotne w celu zatrzymania lekarzy i tym samym zapewnienia ciągłości funkcjonowania organizacji.

Przeprowadzone w pracy doktorskiej rozważania teoretyczne, badania i ich wyniki oraz sformułowanie wnioski pozwalają stwierdzić, że założony cel i cele szczegółowe zostały spełnione. Do rezultatów teoretycznych należy uporządkowanie pojęć w zakresie definiowania retencji pracowników, a także identyfikacja i klasyfikacja problemów związanych z zatrzymaniem lekarzy. Za osiągnięcie można również wskazać przygotowanie pojęcia środowiska pracy w kontekście zatrzymania pracowników oraz identyfikację, charakterystykę i systematyzację czynników środowiska pracy. Z perspektywy naukowej uporządkowanie treści związanych z zatrzymaniem pracowników jako rezultat teoretyczny wypełnia lukę pojęciową w obszarze retencji pracowników. Analiza danych dotyczących pozyskania i zatrzymania lekarzy obrazuje skalę i cechy zjawiska, a klasyfikacja czynników środowiska pracy umożliwia przygotowanie i przeprowadzenie badań. Do rezultatów empirycznych należy zaliczyć wyznaczenie czynników determinujących zatrzymanie lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w szpitalach publicznych w Wielkopolsce. Ponadto, w efekcie sformułowano wnioski odnoszące się do przeprowadzonych badań

ilościowych i wskazano rekomendacje możliwe do wdrożenia w szpitalach publicznych. Uzyskane rezultaty stanowią oryginalne rozwiązanie problemu naukowego i można je uznać za wkład w rozwój nauk o zarządzaniu i jakości, w zakresie teoretycznym oraz empirycznym.

W związku z obszernym zakresem poruszanej problematyki i wielowątkowością zagadnień, niemożliwa była dogłębna eksploracja wszystkich zagadnień. W związku z powyższym za rezultat poznawczy można również uznać wskazanie kierunków dalszych badań w celu pogłębienia badań w zakresie podjętych rozważań. W szczególności poszerzenie badań na inne województwa oraz wśród lekarzy innych specjalizacji, w tym innych specjalizacji deficytowych. Ponadto, wartościowe byłoby powtórzenie badań w kolejnych latach w celu zaobserwowania tendencji zmian występowania czynników w kontekście uwarunkowań politycznych, ekonomicznych, społecznych i technologicznych. Dodatkowo, istotne byłoby pogłębione zbadanie wybranych spośród wskazanych czynników. Stwierdzono również wartość określenia przyczyn i kierunków odejść lekarzy, porównanie czynników determinujących zatrzymanie lekarzy w sektorze publicznym i prywatnym, sprawdzenia potencjalnych różnic pokoleniowych w kontekście postrzegania wagi poszczególnych czynników.

Podsumowując, autorka niniejszej pracy doktorskiej wyraża nadzieję, że przygotowana rozprawa będzie stanowić podłoże do owocnych dyskusji i stawiania dalszych pytań w celu prowadzenia przyszłych badań. Temat zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce jest niezwykle ważny, jak również stale aktualny zwłaszcza w perspektywie dynamicznie i nieustannie zachodzących zmian na wielu płaszczyznach.

## Bibliografia

- Abbasi, S., Hollman, K. (2000). Turnover: The Real Bottom Line. *Public Personnel Management* 29(3), 333–342. <https://doi.org/10.1177/009102600002900303>
- Adamczyk, M. (2017). Aging of the Polish Society As a Challenge. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, 1981*, 105–113. <https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-4522971b-fd79-4673-9ed6-ddad6e172224>
- Adamska-Chudzińska, M. (2020). Employee retention management in the context of situational leadership. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 62 (2/2020). <https://doi.org/10.15584/nsawg.2020.2.14>
- Ain, O. (2020). Design Firms Workplace Environment. *The Academic Research Community Publication*, 4(1):6. <https://doi.org/10.21625/archive.v4i1.696>
- Akila, R. (2012). A study on employee retention among executives at bgr energy systems ltd, chennai. *International Journal of Marketing, Financial Services & Management Research*, 1(9). <https://docplayer.net/23861663-A-study-on-employee-retention-among-executives-at-bgr-energy-systems-ltd-chennai.html>
- Alias, N., Zailan, N., Jahya, A., Othman, R., Sahiq, A. (2019). The Effect of Supportive Work Environment on Employee Retention at Malaysia Information, Communication, and Technology (ICT) Industry. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(8), 61–77. [https://hrmars.com/papers\\_submitted/6210/the-effect-of-supportive-work-environment-on-employee-retention-at-malaysia-information-communication-and-technology-ict-industry.pdf](https://hrmars.com/papers_submitted/6210/the-effect-of-supportive-work-environment-on-employee-retention-at-malaysia-information-communication-and-technology-ict-industry.pdf)
- Alilyyani B., Wong C., Cummings G. (2018). Antecedents, Mediators, and Outcomes of Authentic Leadership in Healthcare: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001>
- Anis, A., Nasir, A., Ur-Rehman, I., Safwan, N. (2010). Employee retention relationship to training and development: A compensation perspective. *African Journal of Business Management*, 5(7), 2679-2685. <https://doi.org/10.5897/AJBM10.1036>
- Antal (2016). Attrition - odpływ pracowników z organizacji - edycja 2. <https://antal.pl/wiedza/raport/attrition-odplyw-pracownikow-z-organizacji-edycja-2>
- Antczak, Z. (2010) Odejścia Pracowników z organizacji. W: T. Listwan (red.), *Zarządzanie Kadrami*. Wydawnictwo C.H. Beck.

- Ansari, K., Bijalwan, P. (2017). Team Effectiveness: A Relational Approach with Employee Retention. *Metamorphosis: A Journal of Management Research*, 16(2), 115–121. <https://doi.org/10.1177/0972622517731408>
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Armstrong, M., Taylor, S. (2016). Zarządzanie zasobami ludzkimi. *Wolters Kluwer*.
- Armstrong, R., Hilton, A. (2010). Statistical analysis in microbiology. *Wiley-Blackwell*. <https://doi.org/10.1002/9780470905173.ch24>
- Augenza, B., Som, A. (2018). Motivational factors of employee retention and engagement in organizations. *International Journal of Advances in Management and Economics*, 1(6), 88–95. <https://www.managementjournal.info/index.php/IJAME/article/viewFile/233/222>
- Baas, J., Schotten, M., Plume, A., Côté, G., Karimi, R. (2020). Scopus as a curated, high-quality bibliometric data source for academic research in quantitative science studies. *Quantitative Science Studies*, 1(1), 377–386. [https://doi.org/10.1162/qss\\_a\\_00019](https://doi.org/10.1162/qss_a_00019)
- Babbie, E. (2004). The practice of social research. *Wydawnictwo Naukowe PWN*.
- Baliński, P., Krajewski, R. (2017). Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna, *Naczelna Izba Lekarska w Warszawie*. [https://nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf](https://nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf)
- Bansal, S. (2014). Employee Retention Strategies. *International Journal of Research in Management & Social Science*, 2/2(2014). [http://www.empyreal.co.in/downloads/IJRMSS%20Volume-2-Issue-2\(II\)-April-June%202014.pdf#page=65](http://www.empyreal.co.in/downloads/IJRMSS%20Volume-2-Issue-2(II)-April-June%202014.pdf#page=65)
- Banerjee, A. (2019). Failure of Employee Retention and its Consequences on Organisation Through Content Analysis. *International Journal of Research - Granthaalayah*, 7(3), 200-207. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v7.i3.2019.960>
- Bao, Y., Zhong, W. (2019). Public service motivation matters: examining the differential effects of challenge and hindrance stressors on organizational identification and turnover intention. *Public Management Review*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1699944>
- Barnes T., Yu T., Webster C. (2019). Preparedness of medical students and junior doctors for their role as clinical leaders: A systematic review. *Medical Teacher*, 42:1, 79-85. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1665632>

- Bartolucci, F., Scrucchi, L. (2010). Point Estimation Methods with Applications to Item Response Theory Models. *International Encyclopedia of Education*, 366–373. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-044894-7.01376-2>
- Bartosińska, D., Jankiewicz-Siwiek, A. (2006). Metoda reprezentacyjna i jej wybrane zastosowania w badaniach społeczno-gospodarczych. *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia*, XL, 15. [http://bc.umcs.pl/Content/39483/PDF/czas9547\\_40\\_2006\\_15.pdf](http://bc.umcs.pl/Content/39483/PDF/czas9547_40_2006_15.pdf)
- Baumann, A. (2007). Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care - information and action tool kit. *International Council of Nurses*. [https://www.caccn.ca/files/ind\\_kit\\_final2007.pdf](https://www.caccn.ca/files/ind_kit_final2007.pdf)
- Baumruk, R. (2006). Why managers are crucial to increasing engagement: Identifying steps managers can take to engage their workforce. *Strategic HR Review*, 5(2), 24–27. <https://doi.org/10.1108/14754390680000863>
- Bednarowska, Z. (2015). Desk research — wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych. *Marketing i Rynek*, 7, 18-26. [http://www.marketingirynek.pl/files/1276809751/file/mir\\_7\\_2015\\_bednarowska.pdf](http://www.marketingirynek.pl/files/1276809751/file/mir_7_2015_bednarowska.pdf)
- Bendkowski, J. (2016). Badania Jakościowe – Wybrane problemy, odniesienia do logistyki stosowanej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej – Organizacja i Zarządzanie*, 1949. <https://bibliotekanauki.pl/articles/327002>
- Beukelman, T., Brunner, H. (2016). Trial Design, Measurement, and Analysis of Clinical Investigations. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, 54–77. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-24145-8.00006-5>
- Binder, P (2022). Wywiady online w badaniach jakościowych okresu pandemii: inkluzywny potencjał, zagrożenie wykluczeniem i jakość gromadzonych danych. *Kultura i Edukacja*, 3(137). [https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10\\_15804\\_kie\\_2022\\_03\\_03/c/articles-2159147.pdf.pdf](https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_15804_kie_2022_03_03/c/articles-2159147.pdf.pdf)
- Bliski, B. (2016). Higiena pracy w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym. *Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*
- Britnell, M. (2019). Solving the global workforce crisis in healthcare. *Oxford University Press*.
- Brunner, H., Giannini, E. (2011). Trial design, measurement, and analysis of clinical investigations. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, 127–156. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-6581-4.10007-x>

- Boguszewska, K. (2019). Co po stażu?. *Gazeta Lekarska*, 6(2019). [https://papier.gazetalekarska.pl/pdf/Gazeta\\_Lekarska\\_06\\_2019.pdf?fbclid=IwAR0BWOj\\_1CXpCvPvNtPe3W5XN-qcHR-3S5HH0xpQLjaQlxV9TAeu7sXLeXo](https://papier.gazetalekarska.pl/pdf/Gazeta_Lekarska_06_2019.pdf?fbclid=IwAR0BWOj_1CXpCvPvNtPe3W5XN-qcHR-3S5HH0xpQLjaQlxV9TAeu7sXLeXo)
- Booth, A., Sutton, A., Papaioannou, D. (2016). Systematic Approaches to a Successful Literature Review. *SAGE Publications*. [https://www.researchgate.net/profile/Andrew-Booth2/publication/235930866\\_Systematic\\_Approaches\\_to\\_a\\_Successful\\_Literature\\_Review/links/5da06c7f45851553ff8705fa/Systematic-Approaches-to-a-Successful-Literature-Review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Andrew-Booth2/publication/235930866_Systematic_Approaches_to_a_Successful_Literature_Review/links/5da06c7f45851553ff8705fa/Systematic-Approaches-to-a-Successful-Literature-Review.pdf)
- Borkowska, S. (2014). Rola zaangażowania pracowników. Zarządzanie poprzez zaangażowanie. *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, 2014 2(97). <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-efc09f9a-5ad8-457b-8372-21649ab39f82>
- Bromber, P. (2017). Interesariusze w systemie ochrony zdrowia. Rola państwa. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 5/2017 (89), cz. 1. <https://doi.org/10.18276/frfu.2017.89/1-42>
- Brzeziński, J. (2008). Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice. *Wydawnictwo Naukowe Scholar*.
- Buchelt, B., Kowalska-Bobko, I. (2020). Zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia w czasie pandemii. *Centrum Polityk Społecznych*. <https://politykipubliczne.pl/wp-content/uploads/2020/10/Zarzadzanie-zasobami-ludzkimi-w-systemie-ochrony-zdrowia-w-czasach-pandemii.pdf>
- Bugajska, J., Hildt-Ciupińska, K. (2012). Ocena działań ukierunkowanych na utrzymanie zatrudnienia przez starszych pracowników w Polsce. *Medycyna Pracy*, 2012, 63(4), 453–462. [http://oldwww.imp.lodz.pl/upload/oficyna/czasopisma/MP\\_4-2012\\_J\\_Bugajska.pdf](http://oldwww.imp.lodz.pl/upload/oficyna/czasopisma/MP_4-2012_J_Bugajska.pdf)
- Bukowska, U., Łukasiewicz, G. (2017). Wynagrodzenia jako czynnik stabilizujący zatrudnienie w organizacji. *Organizacja i kierowanie*, 3, 79-94. [https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/czasopisma/oik/numery/Documents/2017\\_3\\_177/bukowska-lukasiewicz-wynagrodzenia-jako-czynnik-stabilizujacy-zatrudnienie-w-organizacji.pdf](https://ssl-kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/czasopisma/oik/numery/Documents/2017_3_177/bukowska-lukasiewicz-wynagrodzenia-jako-czynnik-stabilizujacy-zatrudnienie-w-organizacji.pdf)
- Bukowska-Piestrzyńska, A. (2014). Lekarz i przedsiębiorczość: od teorii do praktyki. *ABC a Wolters Kluwer Business*.
- Bukowski, H., Czech, M., Kozłowski, Ł., Nojszewska, E., Starczewska-Krzysztozek, M. (2020). Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia, Zespół Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. *INFARMA*. <https://innowo.org/userfiles/Raport%20Covid-19%20PL.pdf>

- Bukowski, H., Pogorzelski, K. (2019). Polish Healthcare Sector Overview, evolution and opportunities. *Blackpartners*.  
<https://www.innowo.org/userfiles/publikacje/Polish%20Healthcare%20Sector.pdf>
- Busetto, L., Wick, W., Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Campbell, R., Goodman-Williams, R., Feeney, H., Fehler-Cabral, G. (2018). Assessing Triangulation Across Methodologies, Methods, and Stakeholder Groups: The Joys, Woes, and Politics of Interpreting Convergent and Divergent Data. *American Journal of Evaluation*. <https://doi.org/10.1177/1098214018804195>
- Castro-Lopes, S., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources Health*, 15, 21. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0195-2>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B., Gurses, A., Alvarado, C., Smith, M., Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 50-58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Chodkowski, Z. (2019). Adaptacja człowieka do środowiska pracy. *Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego*.
- Cholewa-Wiktor, M. (2014). Efektywność w szpitalach publicznych. *Studia Ekonomiczne*, 180, 2.  
[https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/4\\_M.Cholewa-Wiktor\\_Efektywnosc\\_w\\_szpitalach....pdf](https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/_migrated/content_uploads/4_M.Cholewa-Wiktor_Efektywnosc_w_szpitalach....pdf)
- Chudzicki, J. (2022). Praktyczny Wymiar Procesów Zarządczych w Obszarze Organizacji Bezpiecznych i Higienicznych Warunków Pracy. *Zeszyty Naukowe WSH, Zarządzanie*, 2022(3), 119-135. <https://zeszytyhumanitas.pl/api/files/view/1969005.pdf>
- Clarivate (2021). Web of Science: Social Sciences Citation Index.  
<https://clarivate.com/webofsciencelgroup/solutions/webofscience-ssci/>
- Coz, J., Diez, J., Bahamonde, A. (2009). Learning Nondeterministic Classifiers. *Journal of Machine Learning Research*, 10(2009), 2273-2293.  
<https://www.jmlr.org/papers/volume10/delcoz09a/delcoz09a.pdf>
- Cynk, R. (2016). Methods of retaining the most valuable employees in organization. *Journal of Modern Management Process*, 1(1).  
<https://journalmmp.com/index.php/jmmp/article/view/10>

- Czerw, A., Religioni, U. (2012). Ekonomia podmiotów leczniczych w świetle obowiązujących uregulowań prawnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(3), 471-477. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-3-471.pdf>
- Das, B., Baruah, M. (2013). Employee Retention: A Review of Literature. *IOSR Journal of Business and Management*, 14(2). <https://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol14-issue2/B01420816.pdf?id=7380>
- Deloitte (2021). The social enterprise in a world disrupted. Leading the shift from survive to thrive. <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/focus/human-capital-trends/2021/social-enterprise-survive-to-thrive.html>
- Deloitte (2022). Od fali odejść do fali zmian. Czy jesteśmy gotowi na nowe podejście do pracy? <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/human-capital/articles/od-fali-odejsc-do-fali-zmian.html>
- Dobrowolska, M. (2015). Zmieniające się środowisko pracy a różnice indywidualne. W: B., Komar J., Biedrońska, A., Szewczenko (red.), *Badania interdyscyplinarne w architekturze, Badania przedprojektowe i okołoprojektowe w kształtowaniu środowiska zbudowanego*. Wydział Architektury Politechniki Śląskiej.
- Dobska, M. (2013). Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym. *Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu*.
- Dobska, M. (2018). Zarządzanie podmiotem leczniczym. *PZWL Wydawnictwo Lekarskie*.
- Dobska, M. (2021). Zarządzanie w opiece zdrowotnej w czasie COVID-19. *Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu*.
- Dobska, M. (2022). Skutki społeczne pandemii – relacyjny kryzys. W: M., Dobska E., Kosiński, M. Urbaniak (red.), *Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Wyzwania i rekomendacje zmian*. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Poznaniu
- Dolot, A. (2019). Przyczyny odchodzenia pracowników z organizacji. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 5(977). <https://zeszyty-naukowe.uek.krakow.pl/article/view/1620/1263>
- Domagała, A. (2018). Health workforce: personnel shortages and ways to overcome them. W: E. Balcerowicz (red.), *What's next for healthcare in Poland: diagnosis and prognosis* (s. 38-42). Center for Social and Economic Research

- Döringer, S. (2020). The problem-centred expert interview. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(3), 265–278. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766777>
- Draucker, C., Rawl, S., Vode, E., Carter-Harris, L. (2020). Integration Through Connecting in Explanatory Sequential Mixed Method Studies. *Western Journal of Nursing Research*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389099/>
- Dubas-Jakóbczyk, K., Sowada, C., Kocot, E. (2021). *Ekonomika organizacji świadczącej usługi medyczne: ekonomiczna analiza szpitala*. W: C. Sowada (red.), *Ekonomika świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie
- Dźwigoł, H., Dźwigoł-Barosz, M. (2020). Research Processes and Methodological Triangulation. *Scientific Papers of Silesian University of Technology, Organization and Management series*, 148. <https://doi.org/10.29119/16413466.2020.148.12>
- El Koussa, M., Atun, R., Bowser, D., Kruk, M. (2016). Factors influencing physicians' choice of workplace: systematic review of drivers of attrition and policy interventions to address them. *Journal of Global Health*. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.020403>
- Engetou, M. (2017). Impact of insufficient personnel on organizational performance. *Centria University of Applied Sciences - Business Management*. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141344/Marok%20Engetou%20Thesis.pdf?sequence=1>
- Eurofound (2017). 6<sup>th</sup> European Working Conditions Survey. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1634en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf)
- Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (2006). *Badania nad stresem związanym z pracą*. <https://osha.europa.eu/en/publications/report-research-work-related-stress>
- Eftimov, T., Popovski, G., Petković, M., Koroušić Seljak, B., Kocov, D. (2020). COVID-19 pandemic changes the food consumption patterns. *Trends in Food Science & Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2020.08.017>
- Eurostat (2021a). Health graduates. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_rs\\_grd&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_grd&lang=en)
- Eurostat (2021b). Physicians or doctors by regions. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tgs00062/default/table?lang=en>

- Fogt, B. (2012). Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952 – 2005 – rozprawa doktorska. *Katedra Nauk Społecznych Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*.  
<https://www.wbc.poznan.pl/Content/249324/PDF/index.pdf>
- Fortes, A., Tian, L., Huebner, E. (2020). Occupational Stress and Employees Complete Mental Health: A Cross-Cultural Empirical Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17103629>
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). Metody badawcze w naukach społecznych. *Wydawnictwo Zysk i S-ka*.
- Frąckiewicz-Wronka, A., Saryusz-Wolska, H. (2007). Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego. W: A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej* (s. 144). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Fernald, D., Duclos, C. (2005). Enhance Your Team-Based Qualitative Research. *The Annals of Family Medicine*, 3(4), 360–364. <https://doi.org/10.1370/afm.290>
- Fundacja Republikańska (2022). Prezentacja Map Dochodów i Wydatków Państwa 2022. <https://mapawydatkow.pl/maps?year=2022&id=1001442>
- Gembalska-Kwiecień, A. (2003). Prawidłowe kształtowanie środowiska pracy jako jeden z elementów podnoszenia bezpieczeństwa pracy. *System wspomagania w inżynierii produkcji - Środowisko i Bezpieczeństwo w Inżynierii Produkcji*, 3(5), 95-108. <https://docplayer.pl/3693753-Prawidlowe-ksztaltowanie-srodowiska-pracy-jako-jeden-z-elementow-podnoszenia-bezpieczenstwa-pracy.html>
- George, C. (2015). Retaining professional workers: what makes them stay?. *Employee Relations*, 37(1), 102–121. <https://doi.org/10.1108/er-10-2013-0151>
- Ghasemi, A., Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Glinka, B., Czakon, W. (2021). Podstawy badań jakościowych. *Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne S.A.*.
- Głowacka, D. (2004). Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia. W: D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*. Termedia Wydawnictwa Medyczne.

- Głowacka, D., Mojs, E. (2008). Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne. *Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*.
- Głowacka, D., Mojs, E. (2015). Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych. *Wolters Kluwer Polska SA*.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/8/1/zdrowie\\_i\\_ochrona\\_zdrowia\\_w\\_2017.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/8/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2017.pdf)
- Główny Urząd Statystyczny (2019). Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Raport końcowy. <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/uslugi-publiczne/uslugi-publiczne-w-zakresie-ochrony-zdrowia,3,1.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2022). Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego na 10 tys. ludności. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica,K22,G265,P3173>
- Główny Urząd Statystyczny (2022a). Pojęcia stosowane w statystyce publicznej - szpital. <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3908,pojecie.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2022b). Pojęcia stosowane w statystyce publicznej - zdrowie. <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/896,pojecie.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2022c). Oszacowanie zasobów kadry medycznej w oparciu o źródła administracyjne - lekarze i lekarze dentyści. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6329/14/1/1/badania\\_eksperymentalne\\_lekarze\\_i\\_lekarze\\_dentysci\\_2019.docx](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6329/14/1/1/badania_eksperymentalne_lekarze_i_lekarze_dentysci_2019.docx)
- Główny Urząd Statystyczny (2023). Pojęcia stosowane w statystyce publicznej - lekarz. <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/635,pojecie.html>
- Gojny-Zbierowska, M. (2016). Znaczenie postrzegania organizacji przez pracownika we współczesnych naukach o zarządzaniu. *Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 306. <https://www.sbc.org.pl/dlibra/publication/285793/edition/270352/content?ref=des>
- Gołembski, M., Wojtkowiak, G. (2016). Znaczenie ryzyka kadrowego w realizacji funkcji personalnej w przedsiębiorstwie. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej – Organizacja i Zarządzanie*, 88. <http://organizacjaizarzadzanie.blogspot.com/2016/06/2016-zeszyt-88.html>

- Gołembski, M. (2019). Funkcja personalna w przedsiębiorstwie. Aktualne trendy i perspektywy rozwoju. *Wydawnictwo CeDeWu*.
- Górska, E., Lewandowski, J. (2010). *Zarządzanie i organizacja środowiska pracy*. Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej.
- Grant, M. J., Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Griffin, R. (2017). Podstawy zarządzania organizacjami. *Wydawnictwo Naukowe PWN*.
- Griffeth, R., Hom, P. (2001). Retaining valued employees. W: J., Hausknecht, J., Rodda, M., Howard (2009). *Targeted employee retention: Performance-based and job-related differences in reported reasons for staying*. *Human Resource Management*, 48(2), 269–288. DOI: 10.1002/hrm.20279
- Grycner, S. (2015). Polityka Zdrowotna. *Wydawnictwo CeDeWu Sp z o.o.*
- Górecka, K. (2010). Znaczenie i przedmiot zarządzania zasobami ludzkimi. *Przegląd Naukowo-Metodyczny, Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 3, 51-56. [https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Przegląd\\_Naukowo\\_Metodyczny\\_Edukacja\\_dla\\_Bezpieczeństwa/Przegląd\\_Naukowo\\_Metodyczny\\_Edukacja\\_dla\\_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3/Przegląd\\_Naukowo\\_Metodyczny\\_Edukacja\\_dla\\_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3-s51-56/Przegląd\\_Naukowo\\_Metodyczny\\_Edukacja\\_dla\\_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3-s51-56.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Przegląd_Naukowo_Metodyczny_Edukacja_dla_Bezpieczeństwa/Przegląd_Naukowo_Metodyczny_Edukacja_dla_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3/Przegląd_Naukowo_Metodyczny_Edukacja_dla_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3-s51-56/Przegląd_Naukowo_Metodyczny_Edukacja_dla_Bezpieczeństwa-r2010-t-n3-s51-56.pdf)
- Górski, P., Ryłko, E. (2018). Przygotowanie menedżerów do problemów rynku pracownika. Programy kształcenia menedżerów wobec problemów różnorodności i równowagi praca-życie. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 512. [https://www.dbc.wroc.pl/Content/45683/Gorski\\_Przygotowanie\\_Menedzerow\\_Do\\_Problemow\\_Rynku\\_Pracownika\\_2018.pdf](https://www.dbc.wroc.pl/Content/45683/Gorski_Przygotowanie_Menedzerow_Do_Problemow_Rynku_Pracownika_2018.pdf)
- Gupta, A., Mishra, P., Pandey, C., Singh, U., Sahu, C., Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67. [https://doi.org/10.4103/aca.aca\\_157\\_18](https://doi.org/10.4103/aca.aca_157_18)
- Heerwagen, J., Kelly, K., Kampschroer, K. (2016). The Changing Nature Of Organizations, Work, And Workplace. *Whole Building Design Guide*. <https://www.wbdg.org/resources/changing-nature-organizations-work-and-workplace>
- Haase H., Franco M. (2020). Leadership and collective entrepreneurship: evidence from the health care sector. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 33, 3, 368-385. <https://doi.org/10.1080/13511610.2020.1756231>

- Hellich, E., Wierzowiecka, A. (2017). Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia. *Zeszyty naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*. <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.cejsh-67573f31-5c91-437a-82e3-ba327c8dabd8/c/06.pdf>
- Hensher, M., Edwards, N. (2002). The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. W: M., McKee, J., Helay (red.), *Hospitals in changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Serie.
- Holtom, B., Inderrieden, E. (2006). Integrating the unfolding model and job embeddedness model to better understand voluntary turnover. *Journal of Managerial Issues*, 18(4), 432-452. [https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=mgmt\\_fac](https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=mgmt_fac)
- Hom, P., Mitchell, T., Lee, T., Griffeth, R. (2012). Reviewing Employee Turnover: Focusing on Proximal Withdrawal States and an Expanded Criterion. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/a0027983>
- In, J. (2017). Introduction of a pilot study. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(6), 601. <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.6.601>
- Indradevi, R., Veronica, E. (2018). The Outcome of Employee Commitment in Healthcare Industry. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 7(4S). [https://www.researchgate.net/publication/338800825\\_The\\_outcome\\_of\\_employee\\_commitment\\_in\\_Healthcare\\_Industry](https://www.researchgate.net/publication/338800825_The_outcome_of_employee_commitment_in_Healthcare_Industry)
- International Labour Organization (2019). The future of work in the health sector. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_669363.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_669363.pdf)
- International Labour Organization (2022). The impact of the Ukraine crisis on the world of work: Initial assessments. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/documents/briefingnote/wcms\\_844295.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/documents/briefingnote/wcms_844295.pdf)
- International Labour Organization (2023). World Employment and Social Outlook Trends [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms\\_865387.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_865387.pdf)
- Irzyńiec, T., Konodyba-Szymański, P., Szczerba, H. (2010). Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *Journal of Ecology and Health*, 14(6). <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BAR8-0009-0104>
- Ivankova, N., Creswell, J., Stick, S. (2006). Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods*, 18(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/1525822x05282260>

- Jachnis, A. (2008). Psychologia organizacji, *Wydawnictwo Difin S.A.*.
- Jack, E., Raturi, A. (2006). Lessons learned from methodological triangulation in management research. *Management Research News*, 29(6), 345–357. <https://doi.org/10.1108/01409170610683833>
- Jakimiuk, B. (2016). Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, XXIX, 4. <https://doi.org/10.17951/j.2016.29.4.43>
- Jeszka, A. (2013). Problemy badawcze i hipotezy w naukach o zarządzaniu. *Organizacja i Kierowanie*, nr 5/2013 (158). <https://bibliotekanauki.pl/articles/953783.pdf>
- Jędrzejczyk, T., Wojtecka, A., Zarzeczna-Baran, M. (2017). Szanse i zagrożenia ze strony sektora publicznego dla strategii rozwoju innowacji podmiotów leczniczych w zakresie e-zdrowia i telemedycyny. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej – Organizacja i Zarządzanie*, 113. <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-6d8f19b7-92f6-4cc7-addb-d95e5391c92d>
- Johnson, M., O'Hara, R., Hirst, E., Weyman, A., Turner, J., Mason, S., Quinn, T., Shewan, J., Siriwardena, N. (2017). Multiple triangulation and collaborative research using qualitative methods to explore decision making in pre-hospital emergency care, *BMC Medical Research Methodology*. <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0290-z>
- Joseph, B., Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 05-08/2016, 20(2): 71–72. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.19751>
- Kanownik, G. (2017). Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność usług zdrowotnych. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 1/2017 (85). <https://doi.org/10.18276/frfu.2017.1.85-49>
- Kautsch, M. (2015). Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. *Wydawnictwo Wolters Kluwer*.
- Khan, M., Aziz, S., Afsar, B., Lati, A. (2018). The Effect of Job Embeddedness on Turnover Intentions, Work Engagement and Job Performance. *Journal of Tourism & Hospitality*, 7(3). <https://doi.org/10.4172/2167-0269.1000354>
- Kilańska, D., Gorzkowicz, B., Sienkiewicz, Z., Lewandowska, M., Dominiak, I., Bielecki, W. (2016). Evaluation of chosen determinants of the positive practice environments (PPE) at Polish nursing wards. *Medycyna pracy*, 67(1), 11–9. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00225>

- Kocańda, K. (2018). Kilka uwag na temat telemedycyny. *Kardiologia i Prawo, Folia Cardiologica*, 13, 5, 489–493. <https://doi.org/10.5603/FC.a2018.0062>
- Jakimiuk, B. (2016). Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, XXIX, 4. <https://doi.org/10.17951/j.2016.29.4.43>
- Krzewińska, D., Olejniczak, D., Skonieczna, J. (2015). Problemy i bariery w procesie kształcenia zawodowego lekarzy – badanie własne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(3), 332–337. <https://doi.org/10.5604/20834543.1165363>
- Lewandowicz-Machnikowska, M. (2017). Wykonywanie zawodu lekarza a wolność pracy w Konstytucji RP i jej wybrane ograniczenia – stan obecny i wnioski de lege ferenda. *Medyczna Wokanda*, 9(2017). [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1579514663\\_07-lewandowicz-machnikowska.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1579514663_07-lewandowicz-machnikowska.pdf)
- Libakova, N., Sertakova, E. (2014). The Method of Expert Interview as an Effective Research Procedure of Studying the Indigenous Peoples of the North. *Journal of Siberian Federal University, Humanities & Social Sciences*, 1, 2015(8), 114-129. [https://elib.sfu-kras.ru/bitstream/handle/2311/16620/09%20\\_Libakova.pdf;jsessionid=E5186CEE8DFF918E7BCDFCF8D72E8582?sequence=1](https://elib.sfu-kras.ru/bitstream/handle/2311/16620/09%20_Libakova.pdf;jsessionid=E5186CEE8DFF918E7BCDFCF8D72E8582?sequence=1)
- Listwan, T. (2010). Zarządzanie kadrami. *Wydawnictwo C.H. Beck*.
- Kmiotek, K. (2016). Zaangażowanie pracowników w miejscu pracy. *Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej*.
- Kolasińska-Morawska (2023). Strategie badań mieszanych. W: Ł., Sułkowski, R., Lenart-Gansiniec (red.), *Metody badań mieszanych w naukach o zarządzaniu*. Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483, art. 61.1).
- Kopertyńska, W. (2009). Motywowanie pracowników: teoria i praktyka. *Drukarnia Wydawnictw Naukowych sp. z o.o.*
- Korporowicz, V. (2012). Zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Aspekty ekonomiczno-społeczne. *Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej w Warszawie*.

- KPMG (2018). Key Employer Challenges – jak firmy w Polsce budują doświadczenie pracownika? <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pl/pdf/2018/08/pl-Raport-KPMG-Key-Employer-Challenges-Jak-firmy-w-Polsce-buduja-doswiadczenie-pracownika.pdf>
- Król, M. (2012). Retencja versus elastyczność zatrudnienia : determinanty strategiczno-kulturowe. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d7bacf43-1db5-4754-b23c-d09a8641e210%40redis>
- Król, H., Ludwiczynski, A. (2007). Słownik Pojęć. W: H., Król, A. Ludwiczynski (red.), *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. Tworzenie Kapitału Ludzkiego*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Król, H. (2007). Podstawy koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi. W: H., Król, A. Ludwiczynski (red.), *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. Tworzenie Kapitału Ludzkiego*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krzeczewski, B. (2015). Wybrane procedury badawcze w nauce o finansach a metodologia nauk ekonomicznych. *Optimum. Studia Ekonomiczne*, 6(78), 2015. <https://doi.org/10.15290/ose.2015.06.78.07>
- Kumar, S. (2018). *The role of Work environment on Employee Performance*, Techno India University, 9, 3. [http://www.ijrmst.com/article\\_pdf?id=6558.pdf](http://www.ijrmst.com/article_pdf?id=6558.pdf)
- Lee, T., Hom, P., Eberly, M., Li, J. (2018). Managing employee retention and turnover with 21st century ideas. *Organizational Dynamics*, 47, 2, 88-98. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.08.004>
- Lee, T., Mitchell, T., Sablinski, C., Burton, J., Holtom, B. (2004). The Effects of Job Embeddedness on Organizational Citizenship, Job Performance, Volitional Absences, and Voluntary Turnover. *Academy of Management Journal*, 47(5), 711–722. <https://doi.org/10.2307/20159613>
- Lenik, P. (2017). Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka. *Wolters Kluwer*.
- Lewicka, D. (2019). Zarządzanie kapitałem ludzkim a zaangażowanie pracowników. *Wydawnictwo C.H. Beck*.
- Li, K., Rollins, J., Yan, E. (2017). Web of Science use in published research and review papers 1997–2017: a selective, dynamic, cross-domain, content-based analysis. *Scientometrics*, 115, 1–20. <https://doi.org/10.1007/s11192-017-2622-5>
- Linzer M, Griffiths E, Feldman M (2022). Responding to the Great Resignation: Detoxify and Rebuild the Culture. *Journal of General Internal Medicine*, 37(16), 4276-4277. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07703-1>.

- Loftus, S. (2022). Hypothesis tests for a single parameter. *Basic Statistics with R*.  
<https://doi.org/10.1016/C2019-0-02466-1>
- Lowe, G. (2007). 21st Century Job Quality: Achieving What Canadians Want, *Research Report W/37. Work and Learning*.  
[https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/48485\\_en.pdf](https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/48485_en.pdf)
- Luszniewicz, A. (1970). *Statystyka ogólna*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Makowska, M., Boguszewski, R. (2013). Analiza danych zastanych – zagadnienia wstępne. W: M., Makowska (red.), *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów*. Wydawnictwo Naukowe Scholar Spółka z o.o..
- Malewski, M. (2017). Badania jakościowe w metodologicznej pułapce scjentyzmu. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 20, 2(78).  
[https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-1505-8808-year-2017-volume-20-issue-2\\_78\\_-article-oai\\_ojs\\_kwartalniktce\\_edu\\_pl\\_article\\_273/c/articles-2141573.pdf.pdf](https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-1505-8808-year-2017-volume-20-issue-2_78_-article-oai_ojs_kwartalniktce_edu_pl_article_273/c/articles-2141573.pdf.pdf)
- Malik, J., Sharma, V. (2017). Determinants of Patients' Choice of Healthcareprovider – a Study of Selected Private Hospitals in Delhi – NCR. *NICE Journal of Business*, 12, 1,  
[https://www.researchgate.net/publication/322499131\\_DETERMINANTS\\_OF\\_PATIENTS'\\_CHOICE\\_OF\\_HEALTHCARE-PROVIDER\\_A\\_Study\\_of\\_Selected\\_Private\\_Hospitals\\_in\\_Delhi-NCR](https://www.researchgate.net/publication/322499131_DETERMINANTS_OF_PATIENTS'_CHOICE_OF_HEALTHCARE-PROVIDER_A_Study_of_Selected_Private_Hospitals_in_Delhi-NCR)
- Malinauskaite, L., Cook, D., Davíðsdóttir, B., Ögmundardóttir, H., Roman, J. (2019). Ecosystem services in the Arctic: a thematic review. *Ecosystem Services*, 36(2019).  
<https://doi.org/10.1016/j.ecoser.2019.100898>.
- Marinda, V., Irwansyah, D., Kasmadi, D., Saudi, M. (2020). The Influence of Leadership Style, Working Environment and Organizational Climate to Employee's Performance Among Millennial-Gen at Subsidiary of State Company in Indonesia. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(4), 3001–3009.  
[https://www.researchgate.net/publication/356817596\\_the\\_influence\\_of\\_leadership\\_style\\_working\\_environment\\_and\\_organizational\\_climate\\_to\\_employee's\\_performance\\_among\\_millennial-gen\\_at\\_subsidary\\_of\\_state\\_company\\_in\\_indonesia\\_pjaee\\_17\\_4\\_2020\\_the\\_influenc](https://www.researchgate.net/publication/356817596_the_influence_of_leadership_style_working_environment_and_organizational_climate_to_employee's_performance_among_millennial-gen_at_subsidary_of_state_company_in_indonesia_pjaee_17_4_2020_the_influenc)
- Marzec, I. (2015). Zarządzanie karierą utalentowanych pracowników. W: A., Springer (red.), *Talent jako czynnik sukcesu organizacji*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, 2015, 60, 3.  
[https://www.wydawnictwo.wsb.pl/sites/wydawnictwo.wsb.pl/files/czasopisma-tresc/zn\\_poz\\_60\\_druk.pdf](https://www.wydawnictwo.wsb.pl/sites/wydawnictwo.wsb.pl/files/czasopisma-tresc/zn_poz_60_druk.pdf), dostęp: 01.06.2024

- Massoudi, A., Hamdi, S. (2017). The Consequence of work environment on Employees Productivity. *IOSR Journal of Business and Management*, 19, 1, III. <https://doi.org/10.9790/487X-1901033542>
- Mazur, Z. Orłowska, A. (2018). Jak zaplanować i przeprowadzić systematyczny przegląd literatury?. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2018, 23, 2, 235-251. <https://doi.org/10.14656/PFP20180202>
- McDiarmid, M. (2014). Hazards of the Health Care Sector: Looking Beyond Infectious Disease. *Annals of Global Health*, 80(4), 315. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.08.001>
- MCKee, M., Helay, J. (2002). The role and function of hospitals. W: M., MCKee, J., Helay (red.), *Hospitals in changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Serie
- Mapa Potrzeb Zdrowotnych (2023). Map potrzeb zdrowotnych – kadry medyczne. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>
- Meyer, J., Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89 [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-z)
- Mielczarek, B. (2009). Modelowanie symulacyjne w zarządzaniu. Symulacja dyskretna. *Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej*.
- Milewska, A. (2018). Knowledge based economy: opportunities and challenges. *Proceedings of the 2018 International Scientific Conference 'Economic Sciences for Agribusiness and Rural Economy'*, 2, Warsaw, 7–8 June 2018, 313–318. <https://doi.org/10.22630/ESARE.2018.2.42>
- Ministerstwo Zdrowia (2015). Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020..... [https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page\\_846/text\\_images/Krajowe%20Oramy%20strategiczne%20www.pdf](https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20Oramy%20strategiczne%20www.pdf)
- Ministerstwo Zdrowia (2018). Szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów (w tym tzw. rezydentura). <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szkolenie-specjalizacyjne-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-w-tym-tzw-rezydentura>
- Ministerstwo Zdrowia (2019). Strategiczne kierunki rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. <https://www.gov.pl/attachment/77fe8a6c-e743-49fd-8400-9bb76040c9a7>

- Ministerstwo Zdrowia (2021). Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>
- Miszczak, A., Walasek, J. (2013). Techniki wyboru próby badawcze. *Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, nr 2(6), 100-108. [https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)-s100-108/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)-s100-108.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)-s100-108/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)-s100-108.pdf)
- Mitchell, T., Holtom, B., Lee, T., Sablinski, C., Erez, M. (2001). Why People Stay: Using Job Embeddedness to Predict Voluntary Turnover. *Academy of Management Journal*, 44(6). <https://doi.org/10.5465/3069391>
- Moktefi, A., Lemanski, J. (2022). On the Origin of Venn Diagrams. *Axiomathes*, 32, 3, 887–900 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10516-022-09642-2>
- Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18:143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Naczelna Izba Lekarska (2020). Informacje statystyczne. <https://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- Naczelna Izba Lekarska (2023). Diagnoza szpitalna 2023. <https://nil.org.pl/aktualnosci/8219-jakosc-mierzona-bezpieczenstwem-pacjenta-prezes-nrl-na-ii-ogolnopolskiej-konferencji-szpitalnictwa-i-praw-lekarza>
- Naczelna Izba Lekarska (2023a). Lista zmian do wdrożenia dla nowej minister zdrowia. <https://nil.org.pl/aktualnosci/8155-lista-zmian-do-wdrozenia-dla-nowej-minister-zdrowia>
- Najwyższa Izba Kontroli (2014). Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/065/>
- Najwyższa Izba Kontroli (2015). Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/060/>
- Najwyższa Izba Kontroli (2016). Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>

- Najwyższa Izba Kontroli (2017), Tworzenie map potrzeb zdrowotnych.  
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,16703,vp,19258.pdf>
- Najwyższa Izba Kontroli (2018). Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>
- Najwyższa Izba Kontroli (2019). Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>
- Najwyższa Izba Kontroli (2021). Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.  
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,24728,vp,27476.pdf>
- Narkiewicz-Niedbalec, E. (2016). Rozumienie hipotezy w słownikach i podręcznikach z zakresu nauk społecznych. *Studia z nauk społecznych*.  
<https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-acf1df2e-a075-40ab-b664-35ddb0570748>
- Nazia, S., Begum, B. (2013). Employee Retention Practices in Indian Corporate – a Study of Select MNCs. *International Journal of Engineering and Management Sciences*.  
[https://www.researchgate.net/publication/354090950\\_EMPLOYEE\\_RETENTION\\_PRACTICES\\_IN\\_INDIAN\\_CORPORATE\\_-\\_A\\_STUDY\\_OF\\_SELECT\\_MNCs](https://www.researchgate.net/publication/354090950_EMPLOYEE_RETENTION_PRACTICES_IN_INDIAN_CORPORATE_-_A_STUDY_OF_SELECT_MNCs)
- Niciejewska, M. Kač, S. (2019). The Work Environment Management In The Aspect Of The Safety Shaping At The Administration And Office Workplace, *CzOTO*, 1, 1, 205-210.  
<https://doi.org/10.2478/czoto-2019-0026>
- Noble, H., Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence Based Nursing*, 103145. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145>
- Nojszewska, E., Malinowski, W., Sikroski, S. (2017). Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne. *Wolters Kluwer Polska*.
- Nojszewska, E. (2011). System ochrony zdrowia w Polsce. *Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.*
- Nowak, E., Głowiński, K. (2013). Teoretyczne metody badawcze w naukach społecznych. *Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), 136-146.  
[https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)-s136-146/Obronnosc\\_Zeszyty\\_Naukowe\\_Wydzialu\\_Zarzadzania\\_i\\_Dowodzenia\\_Akademii\\_Obrony\\_Narodowej-r2013-t-n2\(6\)-s136-146.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)-s136-146/Obronnosc_Zeszyty_Naukowe_Wydzialu_Zarzadzania_i_Dowodzenia_Akademii_Obrony_Narodowej-r2013-t-n2(6)-s136-146.pdf)

- Nowakowska, I., Głowacka, M., Rasińska, R., Głowacka-Rębała, A. (2011). Zarządzanie jakością pracy członków organizacji. *Problemy Zarządzania*, 9, 4(34), 217 – 225. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P1imG72j3KIJ:https://bibliotekanauki.pl/articles/525489.pdf&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl>
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 stycznia 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89, art. 18d, 1, 1). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20070140089/U/D20070089Lj>
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). [http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2022 poz. 168). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000168>
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz. 633). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000633/T/D20220633L>
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2022 poz. 902). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000902> 17.12.2023
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 kwietnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000799>,
- OECD (2017). OECD Guidelines on Measuring the Quality of the Working Environment. <https://doi.org/10.1787/9789264278240-en>
- OECD (2019). State of health in the EU. Polska – profil system ochrony zdrowia 2019. [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf)
- OECD (2022). Doctors (indicator). <https://doi.org/10.1787/4355e1ec-en>
- OECD (2023). The impact of COVID-19 on employment and jobs. <https://www.oecd.org/employment/covid-19.htm>

- Okólska, K. (2020). Teoretyczne nasycenie w badaniach wykorzystujących procedury metodologii teorii ugruntowanej – z doświadczeń młodego badacza, *PAREZIA* 2/2020(14).  
[https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/11461/1/Parezja\\_2\\_2020\\_K\\_Okolska\\_Teoretyczne\\_nasycenie\\_w\\_badaniach.pdf](https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/11461/1/Parezja_2_2020_K_Okolska_Teoretyczne_nasycenie_w_badaniach.pdf)
- Olejnik, I., Kaczmarek, M., Springer, A. (2022). Badania jakościowe – metody i zastosowania. *Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o.*
- Orliński, R., Niestrata-Ortiz, M. (2016). Wynik na podstawowej działalności operacyjnej szpitala. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 285/2016.  
[https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/user\\_upload/wydawnictwo/SE\\_Artyku%C5%82y\\_271\\_290/SE\\_285/14.pdf](https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/user_upload/wydawnictwo/SE_Artyku%C5%82y_271_290/SE_285/14.pdf)
- Pasikowski, S. (2015). *Badania jakościowe - w poszukiwaniu dróg i inspiracji*, *Rocznik Lubuski*, 41(1).  
[http://www.roczniklubuski.uz.zgora.pl/wydania/tom\\_41/Rocznik\\_Lubuski\\_41\\_1.pdf](http://www.roczniklubuski.uz.zgora.pl/wydania/tom_41/Rocznik_Lubuski_41_1.pdf)
- Paradysz, J. (2005). Statystyka. *Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu*.
- Paull, M., Omari, M., Beeton, A. (2008). Work environment and retention: an exploratory case study. *Proceedings of the 22nd ANZAM Conference 2008*, 1-14.  
[https://www.anzam.org/wp-content/uploads/pdf-manager/1393\\_PAULL\\_MEGAN-271.PDF](https://www.anzam.org/wp-content/uploads/pdf-manager/1393_PAULL_MEGAN-271.PDF)
- Pawlak, Z. (2011). Zarządzanie zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie. *Wydawnictwo Poltext*.
- Perreira, A., Perrier, L., Prokopy, M., Neves-Mera, L., Persaud, D. (2019). Physician engagement: a concept analysis. *Journal of Healthcare Leadership*.  
<https://doi.org/10.2147/JHL.S214765>
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Pilch, T. (2001). Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe. *Wydawnictwo Żak*.
- Pilcher, N., Cortazzi, M. (2023). Qualitative' and 'quantitative' methods and approaches across subject fields: implications for research values, assumptions, and practices. *Quality & Quantity*. <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01734-4>

- Piórkowska, K. (2017). Pluralizm metod badawczych (mixed methods research) – w kierunku explicite procesowego projektu badawczego. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 463(2017).  
[https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-6a8989c9-46e4-4e54-b9bd-743c67845d2b/c/PN\\_463\\_Osbert-Pociecha\\_Nowe\\_Czesc32.pdf](https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-6a8989c9-46e4-4e54-b9bd-743c67845d2b/c/PN_463_Osbert-Pociecha_Nowe_Czesc32.pdf)
- Piszczygłowa, B. (2022). Uwarunkowania i konsekwencje wykorzystania form zatrudnienia oraz organizacji pracy w kontekście deficytu kadr medycznych. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.
- Pocztowski, A. (2009). Procesy płynności i retencji zatrudnienia w organizacji. *Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*.
- Pocztowski, A. (2018). Zarządzanie zasobami ludzkimi. *Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne S.A.*.
- Porządna, A. (2018). Trendy w zarządzaniu strategicznym i decyzje operacyjne w przedsiębiorstwie na przykładzie szpitala o pierwszym stopniu referencji – Szpitala Powiatowego w Rawiczu. W: M., Dobska (red.), *Współczesne wyzwania w opiece zdrowotnej*. UNI-DRUK Wydawnictwo i Drukarnia.
- Polakowski, M., Golinowska, S., Balicki, M. (2019). Ochrona zdrowia w Polsce. *ICRA*.
- Potocka, A. (2012). Psychospołeczne zagrożenia zawodowe. Zarys problemu. W: D., Merecz (red.), *Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy – poradnik dla lekarzy* (s. 7-15). Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nosfera.
- PR OZZL (2016). Stanowisko i postulaty Porozumienia Rezydentów OZZL.  
<http://www.rezydenci.org.pl/2017/10/02/protest-2-pazdziernika-stanowisko-postulaty-pr-ozzl/>
- Raziq, A., Maulabakhsh, R. (2015). Impact of Working Environment on Job Satisfaction. *Procedia Economics and Finance*, 23, 717–725. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(15\)00524-9](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(15)00524-9)
- Reyes, A., Aquino, C., Bueno, D. (2019). Why employees leave: Factors that stimulate resignation resulting in creative retention ideas. *The Journal: A Multidisciplinary Research Review*, 14(2019). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17579.39203>
- Riffenburgh, R. H. (2012). Multi-Factor ANOVA and ANCOVA. *Statistics in Medicine*, 275–297. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-384864-2.00013-5>
- Rombaut, E., Guerry, M. (2019). The effectiveness of employee retention through an uplift modeling approach. *International Journal of Manpower*. <https://doi.org/10.1108/IJM-04-2019-0184>

- Rosén, M., Haglund, B. (2001). Chapter 10. The Importance of Health and Medical Care for Public Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(58), 219–230. <https://doi.org/10.1177/14034948010290032701>
- Ross, A., Willson, V. (2017). One-Way Anova. In: Basic and Advanced Statistical Tests. *SensePublishers*. DOI: 10.1007/978-94-6351-086-8\_5
- Ross, S. (2017). Testing Statistical Hypotheses. *Introductory Statistics*, 381–432. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804317-2.00009-6>
- Rostkowski, T. (2020). Polityka świadczeń pozapłacowych w Polsce - kierunki zmian w odpowiedzi na problemy na rynku pracy. *Zarządzanie kapitałem ludzkim – wyzwania*, 407-421. [http://slz.sgh.waw.pl/wp-content/uploads/2020/11/012\\_III\\_10.pdf](http://slz.sgh.waw.pl/wp-content/uploads/2020/11/012_III_10.pdf)
- Rothwell, S. (1995). Human resource planning. W: Storey, J. (red.), *Human Resource Management: A critical text*. Routledge. W: M., Armstrong, S., Taylor (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Wolters Kluwer.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998 nr 164 poz. 1193). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19981641193>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. 2004 nr 1 poz. 7). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040010007/O/D20040007>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. 2009 nr 84 poz. 709). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090840709/O/D20090709>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku 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). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2012 poz. 1489). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001489/O/D20121489>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2018 poz. 1738). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001738/O/D20181738>

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2020 poz. 1156).  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001156/O/D20201156>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2020 poz. 1566).  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001566/O/D20201566>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny. (Dz.U. 2022.2814). <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/okreslenie-priorytetowych-dziedzin-medycyny-21771637>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2023.1503).  
<https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zmiana-rozporzadzenia-w-sprawie-okreslenia-priorytetowych-dziedzin-21860556>
- Rudawska, I., Urbańczyk, E. (2012). Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne. *Difin SA*.
- Rutledge, P., Hogg, J. (2020). In-Depth Interviews. *The International Encyclopedia of Media Psychology*, 1–7. <https://doi.org/10.1002/9781119011071.iemp0019>
- Sammur-Bonnici, T. (2015). Macroenvironment, *Wiley Encyclopedia of Management, Strategic Management*. <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom090501>
- Samuel, M., Chipunza, C. (2009). Employee retention and turnover: Using motivational variables as a panacea. *African Journal of Business Management* 3(8), 410-415.  
<https://doi.org/10.5897/AJBM09.125>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12745>
- Sikora-Alicka, J. (2021). Efektywność działalności polskich szpitali klinicznych. *Uniwersytet Gdański*.  
[https://bip.ug.edu.pl/sites/default/files/postepowania\\_naukowe/99716/praca/efektywnosc\\_dzialalnosci\\_polskich\\_szpitali\\_klinicznych.pdf](https://bip.ug.edu.pl/sites/default/files/postepowania_naukowe/99716/praca/efektywnosc_dzialalnosci_polskich_szpitali_klinicznych.pdf)
- Scheffler, R., Campbell, J., Cometto, G., Maeda, A., Liu, J., Bruckner, T., Arnold, D., Evans, T. (2018). Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human Resources Health* 16, 5 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0264-6>
- Schober, P., Vetter, T. R. (2020). Nonparametric Statistical Methods in Medical Research. *Anesthesia & Analgesia*, 131(6), 1862–1863.  
<https://doi.org/10.1213/ane.0000000000005101>

- Sedlak & Sedlak (2023). Retencja pracowników – poradnik dla pracodawców. [https://wynagrodzenia.pl/uploads/files/Ebooki/Retencja%20pracownik%C3%B3w\\_poradnik%20dla%20pracodawc%C3%B3w.pdf](https://wynagrodzenia.pl/uploads/files/Ebooki/Retencja%20pracownik%C3%B3w_poradnik%20dla%20pracodawc%C3%B3w.pdf)
- Sengupta, S., Gupta, A. (2012). Exploring the dimensions of attrition in Indian BPOs. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(6), 1259–1288. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.561211>
- Sesiuk, A., Rzepiela, L., Galas, M., Jankowska, A. (2017). Motywy wyboru kierunku studiów i specjalizacji przez studentów medycyny, *MW*, 9/2017. [https://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/128796/17-Sesiuk.pdf](https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/128796/17-Sesiuk.pdf)
- Sidor-Rządkowska, M. (2003). Trudna sztuka rozstań. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 5/2003. [https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/2012/03/sidor-rzadkowska\\_zzl\\_5\\_2003.pdf](https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/2012/03/sidor-rzadkowska_zzl_5_2003.pdf)
- Sidor-Rządkowska, M. (2018). Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. *Studia i prace Kolegium Zarządzania i Finansów*. <https://doi.org/10.33119/SIP.2018.167.8>
- Sillars, D., Hallowell, M. (2009). Opinion-Based Research: Lessons Learned from Four Approaches. Building a Sustainable Future. *Proceedings of the 2009 Construction Research Congress*. [https://doi.org/10.1061/41020\(339\)152](https://doi.org/10.1061/41020(339)152)
- Singh, S., Dixit, P. (2011). Employee retention: The art of keeping the people who keep you in business. *International Journal of Business and Management Research*, 1, 441–448
- W: M., Butson, J., Tower, E., Schwarz (red.), *Lifeguard turnover in aquatic and recreation centres: Perspectives from managers*. Australian Journal of Career Development, 30(1), 33–42. <https://doi.org/10.1177/1038416220983489>
- Sinharay, S. (2010). An Overview of Statistics in Education. *International Encyclopedia of Education*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-044894-7.01719-x>
- Skarbek, W. (2013). Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych. *Naukowe Wydawnictwo Piotrowskie*.
- Skowron-Mielnik, B. (2014). Budowanie zaangażowania pracowników w proces doskonalenia przedsiębiorstwa z wykorzystaniem employer branding. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 358. [https://dbc.wroc.pl/Content/26372/PDF/Skowron\\_Mielnik\\_Budowanie\\_zaangazowania\\_pracownikow\\_w\\_procesie.pdf](https://dbc.wroc.pl/Content/26372/PDF/Skowron_Mielnik_Budowanie_zaangazowania_pracownikow_w_procesie.pdf)
- Skowron-Mielnik, B., Bor, M. (2015). Generacyjne uwarunkowania retencji pracowników w kontekście elastyczności organizacji. *Management Forum*, 2015, 3, 3, 44-55. <https://doi.org/10.15611/mf.2015.3.06>
- Słownik Języka Polskiego (sjp.pl), <https://sjp.pwn.pl/szukaj/retencja.html>

- Słownik Języka Polskiego (sjp.pl), <https://sjp.pwn.pl/sjp/lekarz;2477848.html>
- Słownik Języka Polskiego (sjp.pl), <https://sjp.pwn.pl/sjp/srodowisko;2528101.html>
- Snijders, T. (2001). Hypothesis Testing: Methodology and Limitations. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 7121–7127. <https://doi.org/10.1016/b0-08-043076-7/00737-3>
- Sobczyk, M. (2007). Statystyka. *Wydawnictwo Naukowe PWN*.
- Sobczyk, M. (2010). Statystyka opisowa. *Wydawnictwo C.H. Beck*.
- Sobol, M., Starr, M. (1983). Statistics for Business and Economics. *An Action Learning Approach*.
- Sochańska-Kawiecka, M., Kołakowska-Seroczyńska, Z., Ziewiec, P. (2019). Warunki pracy i jakość miejsc pracy w województwie łódzkim – raport końcowy. [https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/4472799/Warunki%20pracy%20i%20jako%C5%9B%C4%87%20miejsc%20pracy%20w%20wojew%C3%B3dztwie%20%C5%82%C3%B3dskim%20\\_%20WCAG%202.0.docx/1a636a8e-59d6-48af-8a5f-02a154e03ba4?t=1576572011089](https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/4472799/Warunki%20pracy%20i%20jako%C5%9B%C4%87%20miejsc%20pracy%20w%20wojew%C3%B3dztwie%20%C5%82%C3%B3dskim%20_%20WCAG%202.0.docx/1a636a8e-59d6-48af-8a5f-02a154e03ba4?t=1576572011089)
- Sosnowski, T. (2012). Docenimy badania eksploracyjne. *Roczniki psychologiczne*, XV, 3. [https://dlibra.kul.pl/Content/20782/RPsych\\_2012\\_vol15\\_no3\\_051-055\\_Sosnowski.pdf](https://dlibra.kul.pl/Content/20782/RPsych_2012_vol15_no3_051-055_Sosnowski.pdf)
- Stankiewicz, M. Sznajder, M. (2010). Badanie poziomu bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwie. W: J., Ejdys (red.), *Kształtowanie kultury bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji*. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- Stępniewski, J. (2008). Strategia, finanse i koszty szpitala. *Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.*
- Stoyanova, R. (2018). Relationship Between Working Environment Factors, Burnout Syndrome and Turnover Intentions Among Nurses – A Cross-Sectional Study in Bulgaria. *Proceedings of the 20th Congress of the International Ergonomics Association*, 35–43. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-96098-2\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-96098-2_6)
- Suchecka, J. (2016). Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej. *Wolters Kluwer SA*.
- Sułkowski, Ł., Lenart-Gansiniec, R. (2023). Metody badań mieszanych w naukach o zarządzaniu. *Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB*.
- Svalastog, A., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>

- Szreder, M. (2010). Metody i techniki sondażowych badań opinii. *Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne*.
- Szyjewski, Z., Szyjewski, G. (2017). Wiarygodność metod badawczych. *Informatyka Ekonomiczna*, 2(44). <https://doi.org/10.15611/ie.2017.2.10>
- Świątkowska, B. (2010). Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić?. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91(4), 522-529. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2010/phe-2010-4-522.pdf>
- Taohid, M., Sujai, R. i Nugraha, N. (2021). Does work discipline affected by the working environment and work motivation. *Economics. Ecology. Socium*, 5, 1. <https://doi.org/10.31520/2616-7107/2020.5.1-2>
- Tansel, A. (2022). Job Satisfaction, Structure of Working Environment and Firm Size. *Institute of Labor Economics*. <https://docs.iza.org/dp15397.pdf>
- Taylor, S. (2006). Płynność zatrudnienia. *Wolters Kluwer Polska*.
- Tirno, R., Sharmin, J. (2019). Effective Employee Retention Strategies for the Multinationals of Bangladesh. *IOSR Journal of Business and Management* 21(10), 9-18. <https://doi.org/10.9790/487X-2110030918>
- UKEssays, (2018). Impact Of Workplace Environment On Employee Retention Business Essay. <https://www.ukessays.com/essays/business/impact-of-workplace-environment-on-employee-retention-business-essay.php?vref=1>
- Urbanowska-Sojkin E., Weinert A., (2020). Otwarte formułowanie strategii z wykorzystaniem kolektywnej inteligencji przedsiębiorstwa. W: S., Gregorczyk, G., Urbanek, (red.), *Zarządzanie strategiczne w dobie cyfrowej gospodarki sieciowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U.2022.1873). [https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-farmaceuty-19071452?\\_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-farmaceuty-19071452?_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425)
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 844). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000844/T/D20170844L.pdf>
- Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. (Dz.U. 2015 poz. 1991). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001991/T/D20151991L.pdf>

- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2022.168).  
[https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-fizjoterapeuty-18244654?\\_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-fizjoterapeuty-18244654?_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799).  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000799>
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U.2022.2702).  
[https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawody-pielgniarstwa-i-polozonej-17727643?\\_ga=2.198025132.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawody-pielgniarstwa-i-polozonej-17727643?_ga=2.198025132.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425)
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2022.1720). [https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/panstwowe-ratownictwo-medyczne-17307669?\\_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/panstwowe-ratownictwo-medyczne-17307669?_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r.o dostępie do informacji publicznej (Dz.U.2022.902).  
<https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/dostep-do-informacji-publicznej-16913107>
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2022.2162).  
[https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/diagnostyka-laboratoryjna-16910227?\\_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/diagnostyka-laboratoryjna-16910227?_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425)
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970280153>
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152, art. 30).  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj>
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U.2022.1529). [https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-felczera-16781156?\\_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zawod-felczera-16781156?_ga=2.265680908.2090246910.1680974425-1434734418.1680974425)
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., Clarke, S. (2012). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 679-686. <https://doi.org/10.1111/jpm.12004>
- Van Teijlingen, E., Hundley, V. (2002). The importance of pilot studies. *Nursing Standard*, 16(40), 33–36. <https://doi.org/10.7748/ns2002.06.16.40.33.c3214>

- Vance, R. (2006). Employee Engagement and Commitment. A guide to understanding, measuring and increasing engagement in your organization. *SHRM Foundation*. <https://www.shrm.org/hr-today/trends-and-forecasting/special-reports-and-expert-views/documents/employee-engagement-commitment.pdf>
- Vos, P., Holbert, D. (2022). Frequentist statistical inference without repeated sampling. *Synthese*, 89(2022). <https://doi.org/10.1007/s11229-022-03560-x>
- Wasilewska, E. (2015). Statystyka matematyczna w praktyce. *Warszawa, Difin SA*.
- Wasilewski, D. (2017). Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu. *Fundacja Republikańska*. <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2020/01/Siec-szpitali-2017.pdf>
- Wasylikiw L., Holton J., Azar R., Cook W. (2015). The impact of mindfulness on leadership effectiveness in a health care setting: a pilot study. *Journal of Health Organization and Management*, 29(7), 893–911. <https://doi.org/10.1108/jhom-06-2014-0099>
- Waśniewski, J., Strumiłło, J. (2020). Koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi. *Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego*
- Weinberg, D., Avgar, A., Sugrue, N., Cooney-Miner, D. (2012). The Importance of a High-Performance Work Environment in Hospitals. *Health Services Research*, 48(1), 319–332. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01438.x>
- Weisstein, E. (2023). Venn Diagram. *MathWorld-A Wolfram Web Resource*. <https://mathworld.wolfram.com/VennDiagram.html>
- Weirich, P. (2011). The Bayesian Decision-Theoretic Approach to Statistics. *Philosophy of Statistics*, 233–261. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-51862-0.50007-1>
- Wieprzicka, A. (2021). Stres i wypalenie zawodowe a kultura organizacyjna. *Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania GWSH*, 16/2021, 159-174. <https://doi.org/10.53259/2021.16.16>
- Wilcox, R. (2010). Fundamentals of Modern Statistical Methods - Substantially Improving Power and Accuracy. *Springer*.
- Wilkinson, J. (1992). The use of exit interviews in health service facilities. *Contemporary Nurse*, 1(1), 19–23. <https://doi.org/10.5172/conu.1.1.19>
- Winter, M. (2004). Restrukturyzacja finansowa, organizacyjna i własnościowa zakładów opieki zdrowotnej, *Problemy Zarządzania*, 4/2004. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-c9a77548-1df9-4b59-839a-f8234d1e1916>

- Wiskow, C., De Pietro, T., Albrecht, C. (2010). How to Create an Attractive and Supportive Working Environment for Health Professionals. *Health System and Policy Analysis*. [https://www.researchgate.net/publication/233799823\\_How\\_to\\_Create\\_an\\_Attractive\\_and\\_Supportive\\_Working\\_Environment\\_for\\_Health\\_Professionals](https://www.researchgate.net/publication/233799823_How_to_Create_an_Attractive_and_Supportive_Working_Environment_for_Health_Professionals)
- Witaszek, Z. (2007). Miejsce i rola sondaży w badaniu opinii społecznej. *Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej*, XLVIII, 4(171). [https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BWM4-0021-0053/c/httpwww\\_amw\\_gdynia\\_pllibraryfilezeszytynaukowe2007witaszekz2.pdf](https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BWM4-0021-0053/c/httpwww_amw_gdynia_pllibraryfilezeszytynaukowe2007witaszekz2.pdf)
- Witkowska, A. (2005). Wnioskowanie Statystyczne. W: J., Paradysz (red.), *Statystyka*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Wojewódzki Urząd Pracy (2021). Barometr Zawodów 2021. [https://barometrzawodow.pl//forecast-card-zip/2021/report\\_pl/raport\\_ogolnopolski\\_2021.pdf](https://barometrzawodow.pl//forecast-card-zip/2021/report_pl/raport_ogolnopolski_2021.pdf), dostęp: 28.08.2021
- World Bank Group. (2016). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=7582A619C66D253BD26ABFFD3A5BC583?sequence=1>
- World Health Organization (2020). Constitution of the World Health Organization. [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6)
- World Health Organization (2021). Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster. <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>
- World Health Organization (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wziątek-Staśko, A. (2021). Konspekt pracy doktorskiej. W: Ł., Sułkowski, R., Lenart-Gansiniec, (red.), *Rozprawa doktorska w naukach społecznych. Poradnik doktoranta i promotora pracy doktorskiej* (s. 35-37).
- Xia, Y. (2020). Correlation and association analyses in microbiome study integrating multiomics in health and disease. *The Microbiome in Health and Disease*, 309–491. <https://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2020.04.003>

- Yang, C., Ma, Q., Hu, L. (2011). Job embeddedness: a new perspective to predict voluntary turnover. *Nankai Business Review International*, 2(4), 418-446.  
<https://doi.org/10.1108/20408741111178834>
- Young, D. (2012). Management Control in Nonprofit Organizations. *The Crimson Group*.
- Zakrzewska, M., Jarosz, S., Kafel, T. i Cabała, P. (2021). Determinants of Method Triangulation in Management Sciences. *Scientific Society of Organization and Management*, 5(976).  
<https://doi.org/10.33141/po.2021.5.01>
- Zaleska, B. (2012). *Wybrane zagadnienia dotyczące ustalania cen świadczeń zdrowotnych szpitala*. W: I., Rudawska, E., Urbańczyk (red.), *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*. Difin SA.
- Zahid, H., Muhammad, W., Cedric, E., Ahsan, S., (2020). Identifying factors for employee retention using computational techniques: an approach to assist the decision-making process. *SN Applied Sciences*, 2:1612. <https://doi.org/10.1007/s42452-020-03415-5>
- Zgliczyński, W. (2018). Ochrona zdrowia w Polsce. Wybrane zagadnienia. *Wydawnictwo Sejmowe, Infos, Biuro Analiz Sejmowych*, 15(253).  
[https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/F433A1B0A29A17E6C125836A004BF98C/\\$file/Infos\\_253.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/F433A1B0A29A17E6C125836A004BF98C/$file/Infos_253.pdf)
- Zhang, L., Fan, C., Deng, Y., Lam, C., Hu, E., Wang, L. (2019). Exploring the interpersonal determinants of job embeddedness and voluntary turnover: A conservation of resources perspective. *Human Resource Management Journal*.  
<https://doi.org/10.1111/1748-8583.12235>
- Ziedelis, A. (2018). Perceived Calling and Work Engagement Among Nurses, *Western Journal of Nursing Research*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0193945918767631>
- Żółtańska, J., Bujnowska, M. (2010). Zawodowe zagrożenia zdrowia pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy. *Zeszyty naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*.  
[https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-55017b00-5407-4c85-8d42-c9ccc00bf4af/c/zeszyt\\_6\\_3.pdf](https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-55017b00-5407-4c85-8d42-c9ccc00bf4af/c/zeszyt_6_3.pdf)
- Yadav, M., Vihari, N. S. (2021). Employee Experience: Construct Clarification, Conceptualization and Validation of a New Scale. *FIIB Business Review*.  
<https://doi.org/10.1177/23197145211012501>

## Spis rysunków

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Rysunek 1. Zakres przeglądu literatury zgodnie z metodą SALSA.....                                                 | 13  |
| Rysunek 2. Etapy selekcji materiałów naukowych .....                                                               | 16  |
| Rysunek 3. Elementy konstruktów osadzenia w miejscu pracy .....                                                    | 18  |
| Rysunek 4. Przyczyny odejść pracowników .....                                                                      | 26  |
| Rysunek 5. Przyczyny dobrowolnego odchodzenia pracowników z organizacji .....                                      | 27  |
| Rysunek 6. Konstrukty wiążące pracownika z pracą .....                                                             | 33  |
| Rysunek 7. Etapy przeglądu zakresu literatury według modelu Arksey'a i O'Malley'a .....                            | 40  |
| Rysunek 8. Subśrodowiska pracy.....                                                                                | 45  |
| Rysunek 9. Struktura środowiska pracy .....                                                                        | 47  |
| Rysunek 10. Kontekst społeczny i organizacyjny środowiska pracy.....                                               | 51  |
| Rysunek 11. Kategorie czynników środowiska pracy .....                                                             | 54  |
| Rysunek 12. Poziomy działań i interwencji kształtowania środowiska pracy .....                                     | 55  |
| Rysunek 13. Schemat zarządzania środowiskiem pracy.....                                                            | 56  |
| Rysunek 14. Działania firm w obszarze środowiska pracy .....                                                       | 59  |
| Rysunek 15. Poziomy zaangażowania lekarzy w działania w podmiotach leczniczych .....                               | 59  |
| Rysunek 16. System ochrony zdrowia w Polsce .....                                                                  | 64  |
| Rysunek 17. Typologia podmiotów leczniczych .....                                                                  | 67  |
| Rysunek 18. Cele strategiczne ochrony zdrowia w Polsce do 2030 roku.....                                           | 68  |
| Rysunek 19. Zakres funkcji realizowanych przez szpitale.....                                                       | 70  |
| Rysunek 20. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń<br>zdrowotnych .....                          | 73  |
| Rysunek 21. Wydatki państwa na sektor zdrowia w Polsce w 2022 roku .....                                           | 74  |
| Rysunek 22. Udział wydatków na ochronę zdrowia i leczenie szpitale w latach<br>2011-2022 w Polsce .....            | 75  |
| Rysunek 23. Zakres świadczeń udzielanych przez lekarzy w ramach wykonywania<br>zawodu.....                         | 78  |
| Rysunek 24. Etapy kształcenia zawodowego lekarzy w Polsce .....                                                    | 79  |
| Rysunek 25. Źródła stresu zawodowego i czynniki kształtujące warunki pracy.....                                    | 80  |
| Rysunek 26. Podział danych zastanych wykorzystanych do analizy.....                                                | 83  |
| Rysunek 27. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w uwzględnionych krajach Unii<br>Europejskiej w 2017 roku .....     | 84  |
| Rysunek 28. Liczba lekarzy na 1000 w Polsce na przestrzeni lat od 1960-2017 .....                                  | 85  |
| Rysunek 29. Plany zawodowe lekarzy po pandemii SARS-CoV-2019.....                                                  | 90  |
| Rysunek 30. Dostępne zasoby ludzkie w ochronie zdrowia w Polsce .....                                              | 91  |
| Rysunek 31. Problemy związane z pozyskaniem i zatrzymaniem lekarzy w publicznej<br>ochronie zdrowia w Polsce ..... | 91  |
| Rysunek 32. Etapy zastosowanej procedury badawczej w pracy.....                                                    | 98  |
| Rysunek 33. Instytucje związane z ochroną zdrowia w Wielkopolsce .....                                             | 101 |
| Rysunek 34. Etapy badania opinii.....                                                                              | 104 |
| Rysunek 35. Przecięcie zbiorów stanowiące populację do badań .....                                                 | 107 |
| Rysunek 36. Cechy stałe populacji włączonej do badań ilościowych .....                                             | 110 |
| Rysunek 37. Klasyfikacja technik wyboru próby.....                                                                 | 112 |
| Rysunek 38. Schemat postępowania badawczego w sekwencyjnej strategii<br>eksploracyjnej.....                        | 134 |
| Rysunek 39. Wskazanie komplementarności zastosowania badań ilościowych .....                                       | 135 |
| Rysunek 40. Etapy procesu projektowania badania jakościowego .....                                                 | 135 |

## Spis równań

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Równanie 1. Wzór na minimalną liczebność próby w losowaniu warstwowym..... | 114 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|

## Spis tabel

|                                                                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1. Przegląd ujęć pojęcia retencji .....                                                                                                                                     | 23  |
| Tabela 2. Model zaangażowania zintegrowanego pracowników.....                                                                                                                      | 34  |
| Tabela 3. Przegląd ujęć pojęcia środowiska pracy .....                                                                                                                             | 44  |
| Tabela 4. Klasyfikacja szpitali według różnych kryteriów.....                                                                                                                      | 71  |
| Tabela 5. Wybrane czynniki różnicujące funkcjonowanie szpitali publicznych<br>i prywatnych w Polsce .....                                                                          | 72  |
| Tabela 6. Mediana, średni czas oczekiwania i liczba hospitalizacji w 2019 roku .....                                                                                               | 76  |
| Tabela 7. Czynniki wpływające na decyzję o wyborze miejsca pracy przez lekarzy.....                                                                                                | 81  |
| Tabela 8. Liczba absolwentów kierunku lekarskiego na 1000 mieszkańców .....                                                                                                        | 86  |
| Tabela 9. Średnia wieku lekarzy specjalistów w Polsce według płci .....                                                                                                            | 87  |
| Tabela 10. Priorytetowe dziedziny medycyny w latach 2003-2022 .....                                                                                                                | 88  |
| Tabela 11. Podsumowanie postępowania badawczego w rozdziałach teoretycznych.....                                                                                                   | 100 |
| Tabela 12. Liczba szpitali należących do PSZ w Wielkopolsce włączonych do badań<br>ilościowych .....                                                                               | 108 |
| Tabela 13. Liczba zidentyfikowanych oddziałów chorób wewnętrznych i chirurgii<br>ogólnej .....                                                                                     | 111 |
| Tabela 14. Liczba lekarzy według wyznaczonych warstw specjalizacji i poziomu<br>referencyjnego szpitala .....                                                                      | 111 |
| Tabela 15. Minimalna liczba wymaganych odpowiedzi według stopnia referencyjnego<br>i typu specjalizacji .....                                                                      | 115 |
| Tabela 16. Liczba uzyskanych odpowiedzi w podziale na warstwy.....                                                                                                                 | 120 |
| Tabela 17. Charakterystyka respondentów - lekarze chorób wewnętrznych ogółem.....                                                                                                  | 120 |
| Tabela 18. Charakterystyka respondentów - lekarze chirurgii ogólnej ogółem.....                                                                                                    | 121 |
| Tabela 19. Wyniki p-wartości dla testu Shapiro-Wilka dotyczącego rozkładu<br>normalnego dla czynników przyciągających i wypychających .....                                        | 123 |
| Tabela 20. Wyniki p-wartości dla testu Shapiro-Wilka dotyczącego rozkładu<br>normalnego dla czynników przyciągających i wypychających dla<br>specjalizacji i stopni szpitali ..... | 124 |
| Tabela 21. Wartości p-wartości uzyskane w teście Kruskala-Wallisa dla zasadności<br>rozważania podziału warstwowego według specjalizacji i stopni<br>referencyjnych szpitali ..... | 125 |
| Tabela 22. Przekroje warstw specjalizacji lekarskiej i stopnia referencyjności szpitala ...                                                                                        | 125 |
| Tabela 23. Wartości p-wartości dla oceny rozkładu normalnego w poszczególnych<br>przekrojach dla czynników przyciągających .....                                                   | 126 |
| Tabela 24. Wartości p-wartości dla oceny rozkładu normalnego w poszczególnych<br>przekrojach dla czynników wypychających .....                                                     | 126 |
| Tabela 25. Wartości p-wartości dotyczące zasadności szukania determinujących<br>czynników przyciągających w danej warstwie .....                                                   | 127 |

|                                                                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 26. Czynniki środowiska pracy wyróżniające się na tle pozostałych dla<br>poszczególnych warstw stanowiące czynniki determinujące dla chęci<br>kontynuowania pracy przez lekarza w danym szpitalu ..... | 128 |
| Tabela 27. Wartości p-wartości dotyczące zasadności szukania determinujących<br>czynników wypychających w danej warstwie .....                                                                                | 130 |
| Tabela 28. Czynniki wyróżniające się na tle pozostałych dla poszczególnych warstw<br>stanowiące czynniki determinujące chęć odejścia z danego szpitala .....                                                  | 131 |
| Tabela 29. Średni poziom zadowolenia lub frustracji z wykonywania pracy przez<br>lekarza w danym szpitalu .....                                                                                               | 132 |
| Tabela 30. Kryteria doboru ekspertów do badania .....                                                                                                                                                         | 137 |

## Spis załączników

**Załącznik 1 – Spis szpitali włączonych do systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w latach 2023-2027 w województwie wielkopolskim z oddziałami chorób wewnętrznych z podspecjalizacjami lub chirurgii ogólnej z podspecjalizacjami stanowiącymi cechę rzeczową populacji przyjętej do badań ilościowych**

| Stopień referencyjny szpitala | Nazwa szpitala                                                                                           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I                             | Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia sp. z o.o.                                                                |
|                               | SPZOZ Grodzisk Wielkopolski                                                                              |
|                               | SPZOZ im. dr. Kazimierza Hołtygi w Nowym Tomyślu                                                         |
|                               | SPZOZ w Kępnie                                                                                           |
|                               | SPZOZ w Kole                                                                                             |
|                               | SPZOZ w Krotoszynie                                                                                      |
|                               | SPZOZ w Międzychodzie                                                                                    |
|                               | SPZOZ w Obornikach                                                                                       |
|                               | SPZOZ w Słupcy                                                                                           |
|                               | SPZOZ w Szamotułach                                                                                      |
|                               | SPZOZ w Wolsztynie                                                                                       |
|                               | SPZOZ w Turku                                                                                            |
|                               | SPZOZ w Gostyniu                                                                                         |
|                               | SPZOZ w Kościanie                                                                                        |
|                               | Szpital miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu                                                         |
|                               | Szpital powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży                                                    |
|                               | Szpital powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie                                                   |
|                               | Szpital powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance                                                          |
|                               | Szpital powiatowy w Jarocinie                                                                            |
|                               | Szpital powiatowy w Rawiczu sp. z o.o.                                                                   |
|                               | Szpital powiatowy w Wyrzysku sp. z o.o.                                                                  |
|                               | Szpital powiatowy we Wrześni sp. z o.o.                                                                  |
|                               | Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o.o.                                                              |
|                               | Wojewódzki szpital dla nerwowo i psychicznie chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie |
|                               | ZOZ w Wągrowcu                                                                                           |

|              |                                                                                                                                              |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie                                                                                               |
| II           | NZOZ Centrum medyczne HCP sp. z o.o.                                                                                                         |
|              | Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.                                                                                          |
|              | Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie                                                                                                      |
|              | Szpital powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.                                                                               |
|              | Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.                                                                                      |
|              | Szpital Wojewódzki w Poznaniu                                                                                                                |
|              | Wojewódzki zespolony szpital w Lesznie                                                                                                       |
|              | Zespół ZOZ Ostrów Wielkopolski                                                                                                               |
| III          | Szpital specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica                                                                                       |
|              | Wielospecjalistyczny szpital miejski im. Józefa Strusia z zakładem opiekuńczo-leczniczym. SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej |
|              | Wojewódzki szpital zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie                                                                           |
|              | Wojewódzki szpital zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu                                                                                   |
| Ogólnopolski | SPZOZ MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego                                                                                       |
|              | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu                                                                                                   |

## Załącznik 2 - Kwestionariusz ankietowy wykorzystany w badaniach ilościowych

### Ankieta dla lekarzy rezydentów i specjalistów chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej

Szanowni Państwo,

Z rekomendacją Komisji ds. Szpitalnictwa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zwracam się z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w krótkim badaniu, które jest w pełni anonimowe, co oznacza, że nie jest możliwa identyfikacja tożsamości osób badanych, a zebrane dane będą analizowane w sposób grupowy i wykorzystane do celów naukowych do rozprawy doktorskiej (pyt. 1-5) oraz na potrzeby Komisji (pyt. 6). Udział w badaniu i przekazanie informacji jest dobrowolne. Wypełnienie ankiety zajmie około 6 minut, a uzyskane wyniki przyczynią się do rozpoznania i poprawy sytuacji w szpitalach publicznych.

W przypadku pytania lub sugestii proszę o kontakt [julianna.stasicka@phd.ue.poznan.pl](mailto:julianna.stasicka@phd.ue.poznan.pl). Dziękuję!

#### 1. W jakim stopniu poniższe czynniki organizacyjno-techniczne są istotne żeby chciał(a) Pan(i) kontynuować pracę w danym szpitalu i nie chciał(a) odejść?

1-zupełnie nieistotny (nie zatrzymuje mnie w szpitalu), 7-kluczowy (zatrzymuje mnie w pełni)

|                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Wyposażenie techniczne (np. narzędzia i urządzenia)                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| Organizacja pracy (np. metody, dyscyplina i podział pracy)                               |   |   |   |   |   |   |   |
| Organizacja świadczenia usług (np. właściwe wykorzystanie czasu i obciążenie pracownika) |   |   |   |   |   |   |   |
| Materialne środowisko pracy (czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne)                  |   |   |   |   |   |   |   |

#### 2. W jakim stopniu poniższe czynniki ekonomiczne są istotne żeby chciał(a) Pan(i) kontynuować pracę w danym szpitalu i nie chciał(a) odejść?

1-zupełnie nieistotny (nie zatrzymuje mnie w szpitalu), 7-kluczowy (zatrzymuje mnie w pełni)

|                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Świadczenia pieniężne (np. poziom i różnicowanie płac)  |   |   |   |   |   |   |   |
| Przywileje (np. prestiż społeczny, gratyfikacje)        |   |   |   |   |   |   |   |
| Warunki socjalno-bytowe (np. dofinansowanie wypoczynku) |   |   |   |   |   |   |   |
| Świadczenia socjalne (np. stołówki pracownicze)         |   |   |   |   |   |   |   |

#### 3. W jakim stopniu poniższe czynniki psychospołeczne są istotne żeby chciał(a) Pan(i) kontynuować pracę w danym szpitalu i nie chciał(a) odejść?

1-zupełnie nieistotny (nie zatrzymuje mnie w szpitalu), 7-kluczowy (zatrzymuje mnie w pełni)

|                                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Motywacja do pracy (np. stabilność zatrudnienia, rozwój kompetencji, kontakty ze współpracownikami i przełożonymi) |   |   |   |   |   |   |   |
| Stosunek do pracy (np. zainteresowanie pracą i zadowolenie z pracy)                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Warunki do samorealizacji (np. możliwość rozwoju zawodowego)                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| Bezpieczeństwo socjalne (np. stabilność dochodów i pewność pracy)                                                  |   |   |   |   |   |   |   |

#### 4. Proszę określić stopień frustracji/zadowolenia z wykonywania pracy w danym szpitalu.

|                                              |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-w pełni sfrustrowany, 7-w pełni zadowolony | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|

5. Proszę ocenić znaczenie czynników, które mogą spowodować chęć Pani/a odejścia z danego szpitala?

| 1-zupełnie nieistotne dla decyzji o odejściu , 7-kluczowe dla decyzji o odejściu                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Przewlekłe przemęczenie                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| Stres zawodowy (np. wynikający z charakteru pracy, zachowań pacjentów, relacji zawodowych)                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Niezadowolająca atmosfera pracy                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| Negatywne kontakty z pacjentami i ich rodzinami                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| Niższe stawki w sektorze publicznym niż prywatnym                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| Organizacja pracy na oddziale i w szpitalu                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Chęć dalszego rozwoju                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| Uczucie wypalenia zawodowego                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| Konflikty wśród współpracowników                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| Konflikt z dyrekcją szpitala                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| Niewłaściwa ergonomia pracy                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |
| Mobbing                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| Współpraca w zespole                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| Zbytne obciążenie obowiązkami administracyjnymi                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| Zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami |   |   |   |   |   |   |   |
| Zbyt mała ilość personelu lekarskiego i przeciążenie pracą                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Konieczność pracy w weekendy i święta                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| Konieczność dyżurowania ponad miarę (ponad założony przez siebie limit dyżurów)                                                    |   |   |   |   |   |   |   |

6. Proszę ocenić poniższe kwestie dotyczące oddziału, na którym wykonuje Pan(i) aktualnie pracę.

|                                                                                                        | TAK | NIE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy ilość lekarzy w danym oddziale według subiektywnej oceny jest wystarczająca?                       |     |     |
| Czy ilość lekarzy w oddziale wystarcza do wypełnienia grafiku dyżurowego?                              |     |     |
| Czy według Pana/Pani opinii oddziałowi grozi w najbliższym czasie zamknięcie z powodu braku personelu? |     |     |
| Czy musi brać Pan/Pani więcej dyżurów, niż by Pan/Pani chciał(a)?                                      |     |     |
| Czy rezygnacja z pracy jednego lekarza mogłaby spowodować zamknięcie oddziału?                         |     |     |

7. Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

8. Specjalizacja ☐ Choroby wewnętrzne ☐ Chirurgia ogólna ☐

9. Etap zawodowy ☐ Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego ☐ Lekarz specjalista ☐

10. Staż pracy w obecnym szpitalu

☐ Do roku ☐ 1-2 lata ☐ 3-5 lat ☐ 6-10 lat ☐ 11-20 lat ☐ Ponad 20 lat ☐

11. Typ zatrudnienia ☐ Umowa o pracę ☐ Samozatrudnienie ☐ Umowa zlecenie ☐ Inne .....

12. Oddział, na którym wykonuje Pan(i) głównie pracę – proszę podać pełną nazwę oddziału:

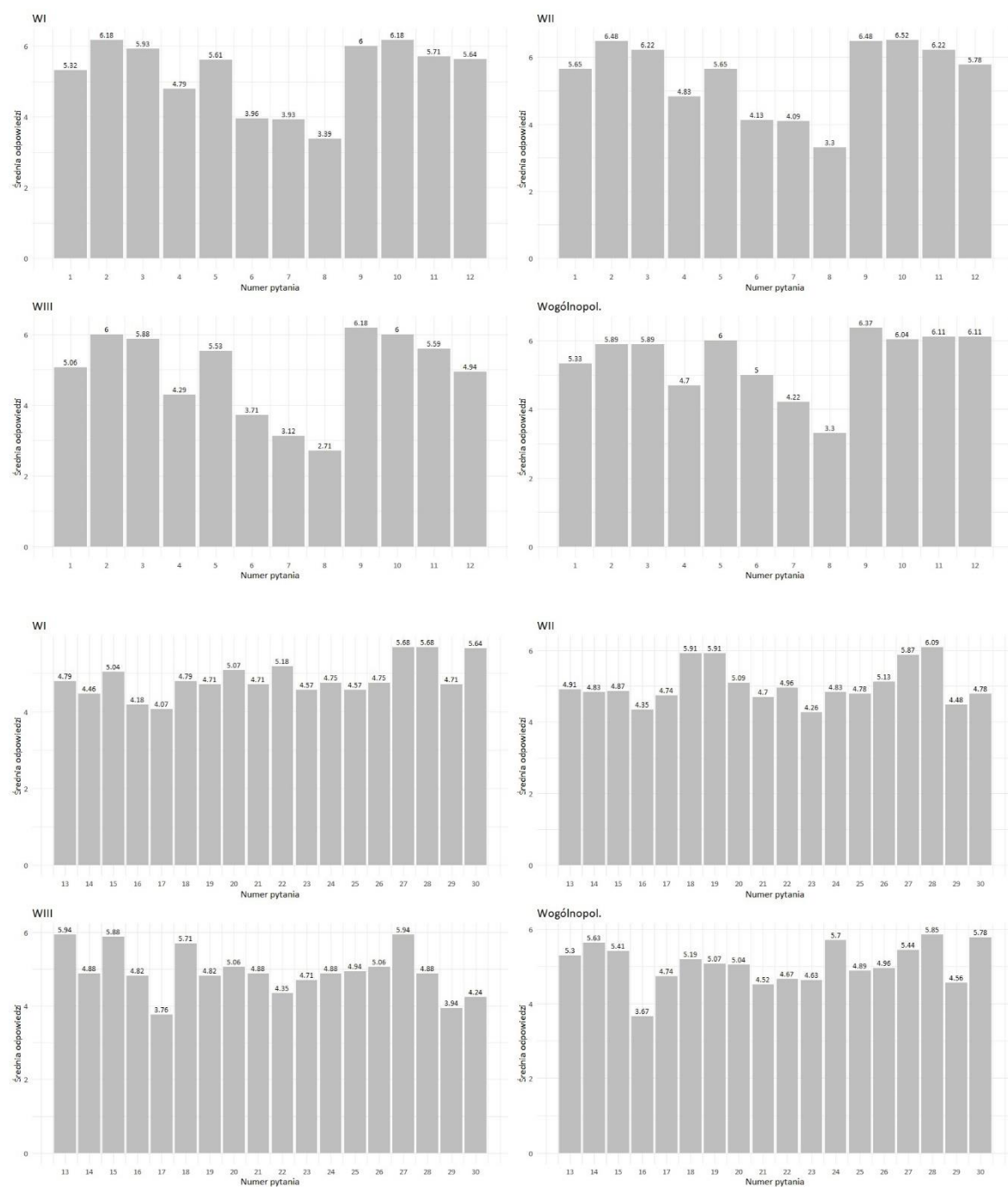
.....

13. Czy jest Pan(i) kierownikiem powyższego oddziału ☐ Tak ☐ Nie ☐

14. Proszę podać miasto i pełną nazwę szpitala zgodnie z miejscem otrzymania ankiety:

.....

### Załącznik 3 – Średnie dla czynników przyciągających i wypychających Lekarze chorób wewnętrznych



Legenda: WI – lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach I stopnia referencyjności; WII – lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach II stopnia referencyjności; WIII – lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach III stopnia referencyjności; Wogólnopol. – lekarze chorób wewnętrznych w szpitalach ogólnopolskich.  
Źródło: opracowanie własne.

## Lekarze chirurgii ogólnej



Legenda: CHI – lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach I stopnia referencyjności; CHII – lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach II stopnia referencyjności; CHIII – lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach III stopnia referencyjności; CHogólnopol. – lekarze chirurgii ogólnej w szpitalach ogólnopolskich.  
Źródło: opracowanie własne.

**Załącznik 4 – Opinia Komisji ds. Etyki Badań Naukowych prowadzonych z udziałem ludzi na UEP w sprawie badań jakościowych**



**Uchwała nr 1/2024  
Komisji ds. Etyki Badań Naukowych prowadzonych z udziałem ludzi na UEP  
z 12 stycznia 2024 roku  
w sprawie wniosku dr. hab. Marcina Golemskiego**

Komisja ds. Etyki Badań Naukowych prowadzonych z udziałem ludzi na UEP, działając na podstawie Regulaminu pracy Komisji ds. Etyki Badań Naukowych prowadzonych z udziałem ludzi na UEP, w obecności 8 członków, 8 głosami „tak” **zaopiniowała pozytywnie** wniosek 1/2024 dr. hab. Marcina Golemskiego (złożony 23 grudnia 2023 roku), dotyczący projektu badawczego „Badania jakościowe w postaci indywidualnych wywiadów pogłębionych z ekspertami do pracy doktorskiej pt. „Czynniki środowiska pracy determinujące zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce””, realizowanego przez mgr Julianę Stasicą.

Przewodniczący Komisji ds. Etyki Badań Naukowych  
prowadzonych z udziałem ludzi na UEP

dr Krzysztof Szwarek

al. Niepodległości 10  
61-875 Poznań  
tel. +48 61 856 90 00  
fax +48 61 856 90 00  
NIP: 777-00-05-497  
REGON 00000-1525

[www.ue.poznan.pl](http://www.ue.poznan.pl)

## **Załącznik 5 – Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego w badaniach jakościowych**

### **Wprowadzenie**

*Szanowny Panie,*

*Nazywam się Julianna Stasicka i jestem doktorantką na IV roku w Szkole Doktorskiej na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. Uprzejmie dziękuję za życzliwe przyjęcie mojego zaproszenia do udziału w indywidualnym wywiadzie pogłębionym, stanowiącym część badań jakościowych do mojej pracy doktorskiej pt. „Czynniki środowiska pracy determinujące zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce”. Wywiady przeprowadzam z osobami uznanymi jako eksperci w obszarze ochrony zdrowia w Polsce w zakresie zarówno teoretycznym, jak również w praktyce. Jestem wdzięczna, że Pani/Pana opinie wzbogacą moje badania.*

*Podczas dzisiejszego spotkania zamierzam porozmawiać o wynikach badania czynników środowiska pracy. Zostały one wyróżnione jako czynniki determinujące dla zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. W trakcie rozmowy zapytam Panią/Pana o rekomendacje dla szpitali publicznych w zakresie możliwych do wdrożenia rozwiązań i działań w obszarze środowiska pracy wspierających zatrzymanie lekarzy.*

*Na początku chciałabym przekazać kilka najbardziej istotnych informacji organizacyjnych, aby uporządkować dzisiejsze spotkanie.*

- Przewiduję, że spotkanie potrwa około 60 minut.*
- W pracy doktorskiej, Pani/Pana odpowiedzi zostaną umieszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację Pani/Pana tożsamości.*
- Jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę to spotkanie będzie nagrywane, żeby żadna z ważnych informacji nie została pominięta, ponieważ wszystko co Pani/Pan powie jest dla mnie niezwykle istotne. Zapewniam, że nagranie będzie służyło wyłącznie jako materiał znacząco ułatwiający mi dostęp do Pani/Pana słów i nie będzie nigdzie rozpowszechniane. Po przepisaniu treści Pani/Pana odpowiedzi nagranie zostanie usunięte. Biorąc udział w badaniu, wyraża Pani/Pan na to zgodę.*
- Każda wyrażona opinia jest dla mnie niezwykle cenna i nie istnieje uniwersalna poprawna odpowiedź. Dlatego zachęcam Panią/Pana do otwartego dzielenia się wiedzą i doświadczeniem.*

*Bardzo dziękuję za Pani/Pana czas i współpracę!*

## Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego

*W badaniach empirycznych skupiłam się na lekarzach chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej wykonujących pracę w szpitalach I, II, III stopnia i ogólnopolskich włączonych do systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkopolsce na lata 2023-2027.*

***Na początku chciałabym zapytać, co Pani/Pana zdaniem ma największe znaczenie w kontekście chęci kontynuowania przez lekarzy pracy w szpitalach publicznych?***

*Poniżej w dwóch tabelach (Tabela 1 i Tabela 2) znajdują się czynniki środowiska pracy, które są niezwykle istotne dla ankietowanych przeze mnie lekarzy i zostały wyłonione na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej.*

*Tabela 1 prezentuje czynniki determinujące dla chęci kontynuowania pracy przez lekarzy w szpitalach publicznych, w których wykonują pracę.*

*Tabela 2 prezentuje czynniki determinujące dla chęci odejścia lekarza z danego szpitala.*

*Chciałabym uprzejmie poprosić o Pani/Pana komentarz zaprezentowanych wyników, jako uzupełnienie treści oraz zaproponowanie działań możliwych do wdrożenia przez szpitale publiczne w obszarze środowiska pracy ukierunkowanych na zatrzymanie lekarzy.*

*W przypadku gdyby był dla Pani/Pana przydatny cały kwestionariusz ankietowy, który wykorzystywałam w trakcie badań ilościowych i widnieją w nim wszystkie badane czynniki to jest on dla Pani/Pana dostępny.*

*Proszę zapoznać się z Tabelą 1, a następnie przejdę do pytań.*

## Część 1 – Czynniki środowiska pracy determinujące chęć kontynuowania pracy przez lekarzy

Tabela 1. Czynniki środowiska pracy wyróżniające się na tle pozostałych dla poszczególnych warstw stanowiące czynniki determinujące dla chęci kontynuowania pracy przez lekarza w danym szpitalu.

| Typ szpitala<br>Spec.,<br>czynn. śr. pr. |           | I stopień                                                                                               | II stopień                                                                 | III stopień                                                                | Ogólnopolski                                                                                            |
|------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Choroby wewnętrzne                       | <b>OT</b> | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                                                  | - organizacja pracy                                                        | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                     | <i>brak czynników determinujących</i>                                                                   |
|                                          | <b>E</b>  | <i>brak czynników determinujących</i>                                                                   | <i>brak czynników determinujących</i>                                      | <i>brak czynników determinujących</i>                                      | <i>brak czynników determinujących</i>                                                                   |
|                                          | <b>P</b>  | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy                                                             | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy                                | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne |
| Chirurgia ogólna                         | <b>OT</b> | - wyposażenie techniczne<br>- organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                      | - organizacja pracy                                                        | - organizacja pracy<br>- organizacja świadczenia usług                     | <i>brak czynników determinujących</i>                                                                   |
|                                          | <b>E</b>  | - świadczenia pieniężne                                                                                 | - świadczenia pieniężne                                                    | - świadczenia pieniężne                                                    | - świadczenia pieniężne                                                                                 |
|                                          | <b>P</b>  | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - motywacja do pracy<br>- stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji | - stosunek do pracy<br>- warunki do samorealizacji<br>- bezpieczeństwo socjalne                         |

Legenda: OT – czynniki organizacyjno-techniczne, E – czynniki ekonomiczne, P – czynniki psychospołeczne,

Spec. – specjalizacja, Czynn. śr. pr. – czynniki środowiska pracy

Źródło: opracowanie własne.

1. Co Pani/Pan sądzi o tych wynikach?
2. Co sądzi Pani/Pan o zauważalnych różnicach w czynnikach wskazanych przez respondentów ze względu na specjalizację i stopień szpitala? Z czego te różnice mogą wynikać?

3. *Dlaczego Pani/Pana zdaniem stosunek do został uznany jako determinujący przez wszystkich respondentów niezależnie od specjalizacji i typu szpitala?*
4. *Jakie Pani/Pana zdaniem mogą być przyczyny tego, że dla ankietowanych lekarzy szpitali ogólnopolskich żadne czynniki organizacyjno-techniczne nie zostały wyłonione jako determinujące?*
5. *Jakie mogły być powody tego, że dla lekarzy chirurgii ogólnej niezależnie od przynależności do stopnia referencyjnego szpitala, spośród czynników ekonomicznych świadczenia pieniężne zostały wyłonione jako determinujące?*
6. *Dlaczego Pani/Pana zdaniem dla lekarzy chorób wewnętrznych żadne czynniki ekonomiczne nie zostały wyłonione jako determinujące? Czy na tej podstawie można stwierdzić, że dla lekarzy chorób wewnętrznych czynniki ekonomiczne są na odpowiednim poziomie?*
7. *Motywacja do pracy została wskazana jako czynnik determinujący niemal przez wszystkich respondentów z wyjątkiem chirurgów wykonujących pracę w szpitalach ogólnopolskich. Czy Pani/Pana zdaniem obecna sytuacja w publicznej ochronie zdrowia odzwierciedla to, że motywacja do pracy jest kluczowa dla zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych?*
8. *Jakie Pani/Pana zdaniem można wdrożyć główne działania na oddziałach lub w szpitalach dla lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej ukierunkowane na zatrzymanie ich w szpitalach publicznych w obszarze psychospołecznym?*
9. *Jakie Pani/Pana zdaniem można wdrożyć główne działania na oddziałach lub w szpitalach wdrożyć w obszarze organizacyjno-technicznym?*
10. *Czy Pani/Pana zdaniem występują jakieś pewne wspólne obszary umożliwiające wprowadzenie zmian w szpitalach publicznych i przygotowanie rekomendacji jako działań ogólnych, bez względu na stopień referencyjny szpitala lub specjalizację?*
11. *Jakie główne wnioski w zakresie działań możliwych do wdrożenia przez szpitale można by wskazać na podstawie powyższych wyników?*

*Bardzo dziękuję za Pani/Pana odpowiedzi do pierwszej części pytań związanych z Tabelą 1. Poniżej, w Tabeli 2 znajdują się czynniki uznane jako determinujące na tle innych w kontekście chęci odejścia lekarza z danego szpitala. Uprzejmie proszę zapoznać się z Tabelą 2, a następnie przejść do pytań.*

## Część 2 – Czynniki środowiska pracy determinujące chęć odejścia z danego szpitala

Tabela 2. Czynniki wyróżniające się na tle pozostałych dla poszczególnych warstw stanowiące czynniki determinujące chęć odejścia z danego szpitala.

| Typ szpitala<br>Specjalizacja | I stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | II stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | III stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ogólnopolski                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Choroby wewnętrzne</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- konieczność dyżurowania ponad założony przez siebie limit dyżurów</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- chęć dalszego rozwoju</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała ilość personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- niezadowalająca atmosfera pracy</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- konieczność dyżurowania ponad założony przez siebie limit dyżurów</li> <li>- mobbing</li> <li>- stres zawodowy</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>            |
| <b>Chirurgia ogólna</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewlekłe przemęczenie</li> <li>- organizacja pracy na oddziale i w szpitalu</li> <li>- nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> <li>- zbyt mała liczba personelu lekarskiego i przeciążenie pracą</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- chęć dalszego rozwoju</li> <li>- mobbing</li> <li>- współpraca w zespole</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi</li> <li>- zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy popełnione poprzez niewłaściwą organizację pracy lub przeciążenie obowiązkami</li> </ul> |

Źródło: opracowanie własne.

12. Najczęściej pojawiającym się czynnikiem determinującym było zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarza za błędy wynikające z niewłaściwej organizacji pracy lub przeciążenia obowiązkami. Jak Pani/Pana zdaniem ten czynnik może determinować chęć odejścia lekarza z danego szpitala? Jakie działania naprawcze szpital może wdrożyć w omawianym obszarze?
13. Jakie Pani/Pana zdaniem mogą być przyczyny tego, że dla lekarzy chirurgii ogólnej w szpitalach 2 stopnia i ogólnopolskich zostało wyłonione jako czynnik determinujący obciążenie obowiązkami administracyjnymi? Jakie działania w tym obszarze mogłyby zostać wdrożone przez szpitale publiczne?
14. Jakie Pani/Pana zdaniem mogą być przyczyny tego, że tylko dla lekarzy chorób wewnętrznych w szpitalach 1 stopnia i ogólnopolskich konieczność dyżurowania ponad miarę został wyłoniony jako czynnik determinujący chęć odejścia z danego szpitala? Co mogłyby zrobić szpitale publiczne dla poprawy tej sytuacji?
15. Jakie Pani/Pana zdaniem można wdrożyć główne działania w zakresie ograniczenia znaczenia czynników wypychających lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej?
16. Jakie główne wnioski w zakresie działań możliwych do wdrożenia przez szpitale mogłaby Pani/ mógłby Pan zasugerować na podstawie powyższych wyników?

Dziękuję za Pani/Pana odpowiedzi. Kończąc, chciałabym zadać pytania stanowiące podsumowanie dzisiejszej rozmowy oraz okazję do uzyskania od Pani/Pana dodatkowych informacji, które mogą pogłębić moje rozważania.

### **Część 3 – Podsumowanie i wnioski końcowe**

17. Jakie Pani/Pana zdaniem są główne obszary na które szpitale publiczne powinny zwrócić uwagę w celu zatrzymania lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej?

To wszystkie pytania przygotowane przeze mnie do dzisiejszej rozmowy. Natomiast jeśli są jakieś zagadnienia, które chciał(a)by Pani/Pan rozszerzyć lub pogłębić to bardzo proszę.

Uprzejmie dziękuję za Pani/Pana pomoc, czas i rozmowę

## **Załącznik 6 – Transkrypcja przykładowego indywidualnego wywiadu pogłębionego zrealizowanego z ekspertem**

[B-badacz]: *Dzień dobry, Nazywam się Julianna Stasicka i jestem doktorantką na IV roku w Szkole Doktorskiej na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. Uprzejmie dziękuję za życzliwe przyjęcie mojego zaproszenia do udziału w indywidualnym wywiadzie pogłębionym, stanowiącym część badań jakościowych do mojej pracy doktorskiej pt. „Czynniki środowiska pracy determinujące zatrzymanie lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce”. Wywiady przeprowadzam z osobami uznanymi jako eksperci w obszarze ochrony zdrowia w Polsce. Jestem wdzięczna, że Pana opinie wzbogacą moje badania.*

*W badaniach empirycznych skupiłam się na lekarzach chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej wykonujących pracę w szpitalach I, II, III stopnia i ogólnopolskich włączonych do systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkopolsce na lata 2023-2027. Podczas dzisiejszego spotkania zamierzam porozmawiać o wynikach badania czynników środowiska pracy. Zostały one wyłonione jako czynniki determinujące dla zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce. W trakcie rozmowy zapytam Pana o rekomendacje dla szpitali publicznych w zakresie możliwych do wdrożenia rozwiązań i działań w obszarze środowiska pracy wspierających zatrzymanie lekarzy. Na początku chciałabym przekazać kilka najbardziej istotnych informacji organizacyjnych, aby uporządkować dzisiejsze spotkanie. Przewiduję, że spotkanie potrwa około 60 minut. W mojej pracy doktorskiej Pana odpowiedzi zostaną umieszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację Pana tożsamości. Jeśli wyrazi Pan zgodę to spotkanie będzie nagrywane, żeby żadna z ważnych informacji nie została pominięta, ponieważ wszystko co Pan powie jest dla mnie niezwykle istotne. Zapewniam, że nagranie będzie służyło wyłącznie jako materiał znacząco ułatwiający mi dostęp do Pana słów i nie będzie nigdzie rozpowszechniane. Po przepisaniu treści Pana odpowiedzi nagranie zostanie usunięte. Czy wyraża Pan zgodę na nagrywanie spotkania?*

[OB – osoba biorąca udział w badaniu]: *Oczywiście.*

[B]: *Bardzo dziękuję. Na początku chciałabym zapytać, co Pana zdaniem ma największe znaczenie w kontekście chęci kontynuowania pracy przez lekarzy w szpitalach publicznych w Polsce?*

[OB]: *Myślę, że przede wszystkim trzeba mieć dużo pasji, że pracować w szpitalu w Polsce. Praca w szpitalu jest niepowtarzalna pod wieloma względami. Po pierwsze, trafiają tam raczej najciężej chorzy ludzie i często tacy, którzy wymagają stałej lub nagłej pomocy. Po drugie, występuje ciągła współpraca między wieloma lekarzami różnych specjalności – nie pracuje się więc samemu jak np. w gabinecie. Poza tym, może być konieczność, żeby zwołać małe „konsylium”, które niekoniecznie musi spotykać się w jednym miejscu i czasie: wysyła się prośbę o konsultację, która przychodzi ciągu kilku godzin i na tej podstawie podejmuje się kolejne decyzje. To jak składanie puzzli, które daje poczucie, że w końcu uda się do czegoś dojść i rozwiązać zagadkę, która doprowadzi do zdrowia chorego. To jest bardzo przyjemne i daje satysfakcję. Poza tym, to co może być plusem pracy w szpitalu, jest też często minusem, bo praca z drugim człowiekiem jest wymagająca. Może się wspólnie z innymi lekarzami pracować bardzo dobrze i osiągać super efekty, a może się pracować źle, na przykład ze względu na różnicę charakterów. Niezależnie czy to interna, czy chirurgia. Niektórzy nie chcą pracować w szpitalu i nawet sami siebie „dyskwalifikują”, bo stwierdzają, że oni nie chcą się angażować w jakieś „przepychanki”, etc. Szpital to ogromne miejsce pracy. Im więcej ludzi pracuje w danym systemie, tym większe na każdym przeskoku relacji ludzkiej może być opóźnienie. Jak zsumuje się etapy, to na każdym z nich może być strata kilku minut i na koniec dnia okazuje się, że nie zrobi się ostatniego zabiegu, bo wykracza poza dostępny czas. To powoduje, że „pacjent spada”, czyli wypada z planu operacyjnego, bo nie ma możliwości, żeby go zoperować planowo tego dnia. Dla systemu to są gigantyczne straty. Potem my, jako lekarze-operatorzy musimy za to odpowiadać: iść do pacjenta, powiedzieć dlaczego nie został znieczulony i zoperowany. Należy pamiętać, że są różne czynniki opóźnień, nawet przyczyny czysto techniczne. Jeszcze jest jedna kwestia, że poza tym, że pracuje się z innymi oddziałami, to pracuje się z konkretnymi ludźmi na swoim oddziale. Jeżeli oddziały są budowane poprawnie – lekarz po ukończeniu rezydentury chce pozostać częścią tego oddziału. Każdy lekarz rezydent jest na umowie o pracę, zależnie kto mu płaci w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim, ale jest przypisany do danego szpitala i zostaje częścią zespołu, ale tylko na czas szkolenia. Więc jeśli chce zostać – ma to oczywiste*

*plusy, jak np. znajomość personelu, folkloru czy poczucie lojalności wobec miejsca pracy. Myślę, że ta ciągłość też jest motywująca, żeby zostać w szpitalu. To są główne przyczyny dla których ludzie chcą pracować.*

*B: Dziękuję za obszerne wyjaśnienie i podzielenie się spostrzeżeniami. Teraz chciałabym przejść do uzyskanych przeze mnie wyników. Tabela 1 prezentuje czynniki determinujące dla chęci kontynuowania pracy przez lekarzy w szpitalach publicznych, w których wykonują pracę. Podzieliłam je według specjalizacji lekarzy, stopnia referencyjnego szpitala i typu czynników, wyróżniając czynniki organizacyjno-techniczne, ekonomiczne i psychospołeczne. Chciałabym zapytać, co Pan sądzi o tych wynikach?*

*OB: Na pierwszy rzut oka z czynników ekonomicznych widać, że wszędzie w chorobach wewnętrznych jest brak czynników determinujących. To znaczy, że jakiś inny czynnik musi zatrzymywać lekarzy internistów. Chirurgia w każdym miejscu ma świadczenia pieniężne. Warto się zastanowić ile procent lekarzy chorób wewnętrznych jest na etacie, ilu jest na kontrakcie. Podobnie, jak to wygląda w chirurgii ogólnej. Generalnie zabiegówki są dobrze opłacane, bo płaci się najczęściej od zabiegu. Jak lekarz ma kontrakt to dostaje pewien procent, więc im lepiej jest wyceniany zabieg i wyższy wynegocjowany procent od zabiegu - tym więcej pieniędzy lekarz zarobi. Im więcej zabiegów lekarz robi w ciągu dnia – tym więcej zarobi. Nawet jeśli jest kontrakt na chorobach wewnętrznych to nie można przeliczyć wyleczonych pacjentów na dzień, bo nie da tego się tak policzyć.*

*B: Czy mogę to rozumieć tak, że gdyby w moich badaniach wyszło, że więcej internistów jest na umowę o pracę to mogłoby mieć sens, że wynagrodzenia ich nie zatrzymują, ponieważ są znacznie niższe niż na kontrakcie?*

*OB: Tak, zdecydowanie. Kontakt został kiedyś wprowadzony po to, żeby lekarze chcieli pracować więcej, niż by wynikało to z etatu. Żeby nadrobić pewne braki w zabiegach, świadczeniach, stwierdzono, że lekarze mogą pracować gdzie chcą i ile chcą, jako firma. Bardzo łatwo jest zlecić komuś wykonanie zabiegu i jest to proste do wyceny. Natomiast trudno jest wycenić wyleczenie pacjenta. Teoretycznie i tak to się robi, bo tak rozliczane są oddziały, że świadczenia które wykonuje się pacjentowi są pojedynczo wyceniane. Potem*

NFZ zwraca pieniądze za to, co pacjentowi się zrobiło. To też powoduje pewne problemy, jak coś jest wyceniane i czy ktoś dobrze te procedury rozlicza. Szpital też zarabia na chirurgiach, nie na internach. Dlatego się często mówi, że niektóre oddziały powinny się balansować innymi. Ortopedia, neurochirurgia, okulistyka – są bardzo dochodowymi oddziałami. Intensywną terapią to oddział, gdzie w ciągu ostatnich kilku godzin życia można przeznaczyć na pacjenta kilkadziesiąt tysięcy złotych. Trzeba to jakoś zrekompensować i dlatego szpital powinno traktować się jako jeden organizm.

B: To bardzo ciekawe spostrzeżenie. Mogę sprawdzić w swojej pracy ile procent lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej zaznaczyło dany typ zatrudnienia.

OB: Wielkopolska jest bardzo mocno kontraktowa, więc jest duża szansa, że dużo internistów to też są kontraktowcy.

B: Wróćmy proszę do wyników dotyczących czynników zatrzymujących lekarzy. Jakie Pana zdaniem jeszcze wyłaniają się wnioski z uzyskanych wyników?

OB: Ciekawe jest to, że motywuje organizacja pracy. To jest ciekawe, bo wydaje mi się, że raczej lekarze narzekają jak jest prowadzona organizacja pracy w szpitalach. Raczej mają problemy z dogadaniem się z dyrekcją. Bardzo trudno przeprowadza się reformy w szpitalach, na przykład informatyczne, bo jest bardzo duży opór ze strony pracowników – stare przyzwyczajenia trudno wykrzewić. Często oddziały to małe księstwa i zależy do kogo należy szpital. Czy jest spółką akcyjną, czy należy do państwa. Jeśli chodzi o organizację pracy to jest to bezpieczeństwo, które daje szpital. W przypadku umowy o pracę problem, jak np. zdarzenie medyczne, jest przerzucany na szpital i lekarz odpowiada do trzech średnich pensji, więc to też daje bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo, że ma się kolegów z którymi można się skonsultować, gdy ma się zabieg. Kwestia zespołu też jest bardzo ważna, szczególnie w szpitalach, które działają. Jeśli jest coś pozytywnego w danym miejscu pracy to organizacja pracy ma swoje duże korzyści.

B: Dziękuję. Motywacja do pracy została wskazana jako czynnik determinujący niemal przez wszystkich respondentów z wyjątkiem chirurgów wykonujących pracę w szpitalach

ogólnopolskich. Czy Pana zdaniem obecna sytuacja w publicznej ochronie zdrowia odzwierciedla to, że motywacja do pracy jest kluczowa dla zatrzymania lekarzy w szpitalach publicznych?

OB: Trzeba mieć odpowiedni stosunek, żeby pracować w szpitalu. W szpitalach są zazwyczaj dwa typy ludzi. Ludzie, którzy w ogóle się nie znają na negocjacjach lub ludzie, którzy bardzo dobrze znają się na negocjacjach. Jedni zarabiają gigantyczne pieniądze dlatego, że znaleźli się w danym punkcie, bo potrafią zrobić dane rzeczy i ściągnąć pacjentów, a dla szpitala to przychód. Są też ludzie nieasertywni, którym jest wygodnie. Przychodzą do pracy rano, wychodzą o 14:35 i mają spokój. W tych wynikach widzę obraz dobrego oddziału, gdy ktoś jest zadowolony z organizacji pracy. Czyli osoba, która mówi, że ma warunki do samorealizacji, jest zmotywowana i ma dobry stosunek to pracy.

B: Rozumiem. Teraz chciałabym się zastanowić nad rozwiązaniami, które można zaproponować jako rekomendacje do wdrożenia. Jakiego Pana zdaniem można wdrożyć główne działania na oddziałach lub w szpitalach dla lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w kontekście ich zatrzymania?

OB: Szpitale są od tego, żeby leczyć ludzi chorych. Myślę, że jeśli szpital ma problemy finansowe to coś w nim nie gra, nie ma z czego płacić pracownikom. A jeśli nie ma tych problemów to może rozszerzać swoją działalność, więc lekarze też są bardziej skłonni, żeby nie brać dodatkowego wynagrodzenia, bo na przykład mogą zrobić zabieg, na którym im bardzo zależy, żeby go przeprowadzić. To też jest bardzo mocny motywator. Myślę, że dla zabiegowców jest bardzo ważne, żeby zabiegi się odbywały. I ważne, żeby były zabiegi, które tych ludzi interesują. Przynajmniej jakaś część. Żeby zrobić jeden zabieg, na którym lekarzowi zależy, robi dziesięć „nudnych”. Warto byłoby zrobić zespoły i spotkania ordynatorskie, jak zorganizować pracę między sobą, jakie ustalić zasady np. konsultacji kardiologicznych, czy anestezyjologicznych, żeby pacjent był możliwie najszybciej przygotowany do zabiegu. Albo w drugą stronę, jeżeli pacjent jest na internie to potrzebne są konsultacje i jeśli szybko zostanie przekazana odpowiedź to zmniejsza się czas oczekiwania pacjenta na odpowiednie leczenie. Szybciej dochodzi się do pewnych wniosków, pacjent szybciej wychodzi ze szpitala i więcej szpital na tym zarobi, mniej straci.

*Zaczętem od ordynatorów, bo to jest najważniejsze, ale warto słuchać wszystkich pracowników. Myślę, że można by robić taką ankietyzację „co najbardziej przeszkadza”, np. brak sprzętu na bloku.*

*B: Czy ma Pan na myśli ankiety wśród wszystkich pracowników?*

*OB: Myślę, że warto spytać każdego, tylko pod innym kątem. Stażysta nie jest aż tak związany ze szpitalem, ale można zacząć od rezydenta i przejść do ordynatorów. Każdy pokazałby swoją perspektywę na dane miejsce pracy. Myślę, że każda perspektywa jest ważna i warto mieć podejście, że każdy pracownik jest cenny. Warto walczyć o to, żeby utrzymać lekarzy, pielęgniarki, techników, etc. w miejscu pracy i wsłuchiwać się w te wyniki, bo bardzo trudno jest zbudować zespół od nowa.*

*B: Bardzo dziękuję. Myślę, że możemy przejść do czynników wypychających. Tabela 2 prezentuje czynniki determinujące dla chęci odejścia lekarza z danego szpitala. Chciałabym, podobnie jak wcześniej, zapytać co Pan sądzi o tych wynikach?*

*OB: Każdy, kto ma związek z Izdami lub związkami zawodowymi, zwróci uwagę na zagrożenie odpowiedzialnością karną lekarzy. Myślę, że no fault zostanie raczej wcześniej niż później wprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia. Strach przed odpowiedzialnością karną jest generalnie czymś dobrym, bo jest dodatkowym impulsem do tego, żeby jeszcze włożyć dodatkowy wysiłek w porządnosc. Nie ma wielu przypadków, gdy faktycznie skazuje się lekarzy, to około 5%, natomiast sama wizja procesów sądowych, powoływania biegłych i trwanie tego latami dewastuje psychikę i dobre imię lekarza. Do czasu stwierdzenia winy jest domniemanie niewinności, ale bardzo trudno walczy się z hejtem, szczególnie w Internecie.*

*B: W jaki sposób Pana zdaniem szpital mógłby wesprzeć lekarza w temacie odpowiedzialności karnej?*

*OB: Dobry zespół będzie chronił lekarza. Gdy jest do podjęcia decyzja w sprawie pacjenta, bez znaczenia czy w sprawie zabiegu, czy postępowania zachowawczego terapeutycznego*

*na internie, i lekarze pochylą się nad tym na konsylium lekarskim, można wpisać w obserwacjach, że „decyzją konsylium lekarskiego podjęto decyzję, że...”. Bardzo trudno jest ukarać grupę lekarzy, bo występuje niska szansa, że tyle osób pomyli się w ocenie na raz. Jednostkowa decyzja, która jest błędna, może zostać podważona, a gdy jest zespół to widać, że np. jakieś niepowodzenie nie było oczywiste i włożono duży wysiłek intelektualny w daną sprawę. Dlatego lekarze też cenią zespoły, bo czują się bezpiecznie. Nawet jeśli muszą podjąć decyzję, która jest trudna, np. zaprzestać leczenia to można mieć kogoś, kto wesprze, np. starszych kolegów, którzy wesprą autorytetem. Dlatego należy przeciwdziałać, a nie leczyć.*

B: Rozumiem. Czy jeszcze jakieś komentarze nasuwają się Panu w kontekście uzyskanych wyników?

OB: Konieczność dyżurowania ponad założony limit to coś co zabija lekarzy.

B: Dlaczego według Pana tak się dzieje?

OB: Są bardzo różne powody. Mobbing, poczucie misji względem swoich pacjentów, czy pacjenta, którego przyjmowało się na oddział. Lekarze w jakimś stopniu, nawet minimalnie, przywiązują się do swoich pacjentów. Ponadto nie można prowadzić oddziału bez dyżurowania. Dyżurowanie jest słabo wynagradzane. Jest się poza domem, słabo śpi, generalnie same minusy. W chirurgii ogólnej tego tutaj nie wskazano. W związku z tym widzę dwa wnioski. Jeśli chce się operować to się dyżuruje i traktuje się to niejako jako „koszt odliczany przychodu”. To się łączy z brakami kadrowymi i przeciążeniem pracą w obu specjalizacjach. Co ciekawe, w szpitalu ogólnopolskim mobbing jest w chorobach wewnętrznych, a w chirurgii nie. Trudno mi to wytłumaczyć, to zastanawiające. Im wyższy stopień referencyjności tym robi się większy prestiż, więc chęć prestiżu może wiązać się z pewnym poświęceniem. Tam jest większa hierarchizacja, operator, pierwsza asysta, druga asysta, drugi rzęd, trzeci rzęd i czwarty rzęd... Jest pewnego rodzaju feudalizm. W mniejszych komórkach, gdzie jest dużo pracy, nie ma czasu, żeby kogoś delegować – trzeba jak najszybciej stworzyć zespół, żeby pracować w kierunku sukcesu. Szpitale powiatowe pod tym względem są też wiodące w zakresie warunków szkoleniowych, mimo

*że mogłoby się wydawać, że idealne warunki powinny być w szpitalach klinicznych. Tak nie jest. Też im większy jest szpital tym trudniejsza jest organizacja wszystkich pracowników. Łatwiej mieć kilka mądrze rozlokowanych szpitali i wtedy pacjent ma też lepszą opiekę, bo jest bliżej.*

*B: Chciałabym zapytać jakie Pana zdaniem są główne obszary, na które szpitale publiczne powinny zwrócić uwagę w celu zatrzymania lekarzy chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej?*

*OB: Zacznę od marko, wskazując no fault, jako bezpośredni apel wszystkich lekarzy do polityków. Dużo spraw wynika z zaniedbań systemowych i nie są one winą szpitala. W zakresie organizacji pracy na oddziale bardzo dużo zależy od tego kto bezpośrednio nim kieruje. Czy jest ordynator, który budzi szacunek. Zdecydowanie szpitale musiałyby się bardzo skupić na tym, kto po emerytowanych lekarzach mógłby przejąć oddział. Zbyt mała liczba personelu to postulat z którym bym uważał. Rząd podjął decyzję, że będziemy produkowali lekarzy. Nie o to chodzi. Warto byłoby pójść do szpitali, w których czynniki są pozytywne i wszystko działa, żeby sprawdzić co jest tą tajemnicą. Patrząc na te wyniki operujemy na skrajnościach: z jednej strony lekarze są zadowoleni, z drugiej strony mają czynniki, które mogą spowodować więzienie. To coś czego wiele osób nie wytrzymuje. Trzeba mieć trochę żyłkę hazardzisty żeby pracować w szpitalu. To jednych przyciąga, a innych odpycha. Warto zastanowić się jak ocalić to sito, że ludzie w szpitalach to ludzie z największą pasją i najwięksi specjaliści. Tak, żeby były bardzo wysokie wymagania względem ludzi, którzy są w szpitalach „top of the top” i są oni super wynagradzani.*

*B: Chciałabym dopytać, jakie Pana zdaniem byłoby najważniejsze działanie do wdrożenia stricte w szpitalu ukierunkowane na zatrzymanie lekarzy?*

*OB: Myślę, że zwiększenie pieniędzy za dyżurowanie.*

*B: Rozumiem, a gdyby zwrócić uwagę na czynniki pozafinansowe to co Pana zdaniem byłoby istotne?*

OB: *Przyjrzenie się organizacji pracy i zrobienie wewnętrznego audytu, w jaki sposób są delegowane zadania, jak przebiega wydawanie poleceń służbowych, jak przebiega proces leczniczy, bo to może ludzi demotywować. To jest bardzo trudne, ale to najprostsza rzecz, którą można wyciągnąć. Przewlekłe przemęczenie będzie wynikało z dyżurów, mobbing jest bardzo trudny do namierzenia i wykrzewienia. Młody człowiek nie będzie tego zgłaszał, bo chce ukończyć specjalizację, więc się nie wychyla. Organizacja pracy na oddziale i w szpitalu to może być polepszenie systemów informatycznych i zmniejszenie papierologii. Zatrudnienie asystentów medycznych. Zatrudnienie większej liczby i lepsze płacenie pielęgniarkom. Zdecydowanie zespół: oddział, który nie ma dobrego zespołu pielęgniarskiego jest niemal niemożliwy do prowadzenia. Warto byłoby się pochylić nad organizacją pracy – nie tylko lekarzy.*

B: *Bardzo dziękuję za Pana czas, wartościową rozmowę i wszystkie informacje.*

OB: *Dziękuję.*