POLITECHNIKA ŚLĄSKA W GLIWICACH

Wydział Organizacji i Zarządzania

PPRACA DOKTORSKA

OCENA SKUTECZNOŚCI METOD ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA

Krzysztof Skowron

Promotor:

dr hab. Małgorzata Baron-Wiaterek,

prof. nzw. Pol. Śl.

SPIS TREŚCI

	Str.
WSTĘP……..... 3	
ROZDZIAŁ I. SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE……... 11	
1.1. Przesłanki wyznaczające działalność polskich placówek służby zdrowia……...	11
1.2. Zróżnicowanie sektora służby zdrowia w Polsce…….	17
1.3. Przekształcenia polskiego systemu ochrony zdrowia……...	23
1.4. Grupy pracownicze zatrudnione w jednostkach służby zdrowia…….	29
ROZDZIAŁ II. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA SKUTECZNOŚCI FUNKCJONOWANIA PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA……... 33	
2.1. Podstawowe zagadnienia dotyczące skuteczności……...	33
2.2. Zasadnicze przesłanki sprawności funkcjonowania organizacji służby zdrowia….	37
2.3. Wyznaczniki skuteczności funkcjonowania placówek służby zdrowia……...	46
2.3.1. Efektywność……..	46
2.3.2. Dostępność……...	49
2.3.3. Jakość……	51
2.4. Wpływ zasobów ludzkich na skuteczność funkcjonowania służby zdrowia……....	53
ROZDZIAŁ III. PRZESŁANKI FORMALNO-PRAWNE ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY……. 61	
3.1. Podstawy prawne zarządzania czasem pracy……...	61
3.1.1. Regulacje czasu pracy w Unii Europejskiej……..	61
3.1.2. Polskie rozwiązania dotyczące czasu pracy……..	66
3.2. Formy zatrudniania pracowników ochrony zdrowia w świetle zarządzania czasem……..	67
3.2.1. Istota stosunku pracy……..	68
3.2.2. Zatrudnienie klasyczne……..	69
3.2.3. Etaty rezydenckie……	70
3.3. Elastyczne formy czasu pracy w placówkach służby zdrowia…….	71
3.3.1. Pozapracownicze zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych……...	73
3.3.2. Umowy nienazwane……	76
ROZDZIAŁ IV. METODY I NARZĘDZIA ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA……. 81	
4.1. Zarządzanie czasem pracy – zagadnienia ogólne…….	81
4.2. Współczesne koncepcje i metody zarządzania czasem pracy……..	88
4.3. Podstawowe narzędzia zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia..	95
4.3.1. Wymiar i norma czasu pracy……	96
4.3.2. Doba pracownicza……..	99
4.3.3. Tydzień pracowniczy i okres rozliczeniowy……...	100
4.3.4. Rozkłady i systemy czasu pracy……	102
4.3.5. Pojęcie dyżuru medycznego……..	109
4.3.6. Praca w godzinach nadliczbowych…….	113

ROZDZIAŁ V. PROBLEMATYKA I ORGANIZACJA BADAŃ WŁASNYCH.. 117
5.1. Określenie problemu badawczego, przedmiotu, podmiotu oraz zakresu badań…. 117
5.2. Model badawczy……... 117
5.3. Organizacja badań własnych…… 120
5.3.1. Badania jakościowe (I etap badań empirycznych)……... 122
5.3.2. Charakterystyka badanej próby……... 125
5.3.3. Badania ilościowe (II etap badań empirycznych)……. 129
5.3.3.1. Narzędzie badawcze…….. 130
5.3.3.2. Weryfikacja statystyczna narzędzia badawczego…….. 132
5.4. Kierunki analiz statystycznych……. 143

ROZDZIAŁ VI. ANALIZA BADAŃ EMPIRYCZNYCH…… 151
6.1. Opis wyników badań jakościowych……. 151
6.2. Opis wyników badań ilościowych…… 169
6.2.1. Ocena skuteczności metod zarządzania czasem pracy dla wszystkich Jednostek……... 170
6.2.2. Ocena skuteczności dla grup jednostek…….. 177
6.2.3. Ocena skuteczności ze względu na kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy…… 206
6.2.3.1. Forma zatrudnienia…… 206
6.2.3.2. Dyżury medyczne…….. 229
6.2.3.3. System czasu pracy…… 248
6.2.3.4. Praca w godzinach nadliczbowych…… 252
6.2.3.5. Elastyczność czasu pracy……... 258
6.2.3.6. Elastyczność zatrudnienia…….. 267
6.2.4. Analiza zależności między poszczególnymi wymiarami – korelacja……. 271
6.3. Weryfikacja hipotez badawczych……. 276
6.4. Podsumowanie wyników badań……... 292

ZAKOŃCZENIE……... 297

SPIS RYSUNKÓW…… 305

SPIS TABLIC…… 309

SPIS TABEL…….. 310

BIBLIOGRAFIA……... 315

ZAŁĄCZNIKI……... 336

WSTĘP

1. Uzasadnienie wyboru tematu

Działania reformatorskie wobec systemu opieki zdrowotnej, podjęte w Polsce w końcu lat 90. ubiegłego wieku, spowodowały zasadniczą zmianę warunków, zasad i mechanizmów funkcjonowania organizacji go tworzących. Sankcjonowały to przyjęte w tym celu regulacje prawne, u podstaw których legły określone koncepcje kształtowania modelu opieki zdrowotnej, możliwości państwa oraz uwarunkowania wyznaczające funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. W wyniku podjętych działań powstał nowy układ podmiotowy organizacji realizujących zadania w zakresie opieki zdrowotnej. Zmieniły się też reguły redystrybucji środków na świadczenia zdrowotne, zasady gospodarowania nimi oraz system nadzoru. Przemiany systemu opieki zdrowotnej w Polsce objęły wszystkie jego poziomy: krajowy, regionalny i lokalny, powodując istotne przekształcenia warunków działania organizacji opieki zdrowotnej – zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali publicznych.

Z pewnej już perspektywy można zauważyć, że zmiany funkcjonowania placówek służby zdrowia charakteryzowały się ułomnością, związaną przede wszystkim z tym, że realizowane przekształcenia nie były do końca przemyślane, a także oparte na realnie występujących uwarunkowaniach. Oddziaływało to negatywnie na możliwości realizacji celów ekonomicznych i statutowych jednostek służby zdrowia oraz na osoby tam zatrudnione. Konsekwencją tego wszystkiego stało się obserwowalne ograniczenie działań, a niekiedy nawet załamanie funkcjonowania poszczególnych jednostek służby zdrowia, co w największym stopniu dotknęło szpitale publiczne.

Niezależnie od przekształceń w dziedzinie ochrony zdrowia, dokonywanych przez poszczególne ekipy rządzące – w oparciu o przyjmowane założenia, wynikające z oceny sytuacji w kraju – konieczne stało się także dostosowanie rozwiązań prawnych regulujących zasadnicze sfery funkcjonowania służby zdrowia w Polsce do wymogów prawa europejskiego[1]. Objęły one istotne kwestie dla zarządzania placówkami ochrony zdrowia, odnoszące się w szczególności do czasu pracy oraz sposobów i form prawnych zatrudnienia, w tym pracowniczego. Zmiany, które wprowadzono na podstawie rozwiązań europejskich, pogłębiły ujawniające się już wcześniej negatywne zjawiska utrudniające zarządzanie opieką zdrowotną, w tym zwłaszcza w dziedzinie gospodarowania czasem pracy w poszczególnych

[1] Na podstawie dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy, Dz. Urz. UE, L. 299/9 z dnia 18 listopada 2003 r.

placówkach służby zdrowia. w związku z tym, mając na względzie znaczenie czasu pracy dla funkcjonowania jednostek służby zdrowia, konieczne stają się badania zmierzające w szczególności do identyfikacji i usystematyzowania metod zarządzania czasem pracy w placówkach opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem ich skuteczności. Jest to bardzo ważne, albowiem skuteczne zarządzanie czasem pracy ma przede wszystkim na celu doskonalenie działań w organizacji tak, by możliwe stało się jego efektywne wykorzystanie. Tymczasem praktyka funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia, mająca u swych podstaw rozwiązania prawne, zarówno polskie, jak i europejskie, wskazuje na liczne ograniczenia w tym zakresie. Przede wszystkim dostosowanie zarządzania czasem pracy do wymogów stawianych przez regulacje wspólnotowe, wymaga obniżenia wymiaru czasu pracy. Prowadzi to do zwiększenia zatrudnienia, a więc konieczności pozyskania odpowiedniej kadry. Niestety z tym jest problem, ponieważ brakuje jej na rynku pracy. Obniżenie wymiaru czasu pracy utrudnia także realizację celów statutowych i strategicznych jednostek ochrony zdrowia. Nie są one bowiem w stanie, w wyniku ograniczeń zarówno prawnych, jak i personalnych, zapewnić skutecznej opieki nad pacjentem. Wszystko to oznacza, że kwestie związane z zarządzaniem czasem pracy powinny być ściśle powiązane z problematyką zarządzania zasobami ludzkimi, w tym elastycznymi formami zatrudniania pracowników w jednostkach służby zdrowia.

Kwestie wymiaru czasu pracy w służbie zdrowia, a więc okresu, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy, wiążą się z odpowiednim zarządzaniem czasem pracy. Powinno ono mieć przede wszystkim na celu wspomaganie i racjonalizację działań tych placówek. Stąd też wypracowanie skutecznej metody zarządzania czasem pracy w polskich szpitalach i innych jednostkach opieki zdrowotnej – w odniesieniu do zagadnień związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi – jest bardzo ważne. Musi ono zostać oparte na szczegółowych badaniach, których podmiotem jest z jednej strony personel medyczny i okołomedyczny, a z drugiej kadra menedżerska. Analiza potrzeb i oczekiwań stron realizujących cele systemowe ochrony zdrowia powinna pozwolić na opracowanie skutecznej metody zarządzania czasem pracy, osadzonej w istniejących ramach prawnych.

Mając na względzie przesłanki, które wyznaczają cele i zadania poszczególnych placówek służby zdrowia, związane z ich miejscem w systemie ochrony zdrowia – podjęto w niniejszej pracy analizę zagadnień dotyczących skuteczności metod zarządzania czasem pracy. Uznano bowiem, że stanowi to niewątpliwie ważny problem, wymagający określenia nowych możliwości oraz metod i technik zarządzania czasem pracy dla skutecznego

funkcjonowania placówek służby zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza szpitali publicznych, w których problem określenia skutecznych metod zarządzania czasem pracy jest bardzo potrzebny.

2. Teza i cele pracy

Jako cel niniejszej pracy przyjęto identyfikację metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia oraz ocenę ich skuteczności pod kątem realizacji celów statutowych tych jednostek.

W tym zakresie wyznaczono cele uzupełniające:

1. Określenie istoty i specyfiki funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia.
2. Identyfikację metod zarządzania czasem pracy wykorzystywanych w placówkach służby zdrowia.
3. Zbadanie możliwości oraz ograniczeń stosowania różnych metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia.
4. Wskazanie skutecznej metody zarządzania czasem pracy dla potrzeb zarządzania placówkami ochrony zdrowia.

W niniejszej pracy przyjęto, że:

Podstawowe normy zarządzania czasem pracy, które określa obowiązujące prawo polskie i reguły normatywne Unii Europejskiej, wpływają negatywnie na skuteczność funkcjonowania jednostek służby zdrowia, ograniczając realizację ich celów statutowych i strategicznych.

Oprócz tego przyjęto, że:

1. *Jednostki służby zdrowia w Polsce stoją w obliczu licznych problemów dotyczących organizacji pracy.*
2. *Wybór metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest dokonywany subiektywnie bez uwzględnienia ich realnych potrzeb.*
3. *Wdrażanie metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia przyczynia się do dezorganizacji jej funkcjonowania.*
4. *Zmiany w zakresie wymiaru czasu pracy, które obowiązują w Polsce od 2008 roku, wpływają na problemy dotyczące równowagi zasobów ludzkich w poszczególnych jednostkach.*

3. Obszar badawczy i uzasadnienie jego wyboru

Obszar badawczy pracy stanowią kwestie dotyczące analizy i weryfikacji zagadnień mających na celu ustalenie, jak w dotychczas funkcjonujących jednostkach służby zdrowia powinno się zarządzać czasem pracy, biorąc pod uwagę istniejące podstawy prawne dotyczące czasu pracy, w tym te, które Polska zobowiązana była przyjąć, zgodnie z prawem Unii Europejskiej. W szczególności zasadniczą uwagę poświęcono identyfikacji metod zarządzania czasem pracy oraz stopnia, w jakim uwzględniają one zmiany wynikające z obowiązującego prawa w zakresie czasu pracy. Ponadto skoncentrowano się na zasadności stosowania zróżnicowanych metod zarządzania czasem pracy pod kątem realizacji celów statutowych placówek służby zdrowia.

Rozważając problematykę skuteczności metod zarządzania czasem pracy w polskich placówkach służby zdrowia, należy wskazać kontekst przemian, które miały tu miejsce w ciągu kilku ostatnich lat, wyznaczony przez obowiązujące ustawodawstwo. W tym zakresie powinno się zwrócić zwłaszcza uwagę na ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[2], która została znowelizowana przez ustawę z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy prawo o szkolnictwie wyższym[3]. Wskazana ustawa wprowadziła istotne zmiany przepisów o dyżurach medycznych i czasie pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Jedną z bardziej istotnych jej konsekwencji stało się zachwianie dotychczasowej równowagi zasobów ludzkich. W efekcie spowodowało to konieczność wypracowania zupełnie nowych metod zarządzania czasem pracy. Wydaje się to tym bardziej istotne w obecnych warunkach, bowiem do momentu wprowadzenia wyżej wskazanych zmian, praktycznie nie zajmowano się metodami zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia. Dopiero nowelizacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. wymusiła nowe spojrzenie na problem zarządzania czasem pracy. Znajduje to odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. O ile problematyka zarządzania czasem, zarządzania zasobami ludzkimi, prawnych regulacji czasu pracy oraz skuteczności jest dobrze w niej opisana, o tyle brak jest stosownych analiz dotyczących skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia. W tym zakresie praca stanowi rozwinięcie dotychczasowych rozważań między innymi takich Autorów, jak: M. Armstrong (2001), H. Bieniok (2003), E. Bojar (2005), M. Bratnicki (2000), J. Brilman (2002), B. Clegg (2000), P. F. Drucker (2002), P. Forsyth (2003), A. Koźmiński, W. Piotrowski (1995), B. Kożuch (2004), A. Michna

[2] Tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.
[3] Dz. U. nr 176, poz. 1239 i 1240.

(2007), A. Sitko-Lutek (2004), J. Strużyna (2004) oraz licznych opracowań M. Baron-Wiaterek, A. Frączkiewicz-Wronki, W. Dyducha, W. Zbierowskiego, K. Rączki czy też Z. Kubota.

Zamysł badawczy uwarunkowany jest zamiarem identyfikacji metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia, a następnie wskazania ich skuteczności pod kątem realizacji celów statutowych i strategicznych tych jednostek. Podejście takie zdeterminowane jest zainteresowaniem tzw. „miękkimi" kwestiami zarządzania. Aspekty te, związane bezpośrednio z czynnikiem ludzkim organizacji, zajmują coraz ważniejsze miejsce w naukach o zarządzaniu, a także w innych dyscyplinach, jak np. psychologia czy socjologia, zgodnie z przedmiotem ich badań. W tym kontekście należy zwrócić także uwagę na problematykę zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. W wyniku zmian, które stały się efektem przyjętych regulacji prawnych dotyczących czasu pracy, wymaga ona modyfikacji, uwzględniających nowe realia funkcjonowania polskich jednostek służby zdrowia.

Obszar poszukiwań niniejszej pracy ograniczono do publicznych placówek służby zdrowia zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego, a w szczególności do szpitali publicznych (miejskich i wojewódzkich), wielospecjalistycznych poradni przyszpitalnych oraz Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego. Wybór ten podyktowany był między innymi:

- jednolitym systemem prawnym regulującym funkcjonowanie ww. jednostek,
- możliwościami dotarcia do placówek,
- jednorodną grupą badawczą,
- specyfiką funkcjonowania publicznych jednostek ochrony zdrowia,
- innowacyjnością tematyki.

4. Metodologia

Niniejsza praca stanowi próbę poznania zjawisk i mechanizmów związanych z funkcjonowaniem nowych metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia. Cele badawcze, jakie zostały postawione w opracowaniu, ukierunkowano na zagadnienia szczegółowe, które obejmują:

1. Identyfikację metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia.
2. Wyodrębnienie czynników wpływających na skuteczność poszczególnych metod zarządzania czasem pracy.
3. Ocenę skuteczności metod zarządzania czasem pracy pod kątem realizacji celów statutowych i strategicznych jednostek ochrony zdrowia.

Dla realizacji celu niniejszej pracy oraz założonych zadań badawczych zostały wykorzystane różne metody badawcze, obejmujące zarówno dane pierwotne, jak i wtórne, w tym:

- studia literaturowe dotyczące zarówno polskich, jak i zagranicznych opracowań zwartych, a także czasopism i innych publikacji niezbędnych w tworzeniu części teoretycznej pracy,
- studia literaturowe odnoszące się do funkcjonowania i problematyki zarządzania placówkami służby zdrowia w Polsce,
- analiza krajowych oraz europejskich aktów prawnych w zakresie przyjmowanych rozwiązań formalnych i instytucjonalnych dotyczących służby zdrowia,
- wywiady ujawniające specyfikę funkcjonowania badanych jednostek,
- obserwacja uczestnicząca, mająca na celu identyfikację metod zarządzania czasem pracy,
- badania ankietowe dotyczące czynników wpływających na skuteczność wskazanych metod zarządzania czasem pracy,
- analizy statystyczne,
- wnioskowanie,
- synteza dla całościowego opracowania.

Punktem wyjścia dla prowadzonych badań były wymogi ustalone przez Unię Europejską zmieniające rozwiązania polskie w zakresie uregulowań dotyczących czasu pracy i wynikające z tego konsekwencje, także dla równowagi zasobów ludzkich. Obie ze wskazanych zmiennych warunkują funkcjonowanie i realizację celów statutowych jednostek służby zdrowia. Na tej podstawie zaprojektowano procedurę badań empirycznych, którą przedstawiono na rysunku nr 1. Prowadzone badania składały się z trzech etapów:

Etap I – identyfikacja metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia;

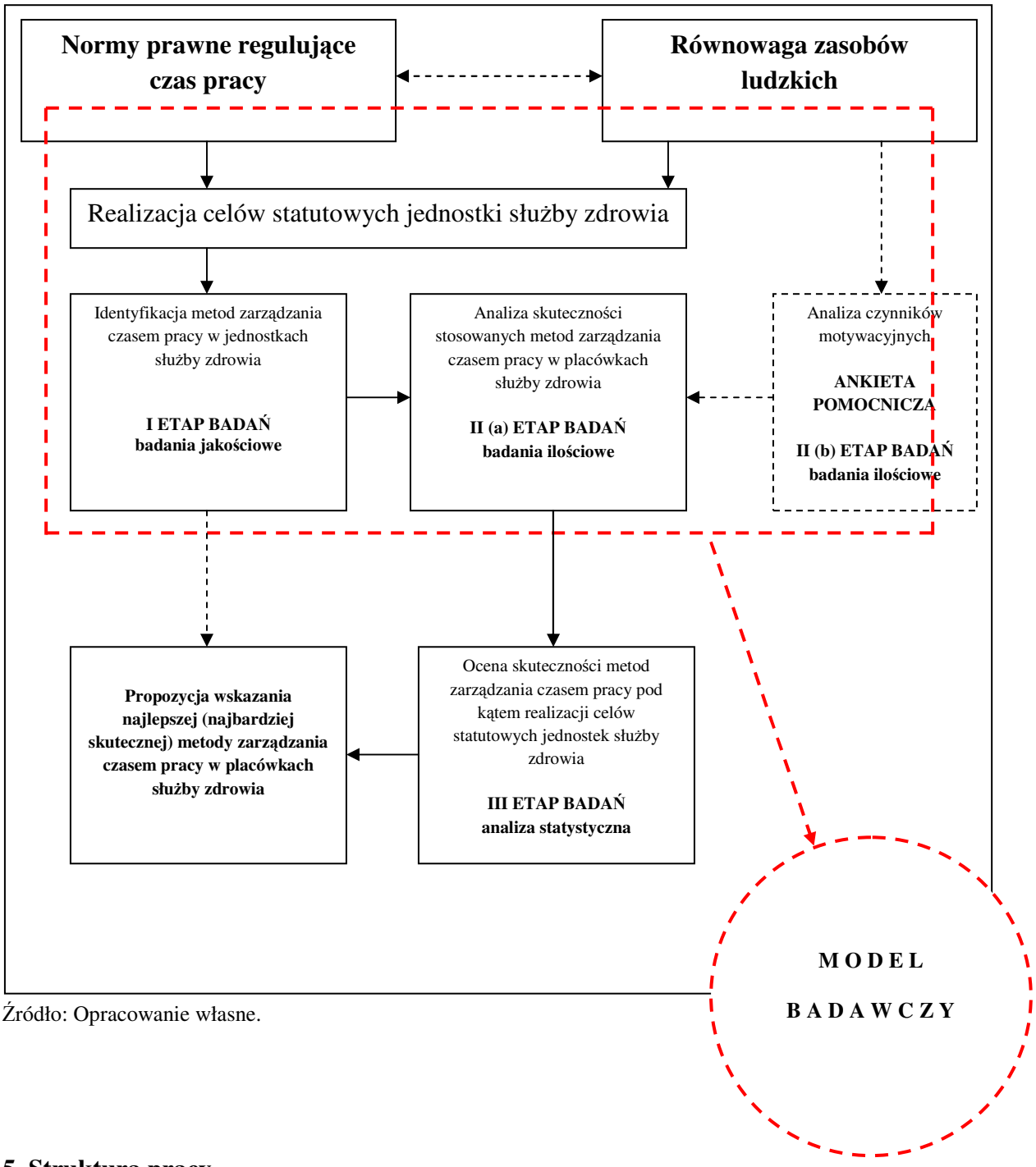
Etap II – analiza skuteczności stosowanych metod zarządzania czasem pracy;

Etap III – ocena najlepszej metody zarządzania czasem pracy.

Pomocniczą rolę dla określenia badanych aspektów, pod kątem zarządzania zasobami ludzkimi, stanowi weryfikacja czynników motywacyjnych, wpływających na skuteczność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia.

Zaprezentowana procedura badań empirycznych posłużyła do opracowania modelu badawczego.

Rysunek 1. Procedura badań empirycznych



Źródło: Opracowanie własne.

5. Struktura pracy

Niniejsza praca składa się z sześciu rozdziałów. W rozdziale pierwszym skoncentrowano się na specyfice funkcjonowania placówek służby zdrowia w Polsce. W ramach tego wskazano przesłanki działalności placówek służby zdrowia, zaprezentowano zróżnicowanie sektora służby zdrowia w Polsce, a także przedstawiono przekształcenia systemu ochrony zdrowia oraz grupy pracownicze polskiej służby zdrowia. W kolejnym rozdziale odniesiono

się do kwestii skuteczności, określając to pojęcie, a następnie wskazano wyznaczniki skuteczności w placówkach służby zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem efektywności, dostępności oraz jakości). Rozważania te zostały uzupełnione o kwestie zarządzania zasobami ludzkimi. W rozdziale trzecim dokonano analizy przesłanek zarządzania czasem pracy ze szczególnym uwzględnieniem wpływu ustawodawstwa na funkcjonowanie placówek służby zdrowia, w świetle zarządzania czasem pracy, zarówno pod kątem wymogów Unii Europejskiej, jak i dorobku polskiego prawa pracy. Przedmiotem zainteresowania kolejnego rozdziału stały się – oparte na literaturze przedmiotu – rozważania, które zmierzają do przedstawienia spójnej definicji zarządzania czasem pracy oraz podstawowych jego narzędzi. W rozdziale tym wskazano podstawowe definicje oraz regulacje prawne dotyczące podstawowych metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia. W dalszej kolejności, w niniejszej pracy przedstawiono szczegółowo formy, wymogi oraz możliwości zatrudniania pracowników ochrony zdrowia w świetle zarządzania czasem pracy. Zwrócono także uwagę na możliwości stosowania elastycznych form świadczenia pracy w placówkach służby zdrowia. Rozdział piąty zawiera opis założeń i przyjętej metodologii badawczej. Natomiast ostatni rozdział prezentuje wyniki badań jakościowych oraz ilościowych i uzyskane na ich podstawie efekty końcowe.

ROZDZIAŁ I. SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE

1.1. Przesłanki wyznaczające działalność polskich placówek służby zdrowia

Nadrzędnym celem jednostek służby zdrowia, zgodnie z założeniami polityki zdrowotnej państwa, jest zapewnienie pacjentom efektywnej i skutecznej opieki zdrowotnej, a także umożliwienie ogółowi społeczeństwa lepszego dostępu do świadczeń medycznych o charakterze diagnostycznym, leczniczym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym, przy jednoczesnym uwzględnieniu oczekiwań, wartości i doświadczeń pacjentów. Cel ten wymaga odpowiedniej strategii polityki zdrowotnej państwa. Powinna ona zawrzeć w sobie liczne rozwiązania, wynikające z przeobrażeń politycznych, ekonomicznych i społecznych tak, by możliwe stało się stabilizowanie polityki zdrowotnej państwa, bazującej na następujących wartościach[4]:

- równości, oznaczającej taki sam dostęp do świadczeń osobom, u których występuje ta sama potrzeba zdrowotna,
- solidarności, czyli sprawiedliwej redystrybucji środków,
- altruizmie, czyli bezinteresownym kierowaniem się dobrem innych ludzi.

Polskie placówki służby zdrowia funkcjonują w otoczeniu pełnym niepewności i podlegającym zmianom. Wszystko to w istotny sposób wpływa na ich istnienie i rozwój. Identyfikując otoczenie, w jakim funkcjonują jednostki służby zdrowia, należy wskazać, że jest ono pewnym systemem, który składa się z różnych elementów wzajemnie powiązanych oraz relacji występujących pomiędzy nimi[5]. Na otoczenie to – tak jak w przypadku każdej organizacji – składa się otoczenie dalsze (makrootoczenie) oraz bliższe (mikrootoczenie). Makrootoczenie zawiera w sobie czynniki ekonomiczne, technologiczne, społeczne, demograficzne, polityczne, prawne oraz międzynarodowe. Natomiast w skład mikrootoczenia wchodzą: klienci, dostawcy i konkurencja[6]. W tablicy nr 1 zidentyfikowano obszary dalszego otoczenia oraz istotne czynniki wpływające na funkcjonowanie placówek służby zdrowia w Polsce. Czynniki te w szczególności są związane z niedofinansowaniem, niskim ryzykiem

[4] Szerzej Włodarczyk C., Niektóre bariery w reformowaniu opieki zdrowotnej, „Polityka Społeczna", nr 4, 1996, s. 24 oraz Włodarczyk C., Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa, „Polityka Społeczna", nr 10, 1992, s. 34 i n.

[5] Więcej na ten temat Krupski R., Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu, PWE, Warszawa 2005, s. 15.

[6] Kwestie te podejmują w szczególności Gierszewska G., Romanowska M., Analiza strategiczna przedsiębiorstwa, PWE, Warszawa 1998, s. 36 oraz Koźmiński K., Zarządzanie w warunkach niepewności. Podręcznik dla zaawansowanych, PWN, Warszawa 2004, s. 13.

upadłości, niewielkimi nakładami na wynagrodzenia pracowników oraz dużą migracją personelu zatrudnionego w służbie zdrowia. Wszystko to warunkuje – w stosownym wymiarze i zakresie – niekorzystną sytuację i ułomności w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej.

Tablica 1. Otoczenie oraz istotne czynniki determinujące funkcjonowanie placówek służby zdrowia

Otoczenie	Czynniki
Otoczenie ekonomiczne	– niskie nakłady na personel medyczny i niemedyczny, – niewielkie ryzyko upadłości w następstwie złych wyników finansowych.
Otoczenie technologiczne	– rozwój nowych usług specjalistycznych np. kardiochirurgia, – rozwój aparatury i sprzętu medycznego, – powstawanie technologii wydłużającej długość życia.
Otoczenie społeczne i demograficzne	– odchodzenie od państwa opiekuńczego, – zmniejszenie liczby członków w rodzinie, – zmiana stylu życia, – wzrost roli związków zawodowych, – wzrost przeciętnego trwania życia, – wzrost populacji w wieku emerytalnym, – zmniejszony przyrost naturalny.
Otoczenie prawne i polityczne	– monopolistyczna pozycja NFZ oraz ograniczone zasoby finansowe w dyspozycji uniemożliwiają wykorzystanie potencjału usługowego zakładów opieki zdrowotnej, – brak możliwości sprzedaży usług zdrowotnych poza umową z NFZ, – brak możliwości funkcjonowania szpitali jako przedsiębiorstw rynkowych.
Otoczenie międzynarodowe	– wsparcie finansowe ze strony Unii Europejskiej, – poprawa edukacji i informacji zdrowotnej, – zwiększona migracja personelu medycznego.

Źródło: Opracowanie własne.

Odnosząc się do mikrootoczenia jednostek tworzących system ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na podmioty bezpośrednio związane z funkcjonowaniem placówek służby zdrowia, a więc: administrację państwa (w sensie organu założycielskiego), NFZ, dostawców, firmy outsourcingowe, kadrę kierowniczą, personel, pacjentów oraz konkurentów (tablica nr 2).

Tablica 2. Interesariusze związani bezpośrednio z funkcjonowaniem placówek służby zdrowia

Podmiot	Forma
Państwo	regulacje prawne.
Organ założycielski	dotacje budżetowe na realizację zadań dotyczących różnego rodzaju programów zdrowotnych, promocji zdrowia, a także kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, wszelkiego rodzaju inwestycje w tym również zakup aparatury specjalistycznej i sprzętu medycznego.
NFZ	umowy na kontraktowanie usług.
Dostawcy	umowy na zakup bądź dzierżawę sprzętu, a także na zakup lekarstw i asortymentu medycznego.
Firmy outsourcingowe	świadczenie usług w zakresie np. cateringu, sprzątania pomieszczeń, prania etc.
Kadra kierownicza/personel	wykorzystanie: wiedzy, umiejętności oraz doświadczenia.
Pacjenci	odbiorca świadczonych usług.
Konkurencja	niepubliczne placówki służby zdrowia, inne jednostki służby zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wnętrza jednostek służby zdrowia należy podkreślić, że każda z nich tworzy pewien otwarty system, który z otoczenia czerpie zasoby. Należą do nich w szczególności: ludzie, informacje, pieniądze z budżetu itp. Natomiast do otoczenia oddaje on jakość świadczonych usług oraz satysfakcję pacjentów. Biorąc pod uwagę, że każda organizacja jest ustrukturalizowanym systemem społeczno-technicznym[7], to placówki służby zdrowia są organizacjami, w skład których wchodzą powiązane ze sobą elementy społeczne oraz techniczne. Wśród elementów społecznych można wymienić: ludzi, ich kompetencje oraz powiązania pomiędzy nimi, a także symboliczne wytwory w postaci celów, natomiast wśród elementów technicznych można wymienić energię oraz infrastrukturę tych placówek. W skład każdej organizacji wchodzą różne podsystemy. L. Krzyżanowski oraz M. Bielski wymieniają pięć podstawowych podsystemów organizacji[8]:

[7] Zob. Kast F., Rosenzweig J., Organization and Management, A Systems Approach, Mc Graw Hill, New York 1970, s. 120-121, [w:] Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2006, s. 30.

[8] Szerzej Krzyżanowski L., O podstawach kierowania organizacjami inaczej, PWN, Warszawa 1999, s. 28-39 oraz Bielski M., Organizacje: istota, struktury, procesy, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 86.

- podsystem celów i wartości,
- podsystem psychospołeczny,
- podsystem struktury,
- podsystem techniczny,
- podsystem zarządzania.

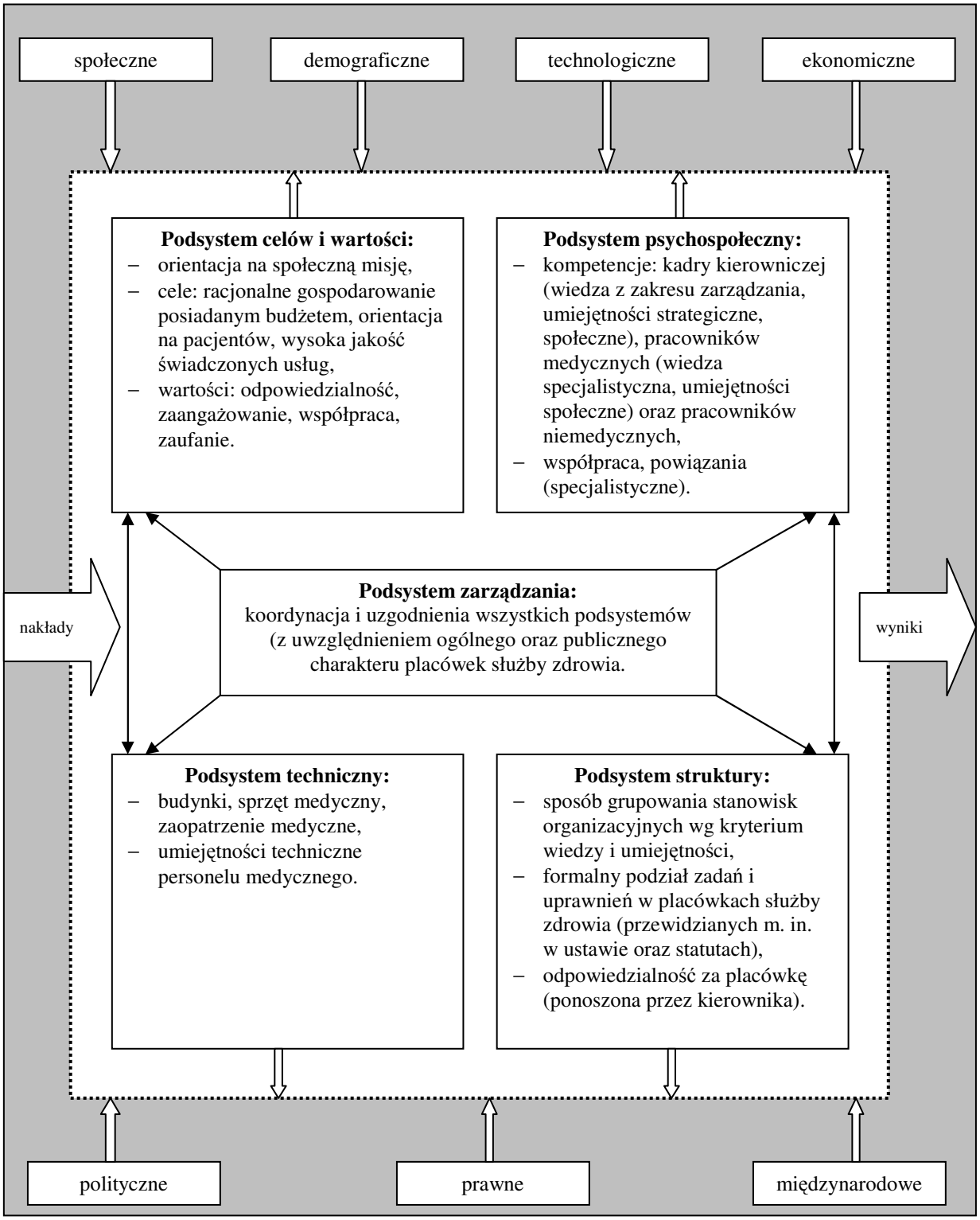
W placówkach służby zdrowia podsystem celów oraz wartości zawiera w sobie społeczną misję oraz aksjologiczne uznanie tej misji w postaci zidentyfikowanych celów. Podsystem psychospołeczny obejmuje swoim zasięgiem uczestników organizacji, sieci powiązań pomiędzy nimi, ich postawy i motywację oraz kulturę. Podsystem struktury obejmuje zasady podziału zadań oraz uprawnień w placówkach, natomiast podsystem techniczny zawiera całą infrastrukturę. Podsystem zarządzania z kolei obejmuje koordynację pozostałych podsystemów (rysunek nr 2).

Istotne znaczenie z perspektywy niniejszej pracy ma podsystem celów realizowanych przez placówki służby zdrowia. Cele te dotyczą istnienia organizacji oraz jej pożądanego stanu rozwoju w przyszłości. Posiadają one określony kierunek oraz czas realizacji. W każdej placówce służby zdrowia ustalane są różne rodzaje celów, które można sklasyfikować według następujących kryteriów:

- szczebla celów (misja, cele strategiczne, taktyczne i operacyjne)[9],
- horyzontu czasowego (cele długofalowe, średnioterminowe i krótkookresowe)[10],
- rodzaju organizacji (cele właściwe tylko dla organizacji gospodarczych i cele właściwe dla wszystkich organizacji).[11]

[9] Szerzej Gulski B., Prokop P., Skurzyńska-Sikora U., Szeloch Z., Podstawy organizacji i zarządzania, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Samorządu i Administracji, Lublin 2000, s. 67.
[10] Zob. Holstein-Beck M., Być albo nie być menedżerem, INFOR, Warszawa 1997, s. 5.
[11] Zob. Weber R. A., Zasady zarządzania organizacjami, PWE, Warszawa 1984, s. 259.

Rysunek 2. Placówka służby zdrowia jako system społeczno-techniczny

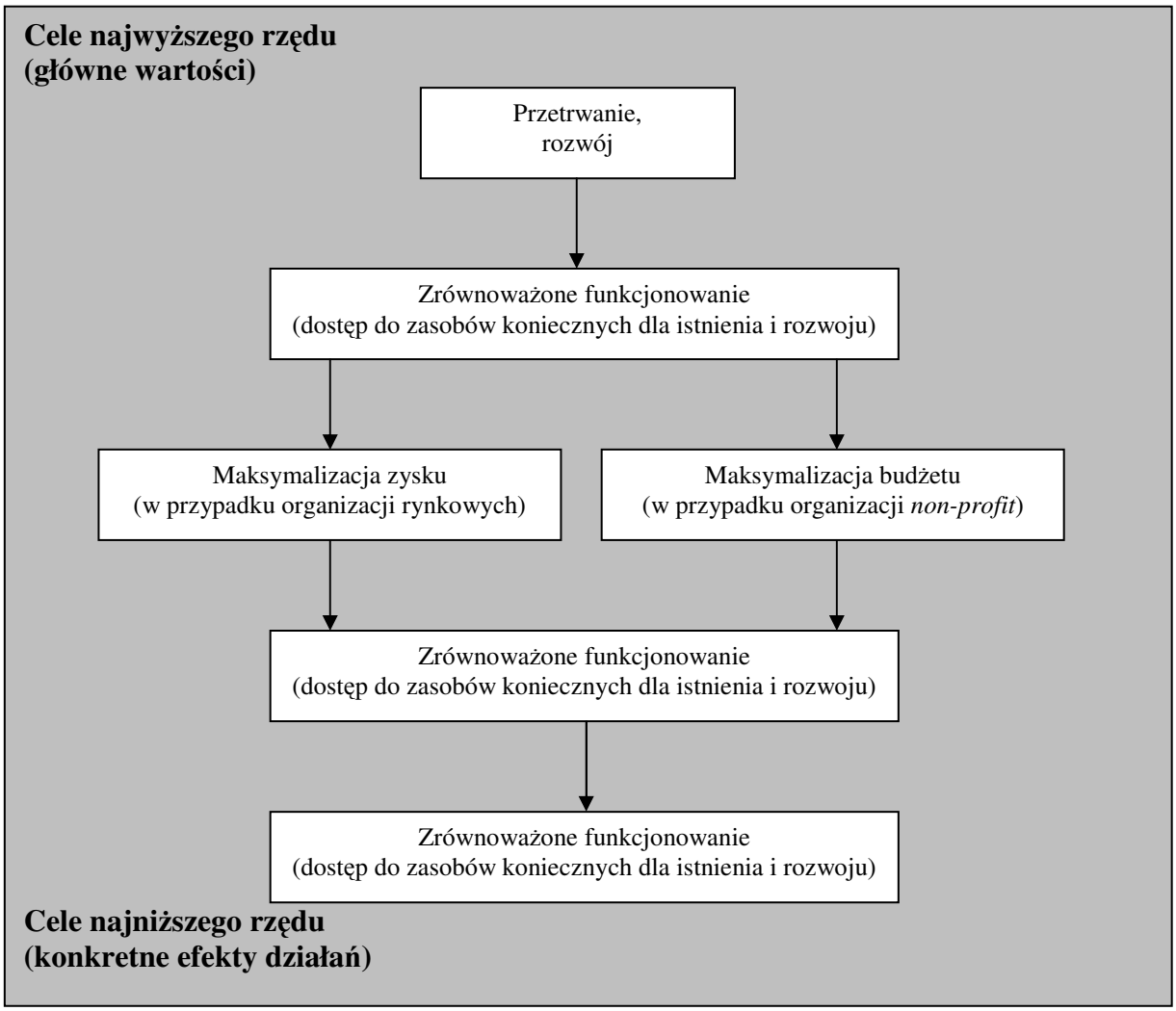


Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Krzyżanowski L., op. cit., s. 34-35.

Odnosząc się do zagadnień zarządzania organizacjami, A. Koźmiński zaproponował strukturę hierarchii celów, w którym wyróżnił cele najwyższego rzędu, czyli główne organizacyjne wartości, cele pośrednie oraz cele najniższego rzędu, czyli konkretne efekty

działań (rysunek nr 3). Wśród zaprezentowanej przez ww. autora hierarchii celów organizacji wyróżniono: przetrwanie i rozwój, zrównoważone funkcjonowanie, maksymalizację zysku w przypadku organizacji komercyjnych, maksymalizację budżetu w przypadku organizacji niekomercyjnych, wytwarzanie społecznie użytecznych dóbr i usług oraz realizację konkretnych zamierzeń, działań, zadań i przedsięwzięć[12].

Rysunek 3. Hierarchia celów w organizacji



Źródło: Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 1995, s. 50.

Dokonując charakterystyki celów placówek służby zdrowia, należy zwrócić uwagę, że funkcjonują one w bardzo burzliwym otoczeniu, które ukształtowało się pod wpływem

[12] Więcej na ten temat Frączkiewicz-Wronka A., Bratnicki M., Efektywność organizacyjna i zarządzanie publiczne: Wyłaniające się koncepcje, kluczowe wyzwania i kierunki dalszych badań w obszarze pomiaru efektywności, „Organizacja i Kierowanie", nr 3, 2006, s. 18-24; Frączkiewicz-Wronka A., Bratnicki M., O organizacjach publicznych i o przedsiębiorczym rozwoju, [w:] Zbiegień-Maciąg L., Beck E. (red.), Zarządzanie ludźmi w otoczeniu globalnym – pomiędzy „starym" a „nowym". Organizacje, ludzie, procesy, procedury, Wydawnictwo Akademii Górniczo-Hutniczej, Kraków 2006, s. 177-187.

działania czynników w otoczeniu dalszym oraz bliższym (głównie z powodu niedofinansowania, braku możliwości likwidacji, maksymalnych efektach przy minimalnych nakładach, pełnieniem społecznej misji wynikającej z charakteru publicznych organizacji)[13]. Czynniki te przyczyniły się do wzrostu wymagań stawianych zakładom opieki zdrowotnej, do których zaliczyć można w szczególności: zorientowanie na pacjentów i ich potrzeby, wysoką jakość świadczonych usług oraz optymalizację ich funkcjonowania przy ograniczonym budżecie. Wszystko to wymusza ukierunkowanie działań na pacjentów i ich potrzeby. Oznacza to konieczność świadczenia wysokiej jakości usług przy jednoczesnym racjonalnym gospodarowaniu posiadanym budżetem. Jak każda organizacja funkcjonująca w sferze publicznej, placówki służby zdrowia, poprzez realizację powyższych celów, mają jednak nie tylko możliwość przetrwania, ale także rozwoju na rynku usług zdrowotnych. W kontekście zarysowanych zagadnień warto podkreślić istotę realizacji celów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jest ona ukierunkowana przede wszystkim na pełnienie funkcji społecznej, poprzez świadczenie wysokiej jakości usług dla pacjentów, przy racjonalnym gospodarowaniu budżetem.

1.2. Zróżnicowanie sektora służby zdrowia w Polsce

Podstawowym podmiotem działającym na rzecz ochrony zdrowia w skali międzynarodowej jest Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Powstała ona w 1946 roku w zamiarze koordynowania pracy służby zdrowia w poszczególnych państwach. Celem jej działania jest – jak się podkreśla w literaturze – udzielanie rządom pomocy w umacnianiu służby zdrowia na ich terytorium, dążenie do likwidacji chorób epidemicznych, endemicznych i innych, tworzenie projektów dotyczących międzynarodowych spraw zdrowia oraz rozwijanie i popieranie międzynarodowych norm związanych z ochroną zdrowia[14].

Standardy dotyczące opieki zdrowotnej zajmują również znaczącą pozycję w polityce społecznej Unii Europejskiej. Do najważniejszych instytucji Unii Europejskiej, w ramach których powstają podwaliny europejskiej polityki zdrowotnej, należą: Rada UE, Parlament Europejski, Komitet Społeczno-Ekonomiczny, Komisja Europejska oraz Rzecznik Praw

[13] Więcej w tej kwestii Kożuch B., Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji, Placet, Warszawa 2004, s. 51 oraz Fraczkiewicz-Wronka A., Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005, s. 11-15.

[14] Zob. Głąbicka J., Polityka społeczna. Pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2000, s. 312.

Obywatelskich[15]. Wyróżnione podmioty aktywnie uczestniczą w realizacji polityki zdrowotnej na rzecz ochrony zdrowia, mając wpływ na kształtowanie paradygmatu funkcjonowania, celów i zadań jednostek ochrony zdrowia.

Wśród krajowych podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia należy wymienić: państwo, ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwową Inspekcję Sanitarną, wojewodę, samorząd terytorialny, w tym: gminę, powiat i samorząd województwa oraz zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ). W tablicy nr 3 zaprezentowano krajowe podmioty działające na rzecz ochrony zdrowia oraz podstawowy zakres ich działalności.

Tablica 3. Podmioty działające w sektorze służby zdrowia

Podmiot	Podstawowe zadania
państwo	– wskazywanie kierunków i priorytetów w polityce zdrowotnej oraz tworzenie prawno-organizacyjnych zasad systemu ochrony zdrowia, – realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, – funkcje kontrolne dotyczące realizacji państwowych gwarancji w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i zgodności z prawem działania podmiotów systemu ochrony zdrowia, – kształcenie i doskonalenie kadr medycznych, – finansowanie i współfinansowanie badań naukowych oraz inwestycji w opiece zdrowotnej, – planowanie rozwoju szpitali oraz ustalenie zasad nadawania statusu zakładom opieki zdrowotnej i określania standardów ich wyposażania, – ustalanie standardów jakości usług medycznych oraz nadzór fachowy nad realizacją usług, – nadzór farmaceutyczny, epidemiologiczny i sanitarny,
minister właściwy do spraw zdrowia	– prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych, – ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, – opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych oraz nadzór nad ich realizacją, – finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, współdziałanie z organizacjami pozarządowymi, – sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym, – opiniowanie oraz zatwierdzanie planu finansowego Funduszu,

[15] Szerzej Kurzynowski A., Polityka Społeczna, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2003, s. 220.

Tablica 3. Podmioty działające w sektorze służby zdrowia (ciąg dalszy)

Narodowy Fundusz Zdrowia	– zarządzanie publicznymi środkami finansowymi,
Państwowa Inspekcja Sanitarna	– sprawowanie zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego – działalność zapobiegawcza i przeciwepidemiczna w zakresie chorób zakaźnych, – prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej,
wojewoda	– ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa, – realizację zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, – przekazywanie informacji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia o programach zdrowotnych,
samorząd terytorialny	– organizator i płatnik, ale w ograniczonym zakresie, – właściciel i zarządca publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
gmina	– tworzenie, realizacja oraz ocena rezultatów programów zdrowotnych będących skutkiem stanu zdrowia mieszkańców gminy, – inicjowanie oraz uczestnictwo w przedsięwzięciach związanych z informowaniem mieszkańców odnośnie szkodliwości czynników środowiskowych lub społecznych na zdrowie, – przekazywanie informacji powiatowi odnośnie realizowanych programów zdrowotnych,
powiat	– tworzenie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych będących rezultatem stanu zdrowia mieszkańców gminy - po konsultacji z gminami, – inicjowanie, wspomaganie oraz monitorowanie działań związanych z promocją zdrowia i edukacja zdrowotną na terenie powiatu, – aktywizację działań na rzecz indywidualnej oraz zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, – przekazywanie informacji marszałkowi województwa odnośnie realizowanych programów zdrowotnych na terenie powiatu,
samorząd województwa	– opracowanie, realizacja oraz ocena rezultatów programów zdrowotnych będących wynikiem stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z gminami oraz powiatami, – tworzenie oraz promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności w ochronie zdrowia, – podejmowanie innych działania wynikających z potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, – przekazywanie wojewodzie informacji odnośnie realizowanych programów zdrowotnych,

Tablica 3. Podmioty działające w sektorze służby zdrowia (ciąg dalszy)

zakład opieki zdrowotnej	– udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia (udzielanie świadczeń zdrowotnych ukierunkowanych na zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawię zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania), – prowadzenie badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, – realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Źródło: Opracowane własne na podstawie: Steczyński A., Nowy system ochrony zdrowia, [w:] Kurzynowski A., Polityka… op. cit., s. 221; Golinowska S., System reformy zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Ochrona Zdrowia w regionie – aspekty organizacyjne i prawne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005, s. 172 oraz Dz. U. nr 210, poz. 2135 ze zm., Dz. U. nr 91, poz. 408 ze zm.

Podstawowa rola państwa w zakresie ochrony zdrowia obejmuje: tworzenie ram organizacyjno-prawnych dla funkcjonowania podmiotów sektora usług zdrowotnych, zapewnienie środków niezbędnych do finansowania służby zdrowia, a także dalsze istnienie i rozwój poszczególnych jednostek. Wśród istotnych podmiotów związanych z funkcjonowaniem sektora usług zdrowotnych należy wskazać, oprócz administracji państwa, samorząd terytorialny, gminę, powiat i samorząd województwa. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[16] sformułowała cele oraz strukturę organizacyjną podmiotów tworzących system ochrony zdrowia. Przyczyniła się ona również do większego zaangażowania się jednostek samorządu terytorialnego na rzecz ochrony zdrowia. Wśród pozostałych podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia można wymienić ministra właściwego do spraw zdrowia, który aktywnie współuczestniczy w realizacji polityki zdrowotnej w sektorze usług zdrowotnych, Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Podmiotem mającym bezpośredni kontakt z pacjentem jest zakład opieki zdrowotnej. W tablicy nr 4 wyróżniono zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne) w oparciu o wybrane kryteria, którymi są: rodzaj placówki, organ założycielski, możliwości przekształcenia i likwidacji oraz formę organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

[16] Dz. U. nr 210, poz. 2135 ze zm. Więcej na ten temat zob. Skowron K., Rola sieci wsparcia w realizacji zadań publicznych jednostek służby zdrowia, [w:] Gagacka M. (red.), Lokalne sieci wsparcia, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2010 – w druku.

Tablica 4. Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce

Kryterium wyróżniające	Zakład opieki zdrowotnej – publiczny	Zakład opieki zdrowotnej – niepubliczny
Rodzaj placówki	Szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek, inny zakład spełniający określone warunki.	Szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek, inny zakład spełniający określone warunki.
Organ założycielski	Minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda lub jednostka samorządu terytorialnego (publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego).	Kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inna krajową albo zagraniczna osoba prawna lub osoba fizyczna, spółka nie mającą osobowości prawnej.

Tablica 4. Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce (ciąg dalszy)

Podstawy kreowania i przekształceń	W drodze rozporządzenia lub uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy, który nie może być podstawą do zaprzestania działalności. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie będzie mógł być pokryty to organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, wydaje rozporządzenie lub podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji.	Zgodnie z oceną i założeniami właściciela zakładu, działającego zgodnie z podstawowymi regulacjami, których zastosowanie wyznacza forma organizacyjna (kodeks handlowy, kodeks cywilny[17]).
Forma organizacyjna	Publiczny zakładu opieki zdrowotnej może przybierać formę samodzielnego zakładu, który pokrywa z posiadanych i uzyskanych środków i przychodów koszty działalności i zobowiązań. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) byłoby niecelowe lub przedwczesne.	Zgodnie z założeniami właściciela zakładu oraz regulacjami prawnymi.

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wskazano powyższej, wśród zakładów opieki zdrowotnej można wyróżnić organizacje publiczne i niepubliczne. Do publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej zalicza się samodzielne publiczne ZOZ oraz jednostki/zakłady budżetowe. Natomiast inna kwestia związana z funkcjonowaniem, w tym tworzeniem, prowadzeniem, przekształceniem oraz likwidacją zakładu opieki zdrowotnej, uzależniona jest od formy własności tej placówki.

[17] Niepubliczny ZOZ może być powołany przez każdą osobę fizyczną i prawną. Może ona prowadzić go osobiście bądź wspólnie z innymi osobami fizycznymi, w postaci spółek osobowych: cywilnej, jawnej, komandytowej lub w postaci spółki posiadającej osobowość prawną: spółki z ograniczą odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej.

Ważnym organem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej jest rada społeczna[18]. Jest ona ciałem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustrój zakładu opieki zdrowotnej oraz sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nieuregulowane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, określa statut, natomiast odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu.

1.3. Przekształcenia polskiego systemu ochrony zdrowia

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku dokonał się w Polsce proces głębokich przemian społeczno-ekonomicznych. Transformacja systemowa – jak wiadomo – objęła prawie wszystkie sfery życia i pociągnęła za sobą liczne zmiany w funkcjonowaniu takich dziedzin życia społecznego, jak edukacja, kultura, sztuka, opieka społeczna oraz ochrona zdrowia[19]. Dla służby zdrowia konsekwencją zmian stała się rezygnacja z dotychczas funkcjonujących modeli świadczenia usług medycznych[20]. Była ona konieczna ze względu na potrzebę dostosowania się do nowych wymogów gospodarki rynkowej.

Zdrowie w teorii ekonomii traktowane jest jako dobro publiczne. Stąd wynika zakres odpowiedzialności w tej sferze. Spoczywa ona nie tylko na jednostce, rodzinie, ale także na społeczności lokalnej, całym społeczeństwie jak i na instytucjach publicznych. Dotyczy to zwłaszcza tych, które zdrowie mają chronić, ponieważ „stan zdrowia poszczególnych jednostek wpływa na stan zdrowia całego społeczeństwa"[21], a to bezpośrednio przekłada się jego funkcjonowanie, konkurencyjność ekonomiczną państwa, jakość życia itp.[22]

Przełomowe znaczenie dla zmian w organizacji opieki zdrowotnej po drugiej wojnie światowej miała ustawa z dnia 22 lipca 1944 roku o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia[23]. Nosiła ona w sobie znamiona przyjętego przez państwo paradygmatu i spowodowała objęcie całej działalności służby zdrowia zasadami planowania, typowymi dla administracji państwa tzw. realnego socjalizmu. Ustawodawca tworzył zakłady społecznej służby zdrowia, do których zaliczał zakłady utrzymywane przez

[18] Art. 44b, Dz. U. nr 91, poz. 408 ze zm.
[19] Szerzej: Gruz M., Kontrowersje wokół współczesnych problemów edukacji, ochrony zdrowia, kultury, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1997, s. 74 i n.
[20] Gramlewicz M., Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia, Śląsk, Katowice 2007, s. 15.
[21] Por. Długosz D., Zdrowie – nie tylko polski problem, „Polityka Społeczna", nr 10, 1996, s. 12-14.
[22] Zob. Gramlewicz, op. cit., s. 16.
[23] Szymczak T., Domagała M., Górecki D. (red.) Wybór źródeł do nauki prawa konstytucyjnego (lata 1944-1992), Łódź, Internet, http://www.dws.xip.pl/Dane/manifest.html (15 maja 2007 r.).

państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych[24].

Obowiązujący od 1948 r. w Polsce model państwowej służby zdrowia zakładał[25]:

- pełną, nielimitowaną dostępność do wszelkich form ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- centralizację i finansowanie z podatków za pośrednictwem budżetu placówek służby zdrowia; finansowanie głównie bazy, a nie świadczeń,
- zatrudnianie lekarzy na państwowych etatach, ograniczanie prywatnych usług w opiece zdrowotnej, państwową własność aptek,
- pełen zakres świadczeń bezpłatnych, z wyjątkiem niektórych leków dostępnych w opiece zdrowotnej.

Uznanie w Konstytucji PRL z roku 1952 prawa do ochrony zdrowia – jako podstawowego dobra obywatelskiego – wymagało gwarancji dla rozwoju służby zdrowia w Polsce. Przebiegał on w kilku etapach.

Lata 1955 – 1970 stanowiły okres wyraźnego rozwoju służby zdrowia w Polsce oraz doskonalenia jej formy organizacyjnej. Główne działania koncentrowały się na rozwoju kadr medycznych, powoływaniu nowych placówek naukowych oraz uczelni kształcących kadrę medyczną oraz okołomedyczną. Następował również rozwój lecznictwa przemysłowego, powstawały liczne przychodnie przyzakładowe. W tym okresie położono też duży nacisk na działalność profilaktyczną, badania okresowe oraz opiekę nad kobietami i dziećmi[26]. W latach 1973 – 1979, został zorganizowany system podstawowej opieki zdrowotnej w celu integracji opieki zdrowotnej ogólnej i specjalistycznej, lecznictwa otwartego i zamkniętego, opieki medycznej i pomocy społecznej[27]. W latach osiemdziesiątych z kolei panowało nastawienie, że odpowiedzialność za stan zdrowia ponosi państwo oraz rodzina. W tym też czasie zaczęto dostrzegać pogłębiające się trudności w prawidłowym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, wynikające m. in. z kryzysu ekonomicznego i organizacyjnego sektora służby

[24] Szerzej pisze o tym Frąckiewicz L., Ochrona zdrowia w Polsce, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1987, s. 19.
[25] Por. Orczyk J., Polityka społeczna – uwarunkowania i cele, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2005, s. 155
[26] Pisze o tym w szczególności Frąckiewicz L. (red.), Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1991, s. 9.
[27] System ten następnie został zmodernizowany pod koniec 1982 roku w kierunku uszczegółowienia zakresów działania odpowiednich jego elementów. W okresie tym powołano również Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia oraz objęto bezpłatną opieką zdrowotną całą ludność kraju – bez względu na charakter i sektor zatrudnienia.

zdrowia. Wśród przyczyn uzasadniających konieczność reformy polskiego systemu ochrony zdrowia wskazywano między innymi[28]:

- nadmierną centralizację,
- biurokratyzację,
- niska jakość świadczonych usług,
- niską elastyczność na zmieniające się potrzeby,
- upolitycznienie opieki zdrowotnej w zakresie finansowania i zarządzania,
- spadek dochodów pracowników sektora publicznego,
- nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych,
- brak efektywnej polityki przestrzennego rozmieszczania bazy lecznictwa,
- ukierunkowanie bazy lecznictwa głównie na opiekę stacjonarną,
- ograniczenie dostępności do świadczeń,
- wzrost funkcjonowania szarej strefy.

Z początkiem lat dziewięćdziesiątych zaczęto wprowadzać nowe zasady reform, dotyczące zwłaszcza sfery gospodarczej. Koniecznością tego podejścia była sytuacja ekonomiczna kraju. Wymagała ona położenia nacisku na ekonomizację działań, również w ochronie zdrowia oraz efektywniejsze wykorzystanie szeroko rozumianej infrastruktury ochrony zdrowia. Po 1997 roku nastąpiły przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatyzacja aptek i hurtowni leków oraz wprowadzenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych poprzez utworzenie Kas Chorych, a następnie powołanie w ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia. Zamiarem tych przekształceń było wyrównanie dostępu do zakładów opieki zdrowotnej w różnych regionach. Pojawił się też projekt wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Zakładał on, że część usług świadczonych na rzecz pacjentów przez zakłady opieki medycznej będzie bez limitów (np. bezpośrednie zagrożenie życia, choroby układu krążenia i nowotworowe, a także opieka nad kobietami w ciąży, wypadki i leczenie dzieci), natomiast pozostałe usługi państwo będzie reglamentować, chyba że pacjent za nie zapłaci. W efekcie projekt ten oznaczał, że dotychczasowy podział na placówki publiczne i placówki niepubliczne traci sens, ponieważ wszystkie zakłady opieki zdrowotnej będą mogły zawierać

[28] Szerzej na ten temat pisze Frączkiewicz-Wronka A., Rozważania o istocie zaistniałych trendów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia, [w:] Węgrzyn M., Wasielwski D. (red.), Koncepcje zmian w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Doświadczenia i propozycje na przyszłość, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2004, s. 21-30 oraz Frączkiewicz-Wronka A., Obszary restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia, [w:] Mikołajewicz Z. (red.), Społeczne i regionalne aspekty przemian strukturalnych w polskiej gospodarce, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Opole 2004, s. 97-110.

kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także leczyć prywatnie – odpłatnie. Projekt ten jednak nie został wdrożony. Obecnie w fazie opracowania są nowe założenia reformy opieki zdrowotnej, które zakładają między innymi przekształcenie szpitali w spółki kapitałowe oraz wprowadzenie konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami. Na tym etapie nie ma jednak jeszcze spójnej koncepcji tego projektu.

Ustawa z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zmierzała do uzdrowienia niekorzystnej sytuacji w polskiej służbie zdrowia[29]. Wprowadzenie Kas Chorych nie sprawdziło się jednak, w związku z czym w 2003 r. powołano Narodowy Fundusz Zdrowia[30]. Doświadczenia z Kasami Chorych spowodowały niejako zwrot w polityce ochrony zdrowia do ponownej centralizacji[31]. Naczelnym organem administracji państwowej w dziedzinie ochrony zdrowia stał się minister zdrowia i opieki społecznej. Przekazano mu kierowanie działalnością organów administracji resortu zdrowia i opieki społecznej oraz nadzór nad realizują i koordynacją prac w obszarze zobowiązań państwa w zakresie konstytucyjnych uprawnień obywateli do ochrony zdrowia. Wprowadzenie nowych zasad związanych z reformą służby zdrowia w Polsce zmierzało do tego, by każdy obywatel stał się uczestnikiem wolnego rynku w zakresie usług medycznych

W rzeczywistości tzw. realnego socjalizmu sfera działań w zakresie kształtowania prozdrowotnych zachowań obywateli pozostawała na marginesie. System państwa opiekuńczego wytworzył w świadomości obywateli przekonanie, że to państwo odpowiedzialne jest za ich stan zdrowia oraz ich życie – podobnie jak za inne dziedziny, np. edukację, mieszkalnictwo itp. Utworzono system, który był z pozoru bezpłatny, społeczeństwo zaopatrywane było w darmowe lub o bardzo zaniżonej wartości leki, a ciężar odejmowania decyzji o postępowaniu leczniczym przerzucono z obywateli na urzędników i pracowników służby zdrowia. W efekcie tego obywatele zatracili poczucie odpowiedzialności zarówno moralnej, jak i materialnej za własne zdrowie i życie[32]. Taka sytuacja miała decydujący wpływ na warunki ekonomiczno-finansowe całego sektora, w tym: wzrost kosztów leczenia (będący typowym nie tylko w Polsce, ale i w krajach wysoko rozwiniętych) przy jednoczesnym coraz mniejszym nakładzie na ochronę zdrowia przyczynił się do coraz większej niewydolności całego systemu. Sytuację dodatkowo pogorszył – m. in. w latach

[29] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. nr 28, poz. 153.
[30] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. nr 45, poz. 391.
[31] Zob. Sowińska A., Promocja zdrowia w warunkach przemian systemowych, [w:] Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.), Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1997, s. 98.
[32] Tamże.

dziewięćdziesiątych – kryzys finansów publicznych państwa. W efekcie stale obniżeniu ulegały realne nakłady na ochronę zdrowia[33]. Następstwem tego wszystkiego stało się[34]:

- ograniczenie ilości i jakości świadczeń zdrowotnych (zwłaszcza wysokospecjalistycznych),
- brak środków na profilaktykę i wczesną diagnostykę, co w konsekwencji spowodowało wzrost wydatków na leczenie i rehabilitację,
- dekapitalizacja majątku trwałego oraz brak nowych inwestycji,
- wzrost szarej strefy i łapówkarstwa,
- powstanie wtórnego rynku zadłużeń (odsprzedawanie długów),
- upadek licznych firm działających w sektorze ochrony zdrowia.

Na wymienione czynniki – zdaniem L. Frąckiewicz – istotny wpływ miał fakt, iż w poprzednim systemie służba zdrowia funkcjonowała w trzech podstawowych pionach[35]:

- zakładach służby zdrowia stopnia podstawowego – były to zespoły opieki zdrowotnej (ogólnej bądź przemysłowej – dla poszczególnych grup ludności),
- zakładach służby zdrowia o zasięgu wojewódzkim – szpitale, zespoły specjalistyczne, wojewódzkie stacje krwiodawstwa,
- szpitalach klinicznych uczelni medycznych lub innych instytucji akademii medycznych oraz instytutach naukowo-badawczych.

Początek reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce wiąże się z przyjęciem w czerwcu 1994 roku programowego dokumentu „Strategia dla Zdrowia". Wprawdzie podstawy reformy tworzone były już wcześniej, to jednak sama „Strategia" była filozofią, na podstawie której budowano dalsze przekształcenia[36]. W wymienionej strategii, oprócz celów strategicznych (takich jak: poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, powszechność dostępu do usług medycznych, zwiększenie skuteczności systemu opieki zdrowotnej i in.), sformułowano także cele organizacyjne (m. in. decentralizację podstawowej opieki zdrowotnej, regionalizację, centralizację polityki zdrowotnej, zmiany w ubezpieczeniu)[37].

Zmiany prawne dotyczące systemu ochrony zdrowia związane były z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku[38] o zakładach opieki zdrowotnej. Określiła ona pojęcie zakładu opieki zdrowotnej, jako wyodrębnionego organizacyjnie zespołu osób i środków majątkowych,

[33] Oczekiwane kierunki przemian systemu ochrony zdrowia w naszym kraju – Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy – lipiec 1994, cyt. za: Gramlewicz M., op. cit., s. 17.
[34] Por. Strategia dla Zdrowia, MZiOS, Warszawa, lipiec 1994.
[35] Zob. Frąckiewicz L., Polityka ochrony zdrowia, [w:] Frąckiewicz L. (red.), Ochrona zdrowia…, op. cit., s. 26.
[36] Szerzej Gramlewicz M., op. cit., s. 21.
[37] Por. Strategia dla Zdrowia, op. cit.
[38] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.

utworzonego i utrzymywanego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, a także prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych. Świadczenia te obejmują wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej stała się podstawą prawną, która umożliwiła dalsze przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej. Jej dotychczasowy model, oparty na opiece środowiskowej, nie doprowadził jednak do zamierzonego celu, którym była poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Ponadto okazał się zbyt kosztowny i słabo zintegrowany. Dlatego też w maju 1994 roku przyjęto program przekształceń Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)[39]. Głównym celem tego programu było zachowanie oraz poprawa stanu zdrowia jednostki i rodziny w miejscu zamieszkania. Podstawowym zadaniem POZ stało się udzielanie indywidualnych świadczeń leczniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych – nie tylko w jednostce ochrony zdrowia, ale również w innych instytucjach, mających formę inną niż zakład opieki zdrowotnej (w tym także w domu pacjenta) oraz edukacja zdrowotna i prozdrowotne aktywizowanie pacjentów poprzez działalność promującą zdrowie i higienę środowiska[40].

Lekarz rodzinny stał się centralnym elementem zreformowanej Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jego działania uzupełniają lekarze pediatrzy, bowiem założeniem medycyny rodzinnej jest ciągłość opieki medycznej przez całe życie pacjenta, w każdej sytuacji zdrowotnej. Ponadto, lekarz rodzinny jest osobą wiodącą i koordynującą proces leczenia na każdym jego etapie. Szczególny nacisk został położony – oprócz skierowań do specjalistów i ciągłego kontaktu z pacjentem – na szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną. Funkcjonowanie instytucji lekarza rodzinnego wsparte zostało pomocą personelu medycznego średniego szczebla, tj. pielęgniarką oraz położną. Ich działania dodatkowo wspierać mogą inni pracownicy z zakresu diagnostyki czy rehabilitacji[41].

[39] Przekształcenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Strategia realizacji celów, MZiOS, maj 1994.
[40] Gramlewicz M., op. cit., s. 27.
[41] Tamże, s. 28. Zob. też Golinowska S. (red.), Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu, IPiSS, Warszawa 2007, w szczególności s. 56-65.

1.4. Grupy pracownicze zatrudnione w jednostkach służby zdrowia

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, które wyznaczają organizację służby zdrowia w Polsce, do zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej należy zaliczyć[42]:

- pracowników działalności podstawowej,
- pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych,
- pracowników gospodarczych i obsługi.

Pracownicy działalności podstawowej to największa i najważniejsza grupa tworząca kapitał ludzki w systemie ochrony zdrowia. Obejmuje ona[43]:

- pracowników, którzy ukończyli wyższe studia medyczne lub średnie szkoły medyczne,
- pracowników, którzy uzyskali medyczne kwalifikacje zawodowe w trybie przejściowym lub na podstawie odbytego szkolenia zawodowego,
- pracowników mających wykształcenie wyższe lub średnie, inne niż określone wyżej, gdy posiadane przez nich kwalifikacje zawodowe mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej, jeżeli są zatrudnieni na stanowiskach, na których te kwalifikacje są wymagane,
- innych pracowników, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zapobiegawczo- leczniczych, rehabilitacyjnych bądź diagnostycznych.

Szczególną grupę pracowników jednostek służby zdrowia stanowią lekarze i pielęgniarki. Zawód lekarza charakteryzuje się pewnymi cechami, które w sposób zasadniczy odróżniają go od innych zawodów. Są to w szczególności[44]:

- czas kształcenia lekarza, który jest wyjątkowo długi,
- po ukończeniu wydziału lekarskiego uczelni medycznej, absolwent jest przygotowany jedynie do pracy w zawodzie lekarza,
- studia lekarskie są wyjątkowo kosztochłonne, a większość tych kosztów ponosi państwo,
- utrzymanie stanowiska pracy jednego lekarza przy zachowaniu należytego standardu jest niezwykle drogie.

---

[42] Szerzej Erfurt U., Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej, Internet, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545 (21 września 2006 r.).
[43] Ibidem.
[44] Szerzej Obmach J., Słomczyński W., Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, Internet, http://www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000.pdf, (17 września 2006 r.).

Praca lekarza jest profesją bardzo złożoną. Trudno jest więc jednoznacznie wyszczególnić rodzaje czynności, które wykonuje on w trakcie swojej pracy, w danej jednostce służby zdrowia. Jedyną dostępną miarą jego pracy jest[45]:

- czas poświęcany pracy zawodowej,
- liczba pacjentów przyjmowanych w ciągu dnia.

W ujęciu czasowym, zatrudnienie lekarzy jest równe dla wszystkich wykonujących ten zawód w całym kraju.

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku pracy pielęgniarek. Z jednej strony realizują one polecenia lekarzy, z drugiej przełożonej pielęgniarek[46]. Mając to na uwadze przyjmuje się, że do podstawowych obowiązków pielęgniarek zalicza się[47]:

- wykonywanie zabiegów,
- pomoc pacjentom,
- czynności ogólnoporządkowe, utrzymywanie w czystości instrumentów, troska o zaopatrzenie,
- czynności administracyjne, biurowe,
- uczestnictwo w naradach, odprawach i instruktażach,
- opieka psychiczna nad pacjentami.

Wszyscy pracownicy zakładu opieki zdrowotnej są sklasyfikowani, adekwatnie do zajmowanych stanowisk, w taryfikatorze zaszeregowania stanowisk pracy i wynagrodzenia. Pozostaje on w ścisłym związku z taryfikatorem kwalifikacyjnym, określającym jakie wykształcenie i jaki staż pracy w zawodzie uprawnia do zajmowania określonego stanowiska w strukturze zakładu opieki zdrowotnej[48].

W odniesieniu do pracowników działalności podstawowej procedury podnoszenia kwalifikacji są ściśle określone przepisami prawnymi, które w sposób szczegółowy wskazują ramowy program specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny i zawierają[49]:

- zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, które powinny być zrealizowane w ramach określonej specjalności,

[45] Ibidem, s. 239.
[46] Szerzej na ten temat Koper A., Wdowiak L., Wrońska I., Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu, „Zdrowie Publiczne", nr 1/2, 2003, s. 15.
[47] Szerzej Gramlewicz M., op. cit., s. 240.
[48] Por. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 30, poz. 300 ze zm.
[49] Por. Erfurt U., op. cit.

- formy zdobywania wiedzy teoretycznej i nabywania umiejętności praktycznych (kursy wprowadzające, kursy szkoleniowe, samokształcenie, staże kierunkowe, szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu określonych zabiegów, pełnienie dyżurów lekarskich),
- okres trwania specjalizacji,
- sposób sprawdzania wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności,
- wykazanie się praktyczną znajomością przynajmniej jednego z języków (angielskiego, francuskiego, niemieckiego).

Specjalizacja może być prowadzona przez odpowiednie jednostki organizacyjne, określone w ustawie o zawodzie lekarza, po uzyskaniu wpisu na listę prowadzoną przez ministra zdrowia i opieki społecznej oraz po spełnieniu określonych warunków. Lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie specjalisty, wyznaczonego przez kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację. Kierownikiem specjalizacji musi być lekarz specjalista z określonej dziedziny medycyny.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, lekarze muszą zdobywać jednostopniową specjalizację. Natomiast dotychczas obowiązujące specjalizacje I i II stopnia w poszczególnych dziedzinach medycyny pozostaną ważne, ale uzyskane w nowym trybie będą równoznaczne z II stopniem specjalizacji uzyskanej wcześniej. Oznacza to, że nie będzie specjalizacji I stopnia.

Lekarz bez specjalizacji to młodszy asystent. Lekarz z I stopniem specjalizacji – to asystent. Lekarz z II stopniem specjalizacji jest starszym asystentem. Ordynator oddziału i jego zastępca muszą być, zgodnie z przepisami prawa, specjalistami II stopnia w odpowiedniej specjalności, w zależności od specyfiki prowadzonego oddziału.

Kierownicy komórek organizacyjnych i ich zastępcy w pionie pracowników działalności podstawowej muszą mieć również odpowiednie specjalizacje I lub II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny, np. farmacja, analityka medyczna czy odpowiednie dziedziny medycyny w przypadku kierowania poradniami lub pracowniami diagnostycznymi.

Personel pielęgniarski może również uzyskiwać specjalizacje na podstawie dwuletniego kursu, prowadzonego przez szpitale, wyznaczone do kształcenia w ramach określonych specjalności, np. pediatrii, anestezjologii, instrumentowania, położnictwa itp.[50]

[50] Wśród pracowników działalności podstawowej bardzo istotną rolę odgrywa personel pielęgniarski. Pielęgniarki podnoszą swoje kwalifikacje na zewnętrznych kursach doskonalących i specjalistycznych. Szkolenia zewnętrzne organizowane są głównie przez Wydziały Pielęgniarstwa Uniwersytetów Medycznych oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.

W szpitalu o profilu rehabilitacyjnym priorytetowe znaczenie odgrywa personel fizjoterapeutyczny, czyli zajmujący się bezpośrednim usprawnianiem pacjentów ze schorzeniami urazowo-ortopedycznymi, neurologicznymi, kardiologicznymi itp. Personel ten dzieli się na grupę pracowników z wyższym wykształceniem (absolwentów AWF Wydziału Rehabilitacji) oraz techników fizjoterapii (absolwentów dwuletnich szkół policealnych). Grupa ta wzmacniana jest pracownikami terapii zajęciowej, muzykoterapii, masażystami itp. Pracownicy ci podnoszą swoje kwalifikacje poprzez zaliczanie kilkustopniowych kursów specjalistycznych metod postępowania w kinezyterapii, fizykoterapii czy masażu ręcznego, uzyskując certyfikat z danej metody postępowania terapeutycznego. Magistrowie rehabilitacji mają również możliwość uzyskania specjalizacji I lub II stopnia z rehabilitacji ruchowej. Wiąże się to z uzyskaniem zgody Wojewódzkiego Konsultanta ds. Rehabilitacji oraz Urzędu Wojewódzkiego, powołaniem kierownika specjalizacji i odbyciem staży kierunkowych w powołanych do tego rehabilitacyjnych placówkach leczniczych. Odpowiednie specjalizacje uzyskują także farmaceuci i analitycy medyczni.

Pozostali pracownicy zakładu opieki zdrowotnej stanowią uzupełnienie całości załogi. Są oni niezbędni dla prawidłowego funkcjonowania jednostki, a tym samym świadczenia usług medycznych. Zabezpieczają oni bowiem takie funkcje, jak: planowanie, logistyka, system informatyczny itp. Infrastrukturę taką tworzą w dużym stopniu służby gospodarcze, administracyjne i techniczne.

Opieka medyczno-pielęgniarska może przebiegać zadowalająco tylko wtedy, kiedy wszystkie jednostki organizacyjne szpitala – każda z osobna i wszystkie razem – funkcjonują właściwie. Z tego względu służby gospodarcze, administracyjne i techniczne powinny być włączone do programów zapewnienia jakości. Często braki i błędy w infrastrukturze wywołują trudności w opiece lekarsko-pielęgniarskiej, dlatego też świadczenia mające wpływ na pracę lekarzy i pielęgniarek wobec pacjenta (części zamienne, zapasy materiałowe, środki finansowe, narzędzia etc.) muszą odpowiadać określonym wymogom jakościowym. Tymczasem – jak można zauważyć – tylko wysoka jakość świadczeń medycznych i pozamedycznych zapewni wysoką jakościowo opiekę nad pacjentem. Ponadto warto podkreślić, że wszyscy pracownicy zakładu opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalu akredytowanym, zobowiązani są do odbycia przynajmniej raz w roku szkolenia doskonalącego bądź przypominającego, związanego z wykonywanym zakresem obowiązków. Zgodnie z przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi, istnieje obowiązek dokumentowania wszystkich szkoleń załogi.

ROZDZIAŁ II. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA SKUTECZNOŚCI FUNKCJONOWANIA PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA

2.1. Podstawowe zagadnienia dotyczące skuteczności

Skuteczność, odnosząca się do działania podmiotów gospodarczych, jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych i praktyków. Konsekwencją tego jest w szczególności to, że pojęcie to rozpatrywane jest na różnych płaszczyznach, pod wieloma aspektami, w zależności od dziedziny naukowej, którą dany autor zajmuje się.

Podstawowa definicja pojęcia „skuteczność" – w ujęciu ekonomicznym – ujmuje ją jako rezultat działalności gospodarczej określanej przez relację uzyskanego efektu do danego czynnika produkcji lub zespołu tych czynników. Ujęcie to zwraca uwagę na takie czynniki takie, jak: wydajność pracy, produktywność majątku trwałego, efektywność inwestycji, materiałochłonność i energochłonność produkcji. Skuteczność w tym ujęciu wyraża się poprawą sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstwa. Istotny jest zwłaszcza wzrost wartości trzech pierwszych wskaźników (wydajności pracy, produktywności majątku trwałego oraz efektywności inwestycji), przy jednoczesnym obniżeniu wartości dwóch ostatnich (materiałochłonności oraz energochłonności produkcji). Wszystko to oznacza, że skuteczność to wzrost produktywności przy obniżeniu nakładów.

Na inne ujęcie skuteczności wskazuje R. Griffin, rozpatrując ją w kontekście wzajemnego oddziaływania organizacji. Wskazany autor uważa, że jest ona związana z tym, jak dobrze dana organizacja „rozumie, reaguje i wpływa na swoje otoczenie"[51]. Na tej podstawie wspomniany autor wysuwa cztery podejścia do kwestii sukcesu[52]:

- systemowo-zasobowe, koncentrujące się na zakresie, w jakim organizacja może zapewnić sobie potrzebne zasoby,
- celowe, skupiające się na stopniu, w jakim organizacja osiąga swoje cele,
- od strony procesów wewnętrznych, które koncentruje się na minimalizowaniu wewnętrznych napięć, integrowaniu jednostek i organizacji,
- od strony strategicznego „elektoratu", które skupia się na grupach zainteresowanych sukcesem organizacji.

[51] Por. Griffin R. W., Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 1998, s. 126-127.

[52] Tamże. Zob. także Lewin A. Y., Menton J. W., Determining Organizational Effectiveness: Another Look and an Agenda for Research, "Management Scence", may 1986, s. 513-138; Cameron K. S., Effectiveness as Paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, "Management Science", may 1986, s. 539-553; Yuchtman E., Seashore S., A Systems Resource Approach to Organizational Effectiveness, "American Sociological Review", 1967, Vol. 32, s. 891-903 oraz Georgopoules B. S., Tannenbaum A. S., The Study of Organizational Effectiveness, "American Sociological Review, 1957, Vol. 22, s. 534-540.

W ujęciu celowym, podobnie jak R, Griffin, ujmuje skuteczność W. Ostasiewicz. Podkreśla on, że skuteczność, będąca jedną z postaci sprawnego działania, jest pojęciem z zakresu ekonomii[53]. Takie podejście jest jednak nieostre, gdyż ani zwyczaj językowy, ani żadna konwencja nie przyporządkowały mu ścisłej definicji. Z kolei A. Hamrol i W. Mantura definiują skuteczność jako „zgodność postulowanej i rzeczywistej charakterystyki celu"[54] i dodają, że „miarą skuteczności, rozumianej jako cecha każdego działania, jest stopień osiągnięcia celu. Działanie jest tym skuteczniejsze, im wyższy jest ten stopień"[55]. Odnosząc się do skuteczności A. J. Culyer twierdzi, że stanowi ona różnego rodzaju „interwencje", czyli działania. Potwierdzane są one dostatecznym prawdopodobieństwem, że wprowadzenie ich przyniesie większą korzyść aniżeli powstrzymanie się od ich zastosowania[56].

Ciekawą definicję skuteczności przedstawia K. Sobolewski, uznając ją za jedną z postaci sprawnego działania przedsiębiorstwa. Wskazany autor przedstawia skuteczność jako wymierną wartość w formie wskaźnika[57]:

$$S = W/P, \qquad (1)$$

gdzie:

S – skuteczność,
W – osiągnięty rezultat działania,
P – założony cel działania, przy czym P nie może przyjąć wartości = 0.

Uwzględniając relację pomiędzy wynikiem a założonym rezultatem, można określić skuteczność działania, którą obrazuje tabela nr 1. Istotą takiego ujęcia skuteczności jest całkowita dowolna stopniowalność celu oraz ilościowo wyrażone wartości W i P. Jeżeli założone cele osiągnięte zostaną całkowicie, wówczas można mówić o pełnej skuteczności podjętych działań.

[53] Szerzej Ostasiewicz W., Zastosowanie zbiorów rozmytych w ekonomii, PWN, Warszawa 1986, s. 25.
[54] Por. Hamrol A., Mantura W., Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2002, s. 66.
[55] Tamże, s. 67.
[56] Szerzej Culyer A. J., The Moralisty of Efficiency in Health Care, [in:] King A., Hyclok Th., Thorton R., McMahon I. (eds.), North American Health Care Policy in the 1990s, Willy and Sons, Chichester 1993, s. 1-24.
[57] Szerzej Sobolewski K., O pojęciu skuteczności i pojęciach związanych, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 1998, s. 132.

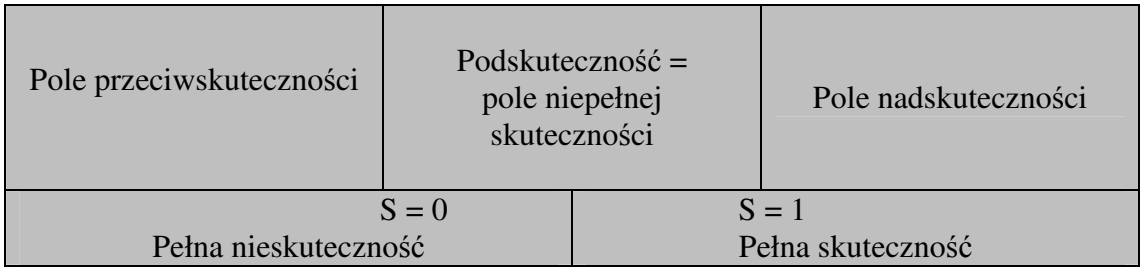
Tabela 1. Stopień relacji celu a pojęcie skuteczności

Wskaźnik S	Skuteczność	Stosowana nazwa
W < 0	S < 1	Przeciwskuteczność
W = 0	S = 0	Nieskuteczność
W < P	0 < S < 1	Podskuteczność
W = P	S = 1	Skuteczność
W > P	S > 1	Nadskuteczność

Źródło: Sobolewski K., O pojęciu skuteczności i pojęciach związanych, op. cit., s. 129.

Powyższa tabela pozwala na graficzną prezentację pojęć związanych ze skutecznością przedstawioną na rysunku 4.

Rysunek 4. Pojęcia związane ze skutecznością w sensie largo



Źródło: Opracowanie własne na podst. Sobolewski K., op. cit., s. 142.

Przy dokonywaniu oceny skuteczności działania nie bierze się jednak pod uwagę aspektów ekonomicznych osiągniętych celów. Skuteczność posiada cechę stopniowalności, toteż nie ma przeszkód, aby wskaźnik skuteczności przyjmował wartość z obszaru wyznaczonego nierównością $0 < S < 1$[58]. W takiej sytuacji dla $S = 0$ należy mówić o zupełnej nieskuteczności działania, dla $S = 1$ o całkowitej jego skuteczności, natomiast dla wszystkich przypadków, gdy $0 < S < 1$należy mówić o częściowej skuteczności działania, przy czym im wartość wskaźnika S bliższa będzie wartości 1, tym skuteczność danego działania będzie większa[59].

Rozpatrując kwestię skuteczności działania, należy zaznaczyć, iż w aspekcie czasu pracy może ona przyjąć dwie formy – skuteczności rzeczywistej oraz skuteczności w znaczeniu metodologicznym. Skuteczność rzeczywista zachodzi, gdy działanie w praktyce doprowadziło w jakimś stopniu do osiągnięcia celu. Natomiast skuteczność w znaczeniu metodologicznym oznacza, że działanie w rzeczywistości było nieskuteczne lub mniej skuteczne niż przewidywano. Można jednak stwierdzić, że byłoby skuteczne w stopniu przewidywalnym, gdyby nie zaistniały przypadki tzw. „siły wyższej". Rozróżnienie to jest istotne z uwagi na fakt, że w takim ujęciu skuteczność można przypisać nie tylko rzeczywistym, ale również

[58] Więcej pisze o tym Sobolewski K., op. cit., s. 136.
[59] Tamże.

przewidywanym działaniom. Mając to na względzie można z dużym prawdopodobieństwem dowodzić o skuteczności sposobu działania, nie zaś o samym tylko działaniu[60]. Odnosi się to również do skuteczności stosowania metod zarządzania czasem. Skuteczność jest bowiem odpowiednim kryterium przy racjonalnym doborze metod i form zarządzania czasem w organizacji, w tym w placówkach ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali publicznych. Dzieje się tak dlatego, że wskazanie skuteczności danej metody zarządzania czasem związane jest z określeniem stopnia, w jakim dana metoda umożliwia realizację założonych celów i na ile jest pomocna przy bieżącym zarządzaniu daną placówką. Znajomość skuteczności stosowanych poszczególnych metod, pozwala na podjęcie szeregu przedsięwzięć, w tym zmierzających do doskonalenia stosownej metody lub do zaniechania jej stosowania.

Tablica 5. Przegląd definicji skuteczności

Lp.	Autor	Skuteczność to:
1.	**Definicja ogólna**	rezultat działalności gospodarczej określanej przez relację uzyskanego efektu do danego czynnika produkcji lub zespołu tych czynników.
2.	**R. W. Griffin**	– podejście systemowo-zasobowe, koncentrujące się na zakresie, w jakim organizacja może zapewnić sobie potrzebne zasoby, – podejście celowe, skupiające się na stopniu, w jakim organizacja osiąga swoje cele, – podejście od strony procesów wewnętrznych, które koncentruje się na minimalizowaniu wewnętrznych napięć, integrowaniu jednostek i organizacji, – podejście od strony strategicznego „elektoratu", które skupia się na grupach zainteresowanych sukcesem organizacji.
3.	**W. Ostasiewicz**	jedna z postaci sprawnego działania organizacji.
4.	**A. Hamrol, W. Mantura**	– zgodność postulowanej i rzeczywistej charakterystyki celu, – stopień osiągnięcia celu: działanie jest tym skuteczniejsze, im wyższy jest ten stopień.
5.	**A. J. Culyer**	różnego rodzaju „interwencje" – działania, potwierdzone dostatecznym prawdopodobieństwem, że wprowadzenie tych działań przyniesie większą korzyść aniżeli powstrzymanie się od ich zastosowania.

[60] Szerzej: Sobolewski K., op. cit., s. 135.

Tablica 5. Przegląd definicji skuteczności (ciąg dalszy)

6.	**K. Sobolewski**	sprawne działanie przedsiębiorstwa przedstawione jako wymierna wartość w formie wskaźnika osiągniętego rezultatu do założonego celu działania.
7.	**Definicja własna**	stopień realizacji celów statutowych i strategicznych jednostek ochrony zdrowia w oparciu o normy prawne wynikające z dostosowań krajowych w zakresie czasu pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

W świetle wskazanych ujęć skuteczność zarządzania należy rozumieć jako miarę stopnia realizacji celów. Skuteczność będzie zatem rozpatrywana w aspekcie realizacji celów wytyczanych przez organizacje. W tym też kontekście zastosowanie będzie miała skala przedstawiona przez K. Sobolewskiego, zaprezentowana w tabeli nr 1.

2.2. Zasadnicze przesłanki sprawności funkcjonowania organizacji służby zdrowia

Współczesnej administracji publicznej oraz innym podmiotom realizującym cele publiczne stawia się coraz większe wymagania dotyczące efektywności ich działań. Ograniczeniem w tym zakresie jest wiele czynników, wśród których można wskazać niewspółmiernie niski poziom wiedzy, zaangażowania oraz umiejętności ze strony osób podejmujących decyzje i odpowiedzialnych za realizację celów tych organizacji[61].

Pokonanie występujących w administracji publicznej ograniczeń, będących konsekwencją zarządzania sektorem publicznym w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku, następuje różnymi metodami. Ich wdrażanie wspiera wzrost zapotrzebowania na menedżerów publicznych. Jest on stymulowany przez następujące zjawiska społeczno-gospodarcze[62]:

[61] Więcej na ten temat Kożuch B., Zarządzanie publiczne…, op. cit., s. 9. Szerzej na ten temat piszą w szczególności Sitko-Lutek A., Kultura organizacyjna okresu transformacji, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 12, 2005, s. 57-72; Sitko-Lutek A., Nowy paradygmat doskonalenia menedżerów, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", nr 3/4, 2006, s. 65-74; Czerwińska M., Profil cech menedżerskich w warunkach globalizacji i zaostrzającej się konkurencji, [w:] Bojar E. (red.), Menedżer XXI wieku w warunkach zaostrzającej się konkurencji, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2005, s. 48; Żelazna-Blicharz A., Blicharz P., Kluczowe kompetencje i umiejętności współczesnego menedżera, [w:] Bojar E. (red.), Menedżer XXI wieku w warunkach zaostrzającej się konkurencji, op. cit., s. 78; Bojar E., Menedżer XXI wieku – ile wiedzy, ile umiejętności?, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2003, w szczególności s. 12-24. Por. też Michna A., Poziomy uczenia się w organizacji-wybrane aspekty, „Organizacja i Zarządzanie", nr 34, 2008, s. 199-203 oraz Sitko-Lutek A., Pawłowska E., Kapitał społeczny a doskonalenie kompetencji menedżerów, „Organizacja i Zarządzanie", nr 3, 2008, s. 17-27.

[62] Szerzej Depre R., Hondeghem A., Bodiguel J., Public Servants in Transition? [in:] Farnham D., Horton S., Barlow J., Hondeghem A. (eds.), New Public Managers in Europe, McMillan Press Ltd., London 1996, s. 281-282.

- stały wzrost wydatków publicznych,
- presję obywateli na skuteczniejsze rozwiązywanie problemów społecznych (wzrost bezrobocia, wzrost przestępczości, powiększające się sfery ubóstwa itp.),
- wzrost krytycyzmu wobec władz publicznych ze trony coraz lepiej wykształconego i świadomego swoich praw społeczeństwa,
- domaganie się poprawy jakości usług publicznych,
- możliwości wpływania na ofertę usługową,
- zmiany tradycyjnych biurokratycznych struktur,
- wzmacnianie – a czasem wywoływanie – tendencji zmian przez organizacje międzynarodowe (OECD, Unia Europejska, Bank Światowy itp.).

Dużą rolę w procesie zmian funkcjonowania administracji publicznej, a w szczególności zarządzania publicznego, posiadają reformy administracji publicznej. W ich wyniku nastąpiła zmiana podejścia w zakresie zarządzania publicznego, uwarunkowana w szczególności czynnikami polityczno-ekonomicznymi[63]. Niewątpliwie reformy administracji publicznej wdrażane od początku lat 90. ubiegłego wieku, stanowią próbę odpowiedzi na oczekiwania obywateli współczesnych państw. Jest to niezmiernie ważne z punktu rozpoznawania obecnych tendencji w zarządzaniu organizacjami publicznymi w Polsce[64].

Zarządzanie w sferze publicznej zostało uznane przez badaczy za subdyscyplinę naukową zarządzania, w sensie ogólnym, która zajmuje się jednym z obszarów funkcjonalnych organizacji. Teoretyczne podstawy zarządzania publicznego tworzą liczne teorie, modele i koncepcje, przykładowo:

- teoria organizacyjnych konfiguracji sektora publicznego (*organisational configurations in public sector management*), nawiązująca do dwóch podstawowych zasad sprawnego działania, a mianowicie: skuteczności oraz ekonomiczności. Główne założenie tej teorii wskazuje, że poszczególnych części organizacji nie należy rozpatrywać oddzielnie, gdyż właściwe znaczenie nadaje im organizacja jako całość[65],

[63] Szerzej Kettl D. F., The Global Public Management Revolution. A Report on the Transformation of Governance, Brookings Institution Press, Washington 2000, s. 3-4.
[64] Zob. Kożuch B., op. cit., s. 23-24. Więcej na ten temat pisze Michna A., Wpływ organizacyjnego uczenia się na efektywność funkcjonowania małych i średnich przedsiębiorstw, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007, s. 10-25.
[65] Szerzej Roberts N. C., Organisational Configurations: Four Approaches to Public Sector Management [in:] Brudney J. L., O`Toole L. J. Jr., Rainey H. R. (eds.), Advancing Public Management. New Developments in Theory, Methods, and Practice, Georgetown University Press, Washington 2000, s. 218-220 oraz 224-229.

- model publicznej domeny (*public domain model*), koncentrujący się na celach sfery publicznej, warunkach ją konstytuujących oraz zadaniach rządu, które są realizowane przez funkcjonowanie sfery publicznej[66],
- koncepcja organizacyjnej publiczności (*organisational publicness*), objaśniająca specyfikę organizacji publicznych i ich relacji z otoczeniem[67].

Głównym uzasadnieniem wyodrębnienia zarządzania publicznego – jako dyscypliny szczegółowej nauk o zarządzaniu – jest zróżnicowanie organizacji ze względu na motyw podjęcia zorganizowanego działania. Organizacje publiczne różni od innych przede wszystkim to, że podejmują różne przedsięwzięcia w interesie publicznym[68].

Celem nauki o zarządzaniu, zwanej też podstawami kierowania organizacjami, teorią zarządzania czy też teorią organizacji i zarządzania[69], jest diagnozowanie pewnego fragmentu rzeczywistości, będącego przedmiotem jej zainteresowania, wyjaśnianie relacji między cechami zorganizowanego działania ludzi i ich zmianami, ukazywanie prawidłowości tych zmian, ich funkcjonalnych, strukturalnych oraz przyczynowo-skutkowych zależności, a także wykrywanie tendencji tych zmian, które mogą być wykorzystane w przekształcaniu rzeczywistości. Teoria zarządzania pełni zatem funkcje: diagnostyczną, wyjaśniającą (eksplanacyjną) oraz prognostyczną[70]. Istotę zarządzania stanowi natomiast efektywne wykorzystywanie zasobów dla osiągnięcia określonych celów. W odniesieniu do zarządzania publicznego szczególnego znaczenia nabiera koordynowanie – zwłaszcza, gdy odnosi się do takich organizacji, jak cała gospodarka, region czy też gmina[71].

---

[66] Szerzej Markowski T., Banachowicz B., Nowoczesne zarządzanie w jednostkach samorządu terytorialnego, „Współczesne Zarządzanie", nr 4, 2003, s. 15 oraz Hausner J. (red.), Studia z zakresu zarządzania publicznego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2001, s. 11.

[67] Kożuch B., op. cit., s. 50.

[68] Tamże, s. 51. Zobacz też Michna A., Wpływ procesów dezintegracyjnych na kulturę organizacyjną przedsiębiorstwa, [w:] Urbańczyk E. (red.), Nowe tendencje w zarządzaniu wartością przedsiębiorstwa aktualny stan i perspektywy rozwoju, Kreos, Szczecin 2003, s. 89 oraz Michna A., Kapitał intelektualny przedsiębiorstw budowlanych, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 9, 2004.

[69] Szerzej Krzyżanowski L., O podstawach kierowania organizacjami…, op. cit., s. 137. Szerzej pisze o tym Apanowicz J., Rutka R., Charakterystyka wiedzy o zarządzaniu, [w:] Czeminski A., Zarządzanie organizacjami, TNOiK, Toruń 2001, s. 38 oraz Kożuch B. (red.), Zarządzanie. Podstawowe zasady i funkcje, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 11.

[70] Więcej piszą o tym Kożuch B., op. cit., s. 60. Więcej na ten temat piszą Oleksyn T., Zarządzanie potencjałem pracy w małych średnich przedsiębiorstwach – istota, specyfika, wyzwania, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 1, 2003; Strużycki M. (red.) Zarządzanie przedsiębiorstwem, Difin, Warszawa 2004, s. 101-107; Bieniok H. (red.), Zarządzanie małą firmą, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1995, s. 15.

[71] Według szczebli zarządzania wyodrębnić można następujące rodzaje zarządzania publicznego (Kożuch B., op. cit. s. 60):

- mikrozarządzanie (zarządzanie organizacjami szczebla podstawowego),
- mezozarządzanie, obejmujące zarządzanie w różnych układach przestrzennych oraz w poszczególnych sferach życia społeczno-gospodarczego,
- makrozarządzanie (zarządzanie w skali gospodarki narodowej),
- zarządzanie międzynarodowymi organizacjami publicznymi.

Proces zarządzania polega – jak powszechnie się przyjmuje – na ciągłym lub cyklicznym podejmowaniu funkcji kierowniczych obejmujących cztery podstawowe funkcje zarządzania, mianowicie: planowanie, organizowanie, motywowanie oraz kontrolowanie. Za najistotniejszą funkcję planowania uznaje się identyfikowanie oraz formułowanie celów organizacji, określanie sposobów ich realizacji oraz niezbędnych do tego zasobów. Ważne przy tym jest, aby cele organizacji były wypadkową indywidualnych i zbiorowych celów uczestników organizacji, w tym dysponentów i właścicieli zasobów oraz otoczenia organizacji. Realizacja zaplanowanych celów (planu) – w wyniku działań kierowniczych – stanowi treść funkcji organizowania[72]. Natomiast proces organizowania obejmuje grupowanie działań i zasobów, zmierzających do ustalania lub modyfikowania zbioru stosunków organizacyjnych, określających pozycje i role poszczególnych składników organizacji oraz procedur pełnienia tych ról (w postaci regulaminów organizacyjnych, instrukcji i in.), a także sieć kanałów komunikacji[73]. Motywowanie – jak przyjmuje się w piśmiennictwie – najogólniej rzecz ujmując, polega na pobudzaniu członków organizacji do działania ukierunkowanego na realizację celów przy równoczesnym wykorzystaniu odpowiednich kanałów komunikacyjnych organizacji. Realizacja celów organizacji możliwa jest tylko w przypadku współdziałania ze sobą ludzi zatrudnionych w różnych komórkach organizacyjnych. Podstawową funkcją motywowania jest zachęcenie do współpracy ogółu dla dobra organizacji. W tym celu możliwe są do zastosowania liczne techniki i procedury, począwszy od motywatorów kadrowo-płacowych, poprzez odpowiednie procedury obsadzania stanowisk, stosowanie technik identyfikacji oraz rozwiązywania konfliktów, oceny i samooceny jednostek itp.[74] Należy zaznaczyć, iż funkcja motywowania powinna być spójnym zbiorem dostosowanym do typu organizacji, do sytuacji, w jakiej organizacja się znajduje oraz do cech osobowościowych jej uczestników, a także kultury organizacyjnej. Kierowanie, jako kolejna funkcja zarządzania, obejmuje analizę stanów rzeczywistych i

[72] Szczególne znaczenie i określoną specyfikę posiada planowanie strategiczne organizacji publicznych i organizacji typu non-profit. Por. Bryston J. M., Finn C. B., Development and Use of Strategy Maps to Enhance Organisational Performance, [in:] Halachmi A., Bouckaert G. (eds.), The Challenge of Management in a Changing World, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1995, w szczególności s. 17-34. Więcej na ten temat pisze też Bednarczyk M., Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością, PWN, Warszawa-Kraków 2001, s. 15; Gołębiowski T., Zarządzanie strategiczne. Planowanie i kontrola, Difin, Warszawa 2001, s. 11 i 51 oraz Baron-Wiaterek M., Zarządzanie strategiczne jako instrument diagnozy i planowania działań społecznych, [w:] Grewiński M., Karwacki A. (red.), Strategie w polityce społecznej, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2009, s. 41-59.

[73] Szerzej Kożuch B., op. cit., s. 61-62.

[74] Funkcja motywacyjna, jako jeden z elementów procesu kadrowego, szczegółowo opisana zostanie w dalszej części opracowania. Należy tu jednak zwrócić uwagę, iż motywowanie w organizacjach publicznych powinno zasadzać się na systemie wartości charakterystycznych dla sfery publicznej. Tu: por. np. Richards S., Flexibility In Personnel Management: Some Comparisons Between the Public and Private Sectors, [in:] Flexible Personnel Management in the Public Service, PUMA, Paris 1990.

odnoszenie ich do przyjętych norm i wzorców w celu ustalenia odchyleń i formułowania zaleceń. Takie działanie daje podstawę do podejmowania dalszych decyzji kierowniczych, zmierzających do korekty ewentualnych odchyleń od przyjętych norm. Funkcja kontroli jest sprzężona zwrotnie, zarówno pojedynczo z pozostałymi funkcjami zarządzania, jak i ogólnie z całym procesem realizacji celów. O ile współcześnie kontrolowanie ewoluuje w kierunku kontroli zarządczej, w tym między innymi zarządzania jakością i wydajnością oraz zarządzania systemami informatycznymi, o tyle specyfika kontrolowania w organizacjach publicznych przejawia się w kontroli obywatelskiej oraz finansowym i operacyjnym audycie wewnętrznym[75].

Analizując poszczególne funkcje zarządzania w sektorze publicznym należy zwrócić uwagę na makrozarządzanie, czyli działanie organów administracji publicznej w zakresie rozwoju społeczno-gospodarczego oraz związane z tym procedury podejmowania decyzji. T. Pietrzkiewicz podkreśla, że dla makrozarządzania charakterystyczne jest uczestnictwo w nim bardzo dużej ilości podmiotów jako decydentów. Wspomniany autor zwraca również uwagę na różnorodność funkcji i ograniczoną ilość założeń służących formułowaniu celów, które obejmują[76]:

- określenie potrzeb społeczeństwa,
- wybór systemu wartości,
- określenie meta-celów rozwoju,
- wybór zadań rozwojowych i zadań inicjujących przekształcenia,
- ocenę ex-post stanu gospodarki i jej elementów.

Zakres makrozarządzania oraz występujące w nim instrumenty w bardzo dużym stopniu zależą od pojmowania roli państwa w gospodarce[77]. Nie wchodząc w szczegółowe analizy owej roli, podkreślić należy, że w literaturze wyróżnia się pięć nadrzędnych funkcji zarządzania publicznego[78]:

- redystrybucyjną, polegającą na podziale dochodów między grupami społecznymi i regionami,

[75] Pisze o tym szerzej Kuźnik F., Stare i nowe koncepcje zarządzania publicznego w strukturach samorządu terytorialnego, [w:] Kożuch B., Markowski T., (red.), Z teorii i praktyki zarządzania publicznego, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2004, w szczególności s. 5-24.

[76] Szerzej Pietrzkiewicz T., Etyka zarządzania działalnością gospodarczą, ORGMASZ, Warszawa 1995, s. 4-8 oraz 32-41.

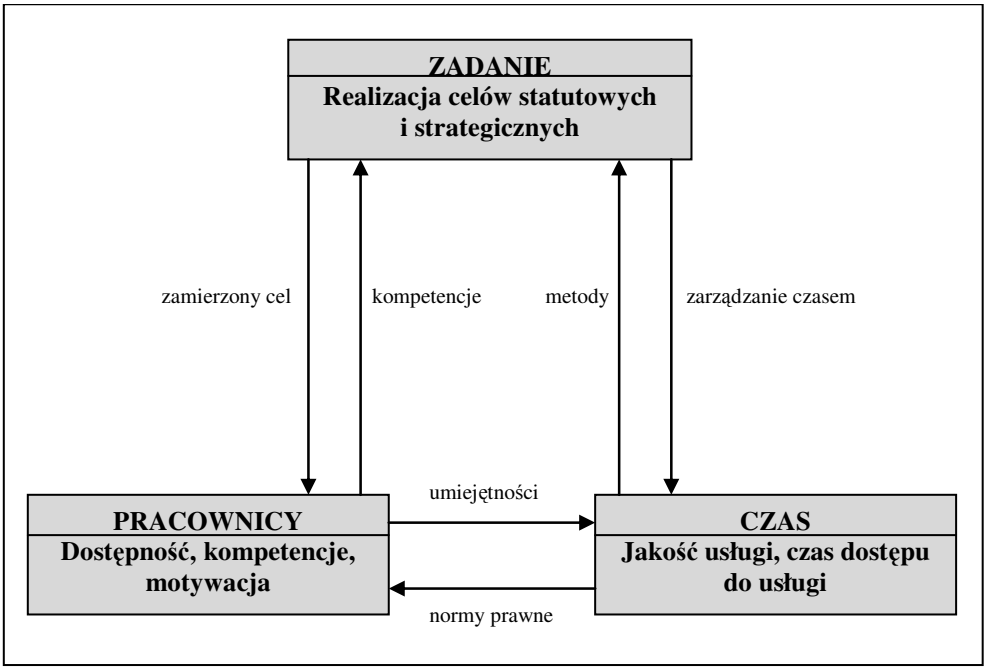
[77] Państwo oddziałuje na realną sferę gospodarki, a wydatki budżetu państwa wpływają na popyt rynkowy na dobra i usługi. Z kolei zaciąganie przez państwo kredytów wpływa na sytuację kredytową kraju i stopę kredytową itd. Zob. np. Karpiński A., Co warto wiedzieć o polityce gospodarczej rządów, ORGMASZ, Warszawa 1997, s. 9-34.

[78] Szerzej pisze o tym Wojtyna A., Nowoczesne państwo kapitalistyczne a gospodarka – teoria i praktyka, PWN, Warszawa 1990, w szczególności s. 48-56.

- stabilizacyjną, polegającą na łagodzeniu wahań koniunkturalnych,
- adaptacyjną, mającą na celu inicjowanie i stymulowanie procesów dostosowawczych,
- alokacyjną, łagodzącą ujemne skutki mechanizmów rynkowych,
- koordynacyjną, polegającą na łączeniu wysiłków podmiotów różnych szczebli na realizacji celów zgodnych z interesem ogólnospołecznym.

Mając to wszystko na względzie należy podkreślić, że zarządzanie oznacza cykl procesów. Każdy z nich złożony jest z pewnej sieci działań, czyli świadomych i celowych zachowań człowieka lub zespołów ludzkich[79]. Odnosząc się do zarządzania jednostką ochrony zdrowia – w aspekcie skuteczności – można podkreślić, że jest ono ciągiem interakcji pomiędzy pracownikami (ich kompetencjami, dostępnością i motywacją do pracy), wykonywanymi zadaniami (zmierzającymi do realizacji celów statutowych i strategicznych danej jednostki) oraz stosowanymi metodami i formami zarządzania czasem (przejawiającej się m. in. jakością usługi, dostępnością usługi dla pacjenta). Obrazuje to rysunek 5.

Rysunek 5. Zależność pomiędzy pracownikami, zadaniem a zarządzaniem czasem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Binsztok A., Koncepcja organizacji wirtualnej oraz organizacji fraktalnej jako odpowiedź na turbulencję otoczenia gospodarczego, [w:] Niedzielska E. Dudycz H., Dyczkowski M., (red.), Nowoczesne technologie informacyjne w zarządzaniu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2004, s. 49.

Skuteczne zarządzanie w placówkach ochrony zdrowia należy rozpatrywać z punktu widzenia efektywności ich działania. P. Drucker twierdzi, że „efektywne organizacje nie

[79] Więcej na ten temat Szafrański M., Badanie i ocena skuteczności działań w systemie zarządzania jakością, „Problemy Jakości", nr 12, 2004, s. 33.

występują masowo. Są nawet rzadsze niż skuteczni menedżerowie. W nowoczesnym (dużym) biznesie, w nowoczesnej agendzie rządowej, w nowoczesnym dużym szpitalu, czy na uniwersytecie, gromadzą się potężne środki. A jednak rezultaty potem są aż nadto przeciętne, wysiłki za bardzo rozdrabniane, za wiele ich poświęca się czasowi przyszłemu lub unikaniu decyzji i działania"[80].

Jednostki ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza szpitale, dążąc do efektywności, powinny skupić się na umiejętności skutecznego działania. Mając to na względzie konieczne jest dostrzeganie własnych szans oraz usuwanie trudności, zamiast robienie wszystkiego po trochu. Zasadniczo rzecz biorąc powinny one obierać priorytety i koncentrować się na głównych obszarach swej działalności[81].

Jak zatem rozumieć współczesne paradygmaty zarządzania w obszarze ochrony zdrowia? Jaki charakter mają one w szczególności w takich organizacjach? Jakie oczekiwania pod ich adresem formułuje współczesne społeczeństwo?

Dla tak specyficznych organizacji, jakimi są jednostki ochrony zdrowia, zwłaszcza szpitale, P. Drucker formułuje wykładnię dotyczącą kierunku i charakteru zmian, które obecnie wytyczają nowe nurty zarządzania w jednostkach użyteczności publicznej. Są to[82]:

- *Istnienie wielu równorzędnych sposobów organizacji tego samego biznesu*. Burzliwa i ciągła zmiana otoczenia, w jakim funkcjonuje organizacja zmusza zarządzających do oparcia się nie na jednym planie, lecz na całej gamie planów alternatywnych. W obszarze służby zdrowia należy przyjąć zasadę dużej płynności warunków determinujących procesy generujące potrzeby zdrowotne. To z kolei wpływa na konieczność budowania wariantowych projekcji problemów ochrony zdrowia, a co za tym idzie – konieczność formułowania wariantowych strategii działania.
- *Konieczność stosowania hybrydowych struktur organizacyjnych*. Żadna ze znanych obecnie struktur organizacyjnych –scentralizowana, zdecentralizowana czy też oparta na zespołach – nie może być uważana za najlepszą. Różne organizacje, funkcjonując w różnych warunkach, powinny szukać dla siebie struktur optymalnych. Ponadto, organizacje muszą być przygotowane do dynamicznej zmiany struktury w zależności

[80] Por. Drucker P. F., Menedżer skuteczny, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 1994, s. 186. Bardzo ciekawą analizę funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej przedstawia J. E. Stiglitz, obrazując zasadę działania systemu amerykańskiego. Por. Stiglitz J. E., Ekonomia sektora publicznego, PWN, Warszawa 2004, s. 360-392.

[81] Szerzej na ten temat pisze Skowron S., Dziwulski J., Efektywność ochrony zdrowia w świetle zasad i funkcji współczesnego zarządzania, [w:] Krajewski K., Wójtowicz M. (red.), Skuteczne zarządzanie placówką medyczną, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001, s. 71.

[82] Więcej pisze o tym Drucker P. F., Management`s New Paradigms, Forbes Magazine (5 października 1998 r.).

od zmieniającego się otoczenia zewnętrznego. Dlatego też w sektorze ochrony zdrowia należy szukać nowych, tj. elastycznych struktur, przy czym nie chodzi tu tylko o pojedyncze jednostki, lecz o szerszy układ ich wzajemnych powiązań i współdziałania wszystkich podmiotów zaangażowanych w obsługę profilaktyki i leczenia. Wskazuje na to mnogość modeli zarządzania ochroną zdrowia, jednak nawet w określonym modelu jest miejsce na elastyczne rozwiązania strukturalne podyktowane poszukiwaniem poprawy sprawności logistycznej, płynności finansowej, jakości świadczonych usług itp.

- *Istnienie wielu różnych sposobów zarządzania zasobami ludzkimi*. Klasyczne modele zarządzania zasobami ludzkimi tracą sens w stosunku do pojawiających się tzw. Pracowników wiedzy (*knowledge workers*), kooperantów zewnętrznych, którzy będą integralną częścią procesu. W XXI wieku dominować będą organizacje, które będą funkcjonować na wiedzy i umiejętności. Zarządzanie zasobami ludzkimi będzie opierać się na ocenie oryginalności ich intelektualnego wkładu w cel organizacji. Ochrona zdrowia jest obszarem, który bardzo klarownie ilustruje znaczenie wiedzy i umiejętności, począwszy od zaawansowanych technologii lecznictwa, poprzez organizację procesów leczenia, aż do promocji zdrowia włącznie.
- *Wzajemne przenikanie i łączenie się technologii, rynku i zastosowań*. Tradycyjny podział rynków i sfer wpływów technologicznych został rozmyty. Ochrona zdrowia jest dziedziną integrującą różne rodzaje aktywności – profilaktykę, lecznictwo ambulatoryjne, lecznictwo zamknięte, w tym specjalistyczne, pierwsza pomoc medyczna, ratownictwo medyczne itp. – z których każdą można traktować jako odmienny sektor potrzeb medycznych. Co prawda cechuje je określona specyfika (techniczna, organizacyjna, finansowa), ale jednak tworzy jeden system, w którym zaniedbanie jednego z elementów powoduje zachwianie całego systemu. Dlatego też ochronę zdrowia należy postrzegać jako jeden system i według takich założeń formułować strategię działań poszczególnych podmiotów.
- *Koniec ery zarządzania „nakazowo-kontrolnego”* (*command and control*)*, wyznaczonego ramami formalnych podległości i pojawienie się potrzeby redefinicji zarządzania jako zarządzania partnerskiego, obejmującego cały proces biznesowy i wykraczający poza ramy organizacji*. Partnerstwo w odniesieniu do placówek służby zdrowia należy rozpatrywać w kategoriach zespolenia interesów trzech podmiotów: pacjenta, lekarza oraz kierownictwa placówki. Są to główni aktorzy procesów lecznictwa i profilaktyki, co oznacza, że każdy z nich postrzega organizację tych

procesów biorąc pod uwagę inne wymogi i kryteria wartościowania: skuteczność leczenia i jakość obsługi, profesjonalizm i indywidualizację relacji pacjent – lekarz, efektywność procesu leczenia oraz racjonalność finansową w działalności placówek leczniczych. To właśnie oni powinni wyznaczać strukturę dynamiczną procesów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia. Pozostałe podmioty – pełniące funkcje kontrolno-nadzorcze oraz dystrybucyjne – powinny mieć charakter wspomagający.

- *Zmiana definicji organizacji międzynarodowej poprzez drastyczne obniżenie znaczenia geograficzno-narodowego ulokowania organizacji przez globalny charakter gospodarki*. Globalizm w ochronie zdrowia oznacza dziś transfer zaawansowanych technologii leków i lecznictwa na biedniejsze regiony i kraje świata, ale również dyktat międzynarodowych koncernów farmaceutycznych w zakresie bazowych „technologii" leczenia, standardów leków i diagnostyki medycznej. W konfrontacji z realiami „rynków lokalnych" rozstrzygać się będą problemy bezpieczeństwa zdrowotnego ich społeczeństw w wymiarze finansowym, politycznym i etycznym.
- *Zmiana sposobu zarządzania*: *domeną nie jest już tylko organizacja, ponieważ współczesny menedżer musi być również przedsiębiorcą, obserwującym z równym zainteresowaniem otoczenie organizacji, jak i samą organizację*. Współczesny menedżer musi skupiać się na wyszukiwaniu szans rozwoju na zewnątrz organizacji, a także potrafić identyfikować zagrożenia pojawiające się w jego otoczeniu. Te zagrożenia, w przypadku służby zdrowia, to nie tylko procesy i zjawiska związane z zagrożeniami środowiskowymi, ale również zmiany kulturowe, grupy interesów różnych środowisk społecznych i podmiotów uwikłanych – w sposób pośredni lub bezpośredni – w kwestie profilaktyki i leczenia. Można mówić nawet o szczególnej grupie *stakeholders* budowanej wokół problemów ochrony zdrowia[83].
- *Skierowanie zarządzania współczesną organizacją na zewnątrz przez definiowanie jej celów w kontekście potrzeb rynku i klienta, a nie samej organizacji*. Otoczenie organizacji jest głównym źródłem niepewności. Drucker uważa, że sprawna analiza tej niewiadomej i trafne przewidywanie zmian w otoczeniu jest kluczowym czynnikiem sukcesu firmy, zaś unikanie ryzyka może stać się największym ryzykiem[84]. Na gruncie ochrony zdrowia zasada ta oznacza potrzebę wykształcenia w jednostkach

[83] Więcej na ten temat Lyytinen K., Mathiassen L., Ropponen J., Attention Shaping and Software Risk – a Categorical Analysis of Four Classical Risk Management Approaches, Information Systems Research Journal, September 1998, Vol. 9, No. 3., s. 233-255.
[84] Szerzej Drucker P. F., Innovation and Entrepreneurship, Broadway Books, New York 1985, w szczególności s. 45-67.

lecznictwa funkcji monitorowania środowiska (otoczenia), które jest objęte ich obsługą, ze szczególnym uwzględnieniem analizy procesów demograficznych, społecznych, ekologicznych, legislacyjnych itp., których skutki będą w decydującym zakresie rozstrzygać o polu zagrożeń i potrzeb ochrony zdrowia ludności. Te same reguły powinny dotyczyć instytucji i organizacji zarządzania ochroną zdrowia (np. Narodowy Fundusz Zdrowia).

Wszystko to sprawia, że w jednostkach służby zdrowia, w tym zwłaszcza w szpitalach publicznych, konieczna jest zmiana dotychczasowego paradygmatu zarządzania, polegająca w szczególności na restrukturyzacji dotychczasowych struktur oraz stylów zarządzania.

2.3. Wyznaczniki skuteczności funkcjonowania placówek służby zdrowia

Wymogi skutecznego zarządzania w placówkach ochrony zdrowia powinno się rozpatrywać w kategoriach uniwersalnych funkcji zarządzania. Jak zwracają uwagę S. Skowron oraz J. Dziwulski, do najważniejszych wyznaczników skuteczności działania stawianych placówkom służby zdrowia należy zaliczyć: efektywność, dostępność oraz jakość[85]. Słuszność tego podejścia potwierdza większość dokumentów odnoszących się do polityki zdrowotnej, które powstały w ostatnim czasie na świecie. Wymieńmy chociażby: Mechanic (1991), Abel – Smith (1994), dokumenty OECD z 1995, Walt (1994). W tym zakresie mieszczą się także dokumenty związane ze światowymi projektami reform opieki zdrowotnej, między innymi: OECD z lat 1992 i 1994, Priester (1992), Saltman, Figueras (1997), potwierdzają słuszność wyżej wymienionych celów[86].

2.3.1. Efektywność

W odniesieniu do sektora zdrowotnego C. Donaldson i K. G. Gerard wyróżniają trzy wymiary efektywności: efektywność lokacyjną, skuteczność i efektywność operacyjną[87]. Pojęcie „efektywności lokacyjnej" w odniesieniu do placówek służby zdrowia dotyczy problemu opłacalności lub racjonalności oraz podjęcia określonych działań, zainicjowania określonego programu lub wdrażania wcześniej wyznaczonych celów. Według A. Williams`a w procesie oceny skuteczności podjętych działań należy uwzględnić, że[88]:

[85] Więcej na ten temat piszą Skowron S., Dziwulski J., op. cit., s. 76.
[86] Tamże.
[87] Szerzej Donaldson C., Gerard K. G., Economics of Health Care Financing: Visible Hand, MacMillan, Houndmills 1993, s. 68.
[88] Szerzej Williams A., Equity In Health Care: the Role of the Ideology, [in:] van Doorslaer E., Wagstaff A. E., Rutten F. (eds.), Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective, Oxford University Press, Oxford – New York – Tokyo, 1993, s. 57.

- żadna aktywność nie powinna być podejmowana, jeżeli nie ma wystarczającego prawdopodobieństwa, że suma korzyści osiągniętych w wyniku działalności będzie większa niż suma korzyści utraconych,
- korzyści utracone w związku z podjęciem aktywności powinny być możliwie najmniejsze,
- sposób doboru różnych form aktywności i ich wzajemne proporcje powinny być takie, aby zapewnić możliwie największą nadwyżkę korzyści osiągniętych nad korzyściami utraconymi.

We wskazanych zasadach chodzi o osiągnięcie nadwyżki korzyści zdrowotnych nad kosztami, ale z uwzględnieniem problemu skutków krańcowych. Dlatego też A. J. Culyer zaproponował następującą interpretację tego wymiaru efektywności. Jego zdaniem efektywny jest taki zestaw skutecznych świadczeń zdrowotnych, który uzyskany jest możliwie po najniższym koszcie. Dodatkowa korzyść zdrowotna, która osiągnięta zostaje po wydatkowaniu dodatkowych środków, nie powinna być większa niż koszt tych środków[89]. Alokacja środków, zgodnie z kryterium efektywności Pareto, jest bowiem optymalna, zatem nie można osiągnąć większej korzyści.

Skuteczność to cecha działań, które prowadzą do osiągnięcia zamierzonych efektów. A. J. Culyer twierdzi, że chodzi tu o różnego rodzaju interwencje. Potwierdzone są one dostatecznym prawdopodobieństwem, że wprowadzenie tych działań przyniesie większą korzyść aniżeli powstrzymanie się od ich zastosowania[90]. W aspekcie skuteczności, w obszarze służby zdrowia, działania te odnoszone są zarówno do indywidualnych pacjentów, jak i całej zbiorowości. W ostatnim przypadku efektem oceny skuteczności może stać się rekomendacja szerokiego stosowania procedury medycznej oraz rozwiązania organizacyjne, w ramach których podejmowane są działania sprzyjające zdrowiu. Szczególne znaczenie mają działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia odpowiednich warunków opieki w świetle norm czasu pracy lekarzy, wynikających z dostosowania polskiego prawa do norm unijnych[91].

C. Donaldson i K. G. Gerard wprowadzają pojęcie efektywności operacyjnej, jako porównanie co najmniej dwóch form działania, zakładając przy tym, że obie te formy są

[89] Szerzej Culyer A. J., The Moralisty of …, op. cit., s. 8.
[90] Tamże, s. 1-24.
[91] Więcej na ten temat Skowron S., Dziwulski J., op. cit., s. 77-78.

skuteczne[92]. Jak twierdzi S. Golinowska, kryteria stosowane do porównania działań mogą mieć jedną z następujących postaci[93]:

- jeśli dwie metody postępowania pozwalają uzyskać taka samą wielkość efektu zdrowotnego, są równie skuteczne, to bardziej efektywna jest metoda tańsza,
- jeśli dwa sposoby działania są równe pod względem kosztów, to bardziej efektywny jest ten sposób, który pozwala uzyskać większy efekt,
- najbardziej efektywna jest ta metoda postępowania, która jest najtańsza i najskuteczniejsza,
- jeśli nie jest spełniony żaden z wyżej wymienionych warunków, wówczas bardziej efektywny jest sposób, dla którego stosunek wielkości uzyskiwanego efektu do wielkości ponoszonego kosztu jest najbardziej korzystny.

Stosowanie wszystkich wskazanych powyżej elementów efektywności napotyka jednak na trudności związane z ich operacjonalizacją, jeśli przyjąć miary efektu zdrowotnego. S. Skowron i J. Dziwulski podkreślają w tym zakresie, że wielowymiarowość pojęcia zdrowia utrudnia jego interpretację, a dobór wskaźników i miar staje się procedurą decydującą o znaczeniu tego terminu. Zdrowie może być bowiem wyrażone poprzez liczbę istnień uratowanych od śmierci, liczbę lat nieutraconych z powodu przedwczesnych zgonów, liczbę lat przeżywanych w dostatecznej sprawności itp.[94]

W przeszłości najważniejszym kryterium rozwoju sektora zdrowotnego było powiązanie wskaźników zasobów i działalności. Obecnie stawia się ten problem w świetle szeroko rozumianej skuteczności, definiowanej jako maksymalizacja efektu zdrowotnego, dla całej populacji (efekty) za możliwie najniższą cenę (nakłady). W tym zakresie istotną kwestię poruszają w szczególności G. Mooney, E. M. Russem i R. D. Weir, zwracając uwagę na większą opłacalność wydatków (przykładowo ponoszonych na technologiczną medycynę naprawczą w porównaniu z promocją zdrowego odżywiania czy aktywnej rekreacji), jeśli efektem byłaby podobna liczba uzyskanych lat życia w pełnej sprawności. W praktyce takie podejście znajduje odzwierciedlenie w analizach skuteczności działań medycznych i okołomedycznych, chociażby w postaci wykorzystania procedur medycznych przy operacjach czy badaniach profilaktycznych[95].

---

[92] Pisze o tym więcej Donaldson C., Gerard K. G., op. cit., s. 69.
[93] Szerzej Golinowska S. (red.), Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności, IPiSS, Warszawa 1999, s. 38.
[94] Por. Skowron S., Dziwulski J., op. cit., s. 79.
[95] Por. Mooney G., Russem E. M., Weir R. D., Choices for Health Care. A Practical Introduction to the Economics of Health Provision, MacMillan, Houndmills 1986, s. 41.

W rozważaniach dotyczących skuteczności w placówkach służby zdrowia należy uwzględnić jeszcze jeden aspekt, tj. podział na płaszczyznę systemu i płaszczyznę instytucji. Zwracając na to uwagę, S. Skowron i J. Dziwulski uważają, że na płaszczyźnie systemu możliwe jest dążenie i ocenianie skuteczności, mierzonej efektywnością lokacyjną. Dlatego możliwe jest optymalizowanie efektu zdrowotnego odnoszącego się do całej populacji. Natomiast na płaszczyźnie instytucji oceny skuteczności mogą mieć jedynie charakter cząstkowy. Skuteczność poszczególnych instytucji nie sumuje się bowiem bezpośrednio w skuteczność całego systemu. Jest to sytuacja, w której „suma suboptymalizacji podsystemów nie daje optymalizacji systemu"[96].

2.3.2. Dostępność

Kolejnym wyznacznikiem skuteczności działań w ochronie zdrowia jest dostępność, którą należy rozpatrywać w dwóch kategoriach: infrastruktury społecznej ochrony zdrowia oraz kategorii technicznej.

Jak podkreśla K. Podolski, infrastrukturę społeczną stanowi „zespół urządzeń publicznych służących do zaspokajania potrzeb społecznych". Obejmuje ona również instytucje świadczące usługi, zatrudnionych w niej pracowników, a nawet rozwiązania organizacyjne i prawne[97]. Odnosząc się do oceny stopnia zaspokojenia potrzeb ludności M. Gasińska wskazuje, iż wymaga ona zastosowania szeregu mierników związanych z infrastrukturą społeczną i jest ściśle związana z analizą nakładów finansowych, zasobów infrastrukturalnych i zasobów ludzkich na służbę zdrowia[98]. Wpływa na to przede wszystkim udział wydatków bieżących budżetu państwa na infrastrukturę w dziedzinie ochrony zdrowia w PKB brutto w Polsce. Udział ten na przełomie lat 80. i 90. stopniowo wzrastał w kolejnych latach. Niestety – ponownie zaczął maleć. Kolejne lata przynosiły ponowne obniżanie udziału wydatków na system ochrony zdrowia. Świadczy to m. in. o wycofywaniu się administracji publicznej z finansowania tego sektora gospodarki[99].

Odnosząc się do infrastruktury należy jednak zaznaczyć, iż w latach 90. wzrosła liczba szpitali, przy równoczesnym zmniejszeniu ogólnej liczby łóżek. W tym też czasie powstały pierwsze prywatne szpitale oraz duże centra diagnostyczne, które z uzupełniają działalność

[96] Skowron S., Dziwulski J., op. cit., s. 79.
[97] Szerzej Podolski K., Infrastruktura społeczna, [w:] Rajkiewicz A. (red.), Polityka społeczna, PWE, Warszawa 1979, s. 149 oraz Kubów A., Potrzeby społeczne jako wyznacznik zmian w infrastrukturze społecznej, [w:] Pisz Z. (red.), Zadania społeczne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 1996, s. 24.
[98] Por. Gasińska M., Ochrona zdrowia i ubezpieczenie zdrowotne, [w:] Kurzynowski A. (red.), Polityka społeczna, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2006, s. 214.
[99] Szerzej Kubów A., op. cit. s. 129.

placówek publicznych. W dziedzinie szpitalnictwa Polska – w porównaniach międzynarodowych – plasuje się na poziomie wielu krajów europejskich. Jednak liczba łóżek nie jest najistotniejszym wyznacznikiem poziomu opieki medycznej. Istotniejsze są takie wskaźniki, jak: skuteczność, profilaktyka, nowoczesny i niezawodny sprzęt, współpraca między poszczególnymi placówkami ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej w zakresie wykonywania badań i diagnozowania oraz szereg innych czynników mających istotny wpływ na skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu[100].

Oceniając dostępność służby zdrowia należy podkreślić, że w ostatniej dekadzie, w efekcie spadku liczby przychodni rejonowych, akademickich oraz medycyny pracy, dość znacząco zmniejszyła się liczba przychodni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Systematycznie jednak wzrastała liczba przychodni prywatnych oraz gabinetów prywatnych. Ponadto, znacząco wzrosła ilość aptek oraz usług aptecznych. Niewielka natomiast – w latach dziewięćdziesiątych – była dynamika przyrostu pracowników medycznych służby zdrowia. O ile wzrosła liczba lekarzy i farmaceutów, o tyle znacząco obniżyła się ilość lekarzy stomatologów. Nastąpił również istotny spadek zatrudnienia pielęgniarek. Wszystkie powyższe elementy mają istotny wpływ na zmniejszenie dostępności usług, co w efekcie wpływa na pogorszenie infrastruktury społecznej służby zdrowia[101].

J. W. Thomas i R. Penchansky wskazują pięć wyróżników dostępności rozumianej w kategorii technicznej[102]:

- osiągalność, czyli dostępność poszczególnych pracowników medycznych i jednostek infrastruktury, przypadająca na liczbę ludności danego obszaru,
- dostępność przestrzenna, czyli odległość między miejscem, gdzie znajduje się osoba mająca uzyskać świadczenie, a miejscem, gdzie ma być to świadczenie udzielane; w praktyce mówi się o liczbie minut, w ciągu których możliwe jest dotarcie do określonej placówki służby zdrowia,
- dostępność organizacyjna, w ramach której mieszczą się takie elementy, jak: czas pracy zarówno całej placówki, jak i poszczególnych pracowników, zasady rejestracji i ustalania wizyt, zakres spraw załatwianych „na odległość", systemy kolejkowe itp.,
- dostępność kosztowa, analizowana zarówno w skali makro (uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, wynikające z ubezpieczenia społecznego i prywatnego, oraz prawa

[100] Więcej w tej kwestii zob. Gasińska M., op. cit., s. 215.
[101] Ibidem, s. 216.
[102] Szerzej Thomas J. W., Penchansky R., Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services, "Medical Care" 1984, Vol. 22, No. 6, s. 553-568.

obywatelskie), jak i mikro (zdolność pacjenta do ponoszenia wszelkich dodatkowych kosztów związanych z kontaktem z placówką ochrony zdrowia),

- akceptowalność, czyli relacja oczekiwań pacjenta związanych z technicznymi, psychologicznymi i kulturowymi aspektami zaspokojenia potrzeb oraz stopnia ich spełnienia w kontaktach ze służbą zdrowia.

2.3.3. Jakość

Trzecim, wskazanym w literaturze przedmiotu wyznacznikiem skuteczności placówki ochrony zdrowia, jest wyróżnik jakości, na który zwracają w szczególności uwagę S. Skowron i J. Dziwulski[103]. W obecnej rzeczywistości, w świetle zmieniających się potrzeb rynku oraz rosnących wymagań pacjentów, jakość staje się jednym z zasadniczych elementów skuteczności funkcjonowania placówki ochrony zdrowia w aspekcie problemów zarządzania taką jednostką. Ostatnie lata przyniosły wiele zmian w tym obszarze. Mając to na względzie, A. Maciąg podkreśla, że dotychczasowe przekształcenia – między innymi w sferze zwiększenia oczekiwań ze strony pacjentów, możliwości wyboru placówki medycznej, dzięki wzrostowi liczby szpitali niepublicznych czy wydłużeniu średniej czasu życia – wykształciły istotne zmiany w sferze skuteczności[104].

Pojęcie „jakości" w placówce służby zdrowia jest trudne do zdefiniowania, zwłaszcza w odniesieniu do usług zdrowotnych, które cechuje słaby poziom wymierności, wysoki poziom zróżnicowania oraz nierozerwalność[105]. W związku z tym warto podkreślić, że jakość usług medycznych kształtują pewne cechy, wartości oraz czynniki, mające na celu maksymalizację skuteczności działania. W takim znaczeniu definicję jakości przedstawił A. Donabedian, który przez wiele lat zajmował się problematyką jakości w służbie zdrowia. Postrzega on kwestię jakości w służbie zdrowia przez pryzmat dostępności, ciągłości, koordynacji i skuteczności – nie skupiając się przy tym na typowych wymiarach jakości: technicznym, nietechnicznym i środowiskowym[106].

---

[103] Zob. Skowron S., Dziwulski J., op. cit., s. 76.

[104] Szerzej Maciąg A., Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych, zdrowotnych, Medica Press, Bielsko Biała 2007, s. 23.

[105] Zob. Skowron K., Działania proinnowacyjne w sferze usług medycznych na przykładzie miasta Bytom, [w:] Stachowicz J. (red.), IBS PAN, w druku; szerzej na temat usług medycznych piszą: Mudie P., Cottam A., Usługi. Zarządzanie i marketing, PWN, Warszawa 1998; Payne A., Marketing usług, PWE, Warszawa 1996; Pluta-Olearnik M., Marketing usług, PWE, Warszawa 1994; Styś A. (red.), Marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 1996.

[106] Szerzej Lisiecka K. (red.), Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, IPiSS, Warszawa 2003, s. 23 oraz Kulik T. B., Latalski M. (red.), Zdrowie publiczne, Czelej, Lublin 2002, s. 119.

Inaczej zagadnienia jakości rozpatruje D. Waters, widząc ją jako zdolność do zaspokojenia, a czasem nawet przewyższania, potrzeb klienta – pacjenta. W swoich rozważaniach rozpatruje jakość w kategorii funkcji menedżerskiej, odpowiedzialnej za wszystkie aspekty związane z jakością produktu – usługi. Uważa on, że konkurowanie na rynku usług medycznych odbywa się w trzech aspektach: ceny, jakości oraz obsługi. O ile dwa pierwsze aspekty stanowią niezbędny warunek zdobycia przewagi konkurencyjnej, o tyle trzeci – obsługa – decyduje o sukcesie bądź porażce rynkowej. Cytowany autor zwraca też szczególną uwagę na korzyści, jakie niesie ze sobą wyróżnik jakości usług medycznych. Mianowicie daje on placówkom służby zdrowia lepszą reputację, „dobry marketing" osiągany mniejszym kosztem, lepszą dostępność, długoterminową zyskowność oraz obniżkę kosztów[107]. Z kolei R. S. Maxwell definiuje jakość usług zdrowotnych jako powiązanie sześciu elementów – dostępności, odpowiedniości, ciągłości, skuteczności, wydajności i satysfakcji[108].

Spośród wielu definicji określających istotę jakości usług zdrowotnych, najbardziej akceptowaną jest opracowana przez Amerykański Instytut Medyczny. Przyjęto w niej, że jakość to „zakres, w jakim świadczenia zdrowotne udzielane jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego efektu zdrowotnego i są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną"[109].

W świetle przytoczonych ujęć należy dodać, że dzięki zmianom w ustawodawstwie z zakresu prawa medycznego, w tym zwłaszcza dotyczących działalności placówek medycznych oraz powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego czy o zawodzie lekarza[110], znacznie wzrosła jakość, a przez to skuteczność, działania tych jednostek, a ich misja w dużym stopniu uzależniona została właśnie od jakości[111]. Co więcej, wzrosła również rola i świadomość samych pacjentów, ich wymagania i oczekiwania. W konsekwencji dostrzeżono zależność między sukcesem zakładu a jakością świadczonych w nim usług. Jakość stała się zatem nie tylko jednym z elementów kreowania wizerunku, ale również wyznacznikiem skuteczności.

---

[107] Szerzej Waters D., Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi, PWN, Warszawa 2007, w szczególności s. 2-8.
[108] Szerzej Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka, Pedetu, Warszawa 2003, s. 34., cyt. za: Trąbka W. (red.), Szpitalne systemy informatyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
[109] Por. Friedman M. A., Issues In Measuring and Improving Health Care Quality, Health Care Financing Review, 1995, Vol. 16, No. 4, s. 1-14.
[110] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm., ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, Dz. U. nr 28, poz. 152 z późn. zm. oraz ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.
[111] Szerzej na ten temat Mociąg A., op. cit., s. 23.

Zapewnienie wysokiej jakości przy odpowiednim koszcie usługi wymaga planowego i systemowego działania, dającego pewność, że usługa spełnia wszystkie wymagania jakościowe (potwierdzone odpowiednimi dokumentami). Według M. Lisieckiej-Biełanowicz mechanizmem zapewniającym jakość usług w systemie ochrony zdrowia może być m. in.:[112]

- akredytacja wg programu Rady Akredytacyjnej przy Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie,
- certyfikacja wg norm International Standard for Organisation (ISO) serii 9000,
- program Total Quality Management (TQM) – kompleksowego zarządzania jakością.

2.4. Wpływ zasobów ludzkich na skuteczność funkcjonowania służby zdrowia

Do sprawnego zarządzania jednostką ochrony zdrowia wykorzystywane są różne koncepcje, w tym takie jak: zarządzanie strategiczne, controlling, audyt, rachunkowość zarządcza, zarządzanie jakością, zintegrowane zarządzanie czy marketing. Zastosowanie ich razem – jako wiązki zarządzania – czy też każdego z osobna, daje w pewnym określonym czasie konkretne, mierzalne efekty dla organizacji. Z coraz powszechniejszym stosowaniem tego typu rozwiązań oraz wzrostem profesjonalizmu i wykształcenia współczesnych menedżerów, funkcjonujących w służbie zdrowia, powielanie stereotypowych wzorców przestaje wystarczać do skutecznego działania. Coraz częściej podkreśla się ogromne znaczenie ludzi dla realizowania różnych przedsięwzięć w skali zarówno mikro, jak i makro. Z jednej strony rozwija się zapożyczona z teorii socjologii idea kapitału społecznego, stanowiąca klucz do rozwiązywania wszelkich problemów organizacyjnych[113], czy też źródło widocznej efektywności organizacji[114], a z drugiej – wśród różnych nurtów poszukiwań nowych perspektyw skutecznego zarządzania czasem pracy wyłania się koncepcja

[112] Więcej pisze o tym Lisiecka-Biełanowicz M., Wybrane koncepcje zapewnienia jakości usług zdrowotnych, [w:] Frąckiewicz L., Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Polityka społeczna wobec reform, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice, 1999, s. 133 i n. Szerzej na temat koncepcji zarządzania jakością oraz TQM: Skowron K., TQM źródłem przewagi konkurencyjnej szpitala – studium przypadku, „Organizacja i Zarządzanie", nr 44, 2008; Skowron K., Kompleksowe zarządzanie jakością na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, [w:] Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 2006, s. 145-152; materiały X Jubileuszowej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej", 18-19 maja 2006 r., Centrum Monitorowania Jakości, Kraków 2006.

[113] Por. szerzej: Bratnicki M., Dyduch W., W poszukiwaniu wyceny kapitału społecznego, „Organizacja i Kierowanie", nr 1, 2003, s. 3. Więcej na ten temat pisze Lipka A., W poszukiwaniu metody wyceny kapitału ludzkiego, [w:] Lipka A., Waszczak S. (red.), Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2007, s. 5-7; Lipka A., Kwalitologia kapitału ludzkiego – przedmiot i metody badawcze, [w:] Pocztowski A. (red.), W kierunku jakości kapitału ludzkiego, IPiSS, Warszawa 2007, s. 123 i n.

[114] Por. szerzej: Bratnicki M., Dyduch W., Zbierowski P., Zarządzanie kapitałem społecznym organizacji, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 2, 2003, s. 9. Szerzej pisze o tym Bratnicki M., Dylematy i pułapki współczesnego zarządzania, Gnome, PAN, Oddział Katowice, 2000, s. 85.

zarządzania zasobami ludzkimi[115]. Tworzeniu zasobów ludzkich coraz częściej towarzyszą elastyczne formy zatrudnienia, które umożliwiają bardziej skuteczne gospodarowanie czasem pracy. Tradycyjne formy zatrudnienia stają się zbyt „skostniałe" dla wymogów skutecznego zarządzania czasem pracy. Stąd też, wśród elastycznych form zatrudnienia, coraz powszechniejsze staje się zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy, zatrudnienie tymczasowe czy praca zmianowa – zwłaszcza w przypadku pielęgniarek. Coraz większym powodzeniem cieszą się również umowy cywilnoprawne zawierane z lekarzami.

Pojęcie „zasobów ludzkich" z ekonomicznego punktu widzenia jest łatwe do określenia i jednoznaczne. Bywa ono często przedstawiane przez badaczy za pomocą przykładów[116]. Zwraca też uwagę to, że używa się go w różnych kontekstach. Stwarza to pewne możliwości intuicyjnego definiowania tego pojęcia[117]. W sumie wiele określeń i definicji pojęcia zasobów ludzkich ma charakter nieostry i niejednoznaczny[118], a także „zmieniają się one wraz z kontekstem kulturowym, panującą modą, paradygmatami, metaforami, obyczajami i praktykami językowymi danego autora lub jego czasów. Istniejące różnice pozwalają zapewne lepiej zgłębić złożoną strukturę zjawiska, ale jednocześnie znacznie komplikują praktyczne zastosowanie koncepcji"[119].

Analizując kwestię zasobów ludzkich, definiowanych jako „zasoby, jakimi dysponują jednostki oraz zbiorowości społeczne"[120], szczególną uwagę zwrócić należy na ich wielowymiarowość. Przyjmując koncepcję M. Bratnickiego, można wyodrębnić następujące elementy zasobów ludzkich[121]:

---

[115] Por. Strużyna J., Kapitał ludzki i przedsiębiorczość – aspekty teoretyczne, [w:] Juchnowicz M. (red.), Kapitał ludzki a kształtowanie przedsiębiorczości, Poltext, Warszawa 2004, s. 25 – 26. Więcej na ten temat pisze Lipka A., Od zarządzania zasobami ludzkimi do gospodarowania kapitałem ludzkim, „Przegląd Organizacji", nr 4, 2005, s 14 i n.; Lipka A., Ryzyko w zarządzaniu zasobami ludzkimi, [w:] Najlepsze praktyki zarządzania kapitałem ludzkim, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2002, s. 88.

[116] Więcej w tej kwestii Bukowitz W. R., Petrash G. P. Visualizing Measuring and Managing Knowledge, „Research, Technology Management, 1997, No. 4, s. 25. Natomiast ciekawą prezentację omawianego pojęcia podaje Stone R. J., Human Resources Management, 3rd ed., John Wiley & Sons, 1998, s. 4 oraz Sajkiewicz A., Zasoby ludzkie w firmie. Organizacja, kierowanie, ekonomika, Poltext, Warszawa 2004, s. 17-18.

[117] Szerzej Domański S. R., Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy, PWN, Warszawa 1993, s. 15-21.

[118] Więcej na ten temat pisze Król H., Rozwój kapitału ludzkiego w przedsiębiorstwie, [w:] Ludwiczyński A., Stobińska K. (red.), Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim, Poltext, Warszawa 2001, s. 15.

[119] Pisze o tym szerzej Strużyna J., Wymiary kapitału ludzkiego firmy [w:] Kożuch B. (red.), Kształtowanie kapitału ludzkiego firmy, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 21.

[120] Por. szerzej Gimeno J., Folta T. B., Cooper A., C., Woo C., Y. Survival of the Fittest? Entrepreneurial Human Capital and the Persistence of Underperforming Firms, "Administrative Science Quaterely" 1997, No. 42, s. 750 – 783 za: Majowska M., Problemy badania wpływu kapitału ludzkiego na zachowania przedsiębiorcze, [w:] Juchnowicz M. (red.), Kapitał ludzki a kształtowanie przedsiębiorczości…, op. cit.

[121] Więcej na ten temat Bratnicki M., Strużyna J. (red.), Przedsiębiorczość…, op. cit. s. 72. Zob. też Michna A., Czynniki determinujące rozwój kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa-wyniki badań, „Organizacja i Zarządzanie", nr 21, 2004, s. 205-208; Michna A., Zależności pomiędzy empirycznymi wymiarami organizacyjnego uczenia się w małych i średnich przedsiębiorstwach, [w:] Potocki A. (red.), Społeczne aspekty

- kompetentność (umiejętności praktyczne, takie jak: biegłość, fachowość; wiedzę teoretyczną poszczególnych osób oraz ich talenty.
- zręczność intelektualną (innowacyjność, zdolność do naśladowania, przedsiębiorczość, zdolność do zmian),
- motywację (chęć działania, predyspozycje osobowościowe do określonych zachowań, zaangażowanie w procesy organizacyjne, skłonność do zachowań etycznych, władza organizacyjna czy też przywództwo menedżerskie).

Standardem dla współczesnych organizacji służby zdrowia jest posiadanie mniej lub bardziej szczegółowo sprecyzowanej strategii zarządzania zasobami ludzkimi. Zasadniczą jej osią jest jednoznaczna orientacja na kumulowanie kapitału intelektualnego, a w nim – kapitału ludzkiego, który umożliwiłby skuteczne adaptowanie się jednostek do wymogów dyktowanych przez konkurencyjne otoczenie. Proces tworzenia zasobów ludzkich nie ma charakteru przypadkowego, ale jest wyraźnie wyznaczony przyjętymi założeniami ogólnej strategii rozwojowej, której zasadniczym celem jest budowanie pozycji rynkowej przez oferowanie wysokiej jakości usług. Za właściwą odpowiedź na wyzwania płynące z otoczenia oraz za optymalne wsparcie dla realizowanych strategii, należy uznać model kapitału ludzkiego, który profiluje strategie zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji[122].

Zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie opieki zdrowotnej stanowi problemem zarówno dla kadry zarządzającej, jak i dla szeregowych pracowników opieki zdrowotnej[123]. Dzieje się tak dlatego, że każdy pracownik, zatrudniony w poradni, szpitalu czy też w innego rodzaju placówce służby zdrowia, poddawany jest od wielu lat kolejnym próbom reform, zmian, przekształceń i ogólnym zmianom systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Zarządzanie zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej – we współczesnych polskich realiach – nie opiera się na jasnej strategii i ustaleniu kierunku podejmowanych działań, co jest bardzo istotne, bowiem strategia personalna jest wypadkową sytuacji strategicznej organizacji.

przeobrażeń społecznych, Difin, Warszawa 2003, s. 389; Lipka A., Król M., Waszczak S., Winnicka-Wejs A., Kształtowanie motywacji wewnętrznej. Koszty jakości i ryzyko, Difin, Warszawa 2010, s. 85-90.

[122] Szerzej na ten temat Urbaniak B., Bohdziewicz P., Standardy zarządzania pracownikami wyznaczane w konkursie *Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi*, [w:] Borkowska S. (red.), Zarządzanie zasobami ludzkimi. Teraźniejszość i przyszłość, IPISS, Warszawa 2006, s. 65. Zob. też Baron-Wiaterek M., Instrumenty kształtowania kapitału ludzkiego i jego wartości na rynku pracy, [w:] Lipka A., Waszczak S. (red.), Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2007, s. 225-233; Lipka A., Ryzyko związane z gospodarowaniem zasobami wiedzy w organizacji non-profit, [w:] Lipka A., Lipski, A., Satoła M., Kantyka S., Król M. (red.), Gospodarowanie zasobami wiedzy w organizacjach non-profit. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005, s. 5-9 oraz Burda-Świerz K., Rozwój kapitału ludzkiego jako strategii działania nowoczesnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, [w:] Lisiecki M., Machowicz K., Sokół A. (red.), Nowoczesna administracja publiczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 86-89.

[123] Więcej pisze w tej kwestii Brocławik K., Testowane na ludziach, czyli zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie opieki zdrowotnej, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", nr 2, 2004, s. 65.

Wszelkie poczynania dotyczące tworzenia zasobów ludzkich w polskich placówkach służby zdrowia są podejmowane w warunkach dość specyficznych, które wyznacza ciągła adaptacji. W wyniku tego preferowane są raczej działania doraźne niż długookresowe. Przed profesjonalistami zajmującymi się problematyką zarządzania zasobami ludzkimi jawi się potężne wyzwanie, by pokierować strategią personalną w służbie zdrowia tak, aby z jednej strony pracownicy w sytuacji permanentnego kryzysu spełniali swoje obowiązki, a z drugiej, aby w systemie polskiej opieki zdrowotnej wykształcić spójną strategię zarządzania zasobami ludzkimi, stanowiącymi niekwestionowany zasób każdej jednostki.

Jest to bardzo ważne, bowiem w polskiej służbie zdrowia brak jest tradycji i dobrych doświadczeń w gospodarce kadrami. Obowiązujący przez dziesiątki lat system budżetowego zasilania działalności podstawowej, w ramach którego przydzielano środki finansowe na zatrudnienie pracowników według planu tzw. etatów kalkulacyjnych, bez kontroli i analizy ich wykorzystania, spowodował znaczne nadzatrudnienie w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia, szacowane przez analityków zatrudnienia na około 20%[124]. Złe tradycje gospodarki kadrami pogarsza brak opracowanych i rekomendowanych norm obsad kadrowych w placówkach lecznictwa otwartego i oddziałach szpitalnych. Wymaga to wypracowania zaleceń normatywnych w tej bardzo ważnej sprawie przez resortowy instytut organizacji i zarządzania[125]. Zwłaszcza stało się to istotne od 2008 roku, kiedy zaczęły obowiązywać nowe normy w zakresie czasu pracy w służbie zdrowia. Spowodowało to konieczność dokładnej analizy i kontroli skutków podejmowanych decyzji i realizowanych strategii. Zaczęto również dokonywać stosownych pomiarów pod kątem długofalowej efektywności[126]. Jest to – jak podkreślają M. Bratnicki, W. Dyduch i W. Zbierowski – uświadomienie kadrze kierowniczej i zarządzającej znaczenia dużej roli czynników powodzenia społecznego. Pozwala to na coraz lepszą instytucjonalizację przedsiębiorczości w

[124] Na podstawie Osmelak J., Okresowe przeglądy stanowisk pracy, Internet, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=782 (23 maja 2006 r.).

[125] Ibidem. W ochronie zdrowia, jak w każdej dziedzinie ludzkiej działalności, trwa nieustanny postęp wprowadzający do praktyki terapeutycznej nowe medykamenty i środki techniczne. Następuje również permanentny proces zastępowania pracy prostej przez prace wymagające coraz wyższych kwalifikacji zawodowych, od coraz mniej licznych i wysoko specjalistycznych zespołów pracowników medycznych. Dokonywana w wyniku przeglądów stanowisk pracy restrukturyzacja zatrudnienia w ochronie zdrowia to wszakże nie tylko redukcje, z natury kosztowne finansowo (odprawy) i społecznie, ale przede wszystkim zmiana form zatrudnienia, na przykład z czasowej na zadaniową, co zmniejsza koszty kompresji etatów, która powinna być poprzedzona wypowiedzeniami zmieniającymi treść umów o pracę, zgodnie z art. 42 Kodeksu pracy.

[126] Szerzej: np. Epstein M. J., Birchard B., Counting What Counts: Turning Corporate Accountability to Competitive Advantage, Perseus Books, Harlow 1999 oraz Kaplan R. S., Norton D. P., Strategiczna karta wyników, CIM, Warszawa 2001.

placówkach służby zdrowia. Podłoże przedsiębiorczości ma bowiem służyć „długowieczności tych organizacji", bez naruszania bieżącej efektywności ich funkcjonowania[127].

Zarządzanie zasobami ludzkimi w służbie zdrowia powinno opierać się na strategicznym i spójnym podejściu. Ma to szczególne znaczenie w działalności zmierzającej do uzyskania przewagi konkurencyjnej poprzez strategiczne rozmieszczenie wysoce zaangażowanych i wykwalifikowanych pracowników, przy użyciu wielu technik kulturowych, strukturalnych i personalnych[128]. Zarządzanie zasobami ludzkimi w swoich strukturach zawiera wiele działań, pomiędzy którymi zachodzi szereg wielorakich zależności i interakcji – wyniki jednych decyzji wpływają na realizację innych, a wszystkie pozostają w ścisłym związku przyczynowo-skutkowym[129]. Pomimo ogromnych różnic pomiędzy etapami zarządzania zasobami ludzkimi, powinny one być podporządkowane strategii personalnej i ogólnej strategii organizacji. W świetle problematyki skutecznego zarządzania czasem, na potrzeby niniejszej dysertacji, wyróżniono trzy etapy procesu zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach ochrony zdrowia[130]:

---

[127] Szerzej: Bratnicki M., Dyduch W., Zbierowski W., Przedsiębiorczość a kapitał społeczny, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 12, 2002, s. 26-27.

[128] Więcej na ten temat piszą Armstrong M., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s. 19; Baron-Wiaterek M., Zarządzanie zasobami ludzkimi w samorządzie terytorialnym – nowe rozwiązania, [w:] Gagacka M., Głąbicka K. (red.), Współczesne wyzwania dla lokalnej polityki społecznej, PTPS, Radom 2009, s. 387-398 oraz Skowron K., Human Resources Management In Health Care System, [in:] Bylok F., Cichobłaziński L. (ed.), Chosen Aspects of Managing Human Resources in Modern Organisations, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009, s. 98-105. Zob. też Lipka A., Tendencje zmian na rynku pracy, [w:] Jędralska K., Żabiński L. (red.), Gospodarka w obliczu globalizacji. Przegląd wybranych zagadnień, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Oddział w Katowicach, Katowice 2003, s. 15-17.

[129] Zob. Bieniok H. (red.) Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2003, s. 275.

[130] Na podstawie Kostera M., Zarządzanie personelem, PWE, Warszawa 2000, s. 43; Janowska Z., Zarządzanie zasobami ludzkimi, PWE, Warszawa 2002, s. 54-55; Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie…, op. cit., , s. 324; Sajkiewicz A. (red.), Zarządzanie potencjałem pracy, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 1995, s. 93-95; Ludwiczyński A. (red.), Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2000, s. 199-203; Witkowski T. (red.), Nowoczesne metody doboru i oceny personelu, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1998, s. 126; Marciniak J., Pozyskiwanie pracowników, INFOR, Warszawa 1999, s. 76-77; Zbiegień-Maciąg L., Marketing personalny, Wydawnictwo Business Press, Warszawa 1996, s. 49-50; McKenna E., Beech N., Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Gebethner&Ska, Warszawa 1997, s. 131-135; Kostera M., Kownacki S., Zarządzanie potencjałem społecznym, [w:] Koźmiński A. K., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2000, s. 449; Pocztowski A., Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki i metod, Antykwa, Kraków 1998, s. 245; Makin P., Cooper C., Cox Ch., Organizacje a kontrakt psychologiczny. Zarządzanie ludźmi w pracy, PWN, Warszawa 2000, s. 50-51; Jamka B., Kierowanie karierą pracowników instrumentem stabilizacji kadr, [w:] Rybak M. (red.), Kapitał ludzki a konkurencyjność przedsiębiorstw, Poltext, Warszawa 2003, s. 106-107; Schwan K., Seipel K. G., Marketing kadrowy, C. H. BECK, Warszawa 1995, s. 237; Baron-Wiaterek M., Stosunki pracy w procesie komercjalizacji i prywatyzacji w Polsce, [w:] Limański A., Stefanycz D. (red.), Podstawowe problemy zarządzania, Wydawnictwo Institutu Ekonomiki i Pidpriemnictwa i Wiszcza Szkoła Marketingowogo Uprawlinnija, Termopil-Katowice 2001, s. 83-95; Baron-Wiaterek M., Narzędzia zwolnień pracowników, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 3, 2002, s. 58-65; Baron-Wiaterek M., Prawne aspekty procesu kadrowego w przedsiębiorstwie, [w:] Limański A. (red.), Funkcjonowanie przedsiębiorstw w warunkach integracji i globalizacji, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania Marketingowego i Języków

1) podejmujący problematykę pozyskania pracowników (planowanie zatrudnienia, rekrutacja oraz selekcja),
2) obejmujący zagadnienia planowania kariery oraz motywowania pracowników
3) związany z problematyką derekrutacji personelu.

Etapy te powinny służyć właściwej realizacji procesu kadrowego, a tym samym strategii personalnej w służbie zdrowia.

Niestety w większości przypadków, w polskich placówkach ochrony zdrowia jednostki organizacyjne zajmujące się personelem ograniczają się głównie do technicznych i administracyjnych aspektów zarządzania i nie są przygotowane do podjęcia pełnego zakresu obowiązków związanych m. in. z proaktywnym i kreatywnym zarządzaniem zasobami ludzkimi[131], których zasadnicze cechy powinny sprowadzać się do[132]:

- postrzegania i traktowania pracowników jako składnika aktywów organizacji o strategicznym znaczeniu, w który warto – i należy – inwestować,
- traktowania załogi jako zespołu – a nie pojedynczych jednostek,
- podkreślania potrzeby udziału pracowników w podejmowaniu decyzji finansowych w organizacji,
- nastawienia na indywidualny oraz zespołowy rozwój pracowników,
- stosowania zróżnicowanych form wynagradzania – w tym pozamaterialnych,
- rozpatrywania działań i decyzji personalnych w kontekście kultury organizacyjnej,
- akcentowania potrzeby ładu społecznego, w tym łagodzenia konfliktów pracowniczych,
- zwracania uwagi na etyczne aspekty stosunków pracy i społeczną odpowiedzialność organizacji.

W praktyce, w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, planowanie zasobów ludzkich, rekrutacja oraz selekcja kandydatów charakteryzują się przypadkowością oraz brakiem systematyczności. Prognozy popytu związane z zatrudnieniem wyższego personelu medycznego są weryfikowane przez ich względny niedobór na polskim rynku pracy[133]. W

Obcych, Katowice 2003, s. 257-268 oraz Baron-Wiaterek M., Narzędzia rekrutacji i derekrutacji, „Organizacja i Zarządzanie", nr 29, 2006, s. 7-19.

[131] Więcej na ten temat Kromołowski H., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach ochrony zdrowia, [w:] Bylok F., Cichobłaziński L. (red.), Problemy zarządzania zasobami ludzkimi w dobie globalizacji, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009, s. 191-192.

[132] Szerzej pisze o tym Jończyk J., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, DIFIN, Warszawa 2008, s. 32.

[133] Szczegółowej analizy dokonują H. Lewandowska oraz D. Rozpędowska-Matraszek przedstawiając zależności przyczynowo-skutkowe pomiędzy średnim czasem pobytu pacjenta w szpitalu a posiadanymi przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zasobami ludzkimi i rzeczowymi. Por. Lewandowska H.,

efekcie implementacja strategii, obejmującej szereg czynności i decyzji związanych z realizacją celów strategicznych danej placówki, nie może zostać zrealizowana z powodu braku wcześniej zaplanowanych działań związanych z pozyskaniem odpowiedniego personelu. Ponadto, bardzo popularną formą związaną ze strategię personalną jest stosowanie outsourcingu personalnego, który w przypadku jednostek ochrony zdrowia najczęściej polega na wydzielaniu firmom zewnętrznym takich obowiązków, jak np. pranie, sprzątanie, sporządzanie posiłków, ochronę czy transport sanitarny[134]. Popularną formą pozyskiwania pracowników w służbie zdrowia jest też rekrutacja wewnętrzna, wynikająca m. in. ze zmian w strukturze organizacyjnej jednostek. Najczęściej towarzyszy im: łączenie stanowisk pracy lub wybranych działów organizacyjnych, likwidacja starych i powoływanie nowych komórek organizacyjnych. Znaczącym problemem realizacji niektórych procesów związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia jest stanowisko związków zawodowych, które broniąc określonego *status quo* z reguły są przeciwne wszelkim zmianom, gdyż reprezentują partykularne interesy określonych grup zawodowych, których interesy najczęściej nie są zbieżne[135]. Dlatego też zmiany w zarządzaniu zasobami ludzkimi w polskich placówkach ochrony zdrowia powinny polegać przede wszystkim na[136]:

- nastawieniu na przyszłość (proaktywności), tj. antycypacji przyszłych zjawisk i trendów wyrażających się w powiązaniu zarządzania zasobami ludzkimi z celami jednostek ochrony zdrowia,
- podejściu systemowym, czyli wzajemnym powiązaniu podstawowych elementów zarządzania zasobami ludzkimi od rekrutacji i selekcji aż do zwolnienia pracownika,
- włączaniu pracowników w zarządzanie jednostką,
- poprawie poziomu działań personalnych – szczególnie w obszarze doboru oraz oceny pracowniczej,
- udoskonaleniu działań w obszarze szkoleń i doskonalenia zawodowego oraz awansowania.

Ponadto, w formułowaniu strategii zarządzania zasobami ludzkimi pomocne powinny stać się osiągnięcia tzw. m-zdrowia – technologii polegającej na wykorzystywaniu urządzeń

Rozpędowska-Matraszek D., Zasoby ludzkie i rzeczowe publicznych podmiotów sektora ochrony zdrowia w latach 1999-2006. Analiza statystyczno-ekonometryczna, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka L. (red.), Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym `08. Konwersja wiedzy, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2008, s. 275-285.

[134] Więcej na ten temat Skowron K., Partnerstwo publiczno-prywatne w służbie zdrowia, [w:] Urbaniec M., Stec P., Dolata S. (red.), Partnerstwo publiczno-prywatne jako instrument rozwoju zrównoważonego, Wydawnictwo Akademii Polonijnej, Częstochowa 2009, s. 339-343.

[135] Więcej na ten temat Kromołowski H., op. cit., s. 197-198.

[136] Szerzej Jończyk J., op. cit., s. 171.

technologii mobilnych oraz komunikacji bezprzewodowej dla gromadzenia danych zdrowotnych, ich dostarczania personelowi medycznemu i pacjentom, a także monitorowania stanu zdrowia pacjentów w czasie rzeczywistym oraz zapewnienia im bezpośredniego dostępu do opieki zdrowotnej poprzez mobilną telemedycynę, pozwalającą na odległość przekazywać specjalistyczne informacje diagnostyczne. Wszystko to prowadzi do dynamicznego rozwoju tej dziedziny życia społecznego, która może stać się jednym z motorów napędowych europejskiej gospodarki opartej na wiedzy. Nowe osiągnięcia nauki, badania i rozwój technologiczny odgrywają już istotną rolę zarówno w dalszym doskonaleniu procesów związanych z leczeniem pacjentów, jak i w podnoszeniu efektywności systemów opieki zdrowotnej[137].

W instytucjach ochrony zdrowia punktem wyjścia dla skutecznego realizowania ich celów powinno być odpowiednie kształtowanie zasobów ludzkich poprzez racjonalną i głęboko przemyślaną politykę kadrową, bowiem zasoby ludzkie są jednym z elementów potencjału intelektualnego organizacji, który wyznacza jej zdolność do uzyskiwania wartości z posiadanego kapitału intelektualnego[138].

[137] Więcej na ten temat Jasłowski J., eZdrowie jako szansa dla usprawnienia systemów opieki zdrowotnej- perspektywa europejska i jej implikacje dla Polski, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka L. (red.), op. cit., s. 211-221 oraz Frączkiewicz-Wronka A., Wykorzystanie technologii informatycznych w ochronie zdrowia – studium przypadku, „Współczesne Zarządzanie", nr 2, 2006, s.75-86.

[138] Więcej na ten temat Skowron K., Marketing kadrowy a kapitał ludzki w służbie zdrowia, [w:] Daszkowska M. (red.), Marketing. Nowe trendy w marketingu, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2006, s. 87- 94. Szerzej pisze na ten temat Lipka A., Ryzyko personalne organizacji. Szanse i zagrożenia zarządzania zasobami ludzkimi, Poltext, Warszawa 2002, s. 6-8 oraz Lipka A., Kultura organizacyjna a elastyczność strategiczna w kształtowaniu potencjału kadrowego, „Przegląd Organizacji", nr 5, 2004, s. 47.

ROZDZIAŁ III. PRZESŁANKI FORMALNO-PRAWNE ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY

3.1. Podstawy prawne zarządzania czasem pracy

Przystąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej – jak już podkreślono – spowodowało konieczność dostosowania rozwiązań prawnych obowiązujących w Polsce do norm wspólnotowych. Stało się to przedmiotem zmiany prawa, dotyczącego także zakładów opieki zdrowotnej, które weszło w życie w 2008 roku. Wniosło ono liczne modyfikacje w zakresie sposobów oraz form prawnych świadczenia pracy. W rezultacie tego zmienione zostały dotychczasowe standardy i normy w wielu obszarach zarządzania w opiece zdrowotnej.

Z punktu widzenia skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia należy skoncentrować się na dwóch płaszczyznach, wyznaczających kwestie czasu pracy. Pierwszą z nich są regulacje Unii Europejskiej, wskazujące podstawy czasu pracy, a drugą polskie rozwiązania zmierzające do dostosowania się do wymogów europejskich, zgodnie z przyjętymi zasadami harmonizacji prawa i instytucji.

3.1.1. Regulacje czasu pracy w Unii Europejskiej

Kwestie dotyczące zarządzania czasem w placówkach opieki zdrowotnej zostały w istotny sposób uregulowane prawem wspólnotowym, w ramach tworzenia podstaw wykonywania zawodu lekarza[139].

Podstawową rolę w zakresie tworzenia podstaw zarządzania czasem pracy odgrywa dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 93/104/WE z dnia 23 listopada 1993 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy[140], znowelizowana dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2000/34/WE z dnia 22 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy[141]. Warto zaznaczyć, iż dyrektywa ta poszerzyła zakres podmiotowy tekstu pierwotnego dyrektywy nr 93/104/WE, poprzez objęcie jej regulacją wszystkich pracowników[142]. Należy również podkreślić, iż Polska deklarowała wdrożenie postanowień dyrektywy o czasie pracy w okresie przedakcesyjnym, kiedy

[139] Szerzej Rycak M. B., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 16.
[140] Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time, O. J. L 307/18 z dnia 13 grudnia 1993 r.
[141] Dz. Urz. UE L 195/41 z dnia 1 sierpnia 2000 r.
[142] Dyrektywa nr 93/104/WE nie miała zastosowania do pracowników transportu powietrznego, kolejowego, drogowego, rybołówstwa morskiego, rzecznego i na jeziorach oraz inne działalności prowadzonej na morzach oraz do działalności kształcącej lekarzy.

uzgodniono najważniejsze kwestie jej członkowstwa w UE, a zasadnicze znaczenie w tym zakresie miała nowelizacja Kodeksu pracy z dnia 14 listopada 2003 r.[143]

Aktualnie obowiązującym aktem prawnym Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy, jest dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy[144]. Dyrektywa ta weszła w życie dnia 2 sierpnia 2004 r., uchylając wyżej wymienioną dyrektywę nr 2000/34/WE oraz dyrektywę 93/104/WE. Mimo, iż dyrektywa z 2003 roku powtarza szereg uregulowań wcześniejszych, to niezależnie od tego zawiera szereg istotnych zmian i uzupełnień w stosunku do poprzednio obowiązujących. Zakres podmiotowy dyrektywy nr 2003/88/WE zdefiniowany został poprzez odesłanie do definicji zawartej w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1998 r. dotyczącej realizacji przedsięwzięć mających na celu poprawę bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników podczas pracy[145]. Z punktu widzenia przedmiotu niniejszego opracowania, istotny jest jej zapis art. 2, który mówi, iż ma ona zastosowanie do wszystkich prywatnych lub publicznych dziedzin działalności przemysłowej, rolniczej, handlowej, administracyjnej, usługowej, edukacyjnej, kulturalnej i rozrywkowej.

Dyrektywa z 2003 roku nie narusza bardziej szczegółowych rozwiązań, które dotyczą niektórych pracowników (np. kierowców i marynarzy), a także nie nakłada na nowe państwa członkowskie dodatkowych obowiązków implementacyjnych. Jedynie zmierza do konsolidacji wcześniej obowiązujących rozwiązań. Stąd też istotne jest, co wyraźnie podkreśla się w literaturze przedmiotu, że orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości oraz poglądy wyrażone w doktrynie na gruncie dyrektywy z 1993 roku zachowują aktualność[146].

Dyrektywa z 2003 roku precyzyjnie definiuje i określa zagadnienia z zakresu minimalnego okresu dziennego i tygodniowego wypoczynku oraz maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy. Konkretnie reguluje kwestie przerw w pracy, zatrudnienia w porze nocnej, a także wskazuje kwestie pracy w systemie zmianowym oraz podejmuje problematykę minimalnego okresu urlopu wypoczynkowego. Stąd też jest niezwykle ważnym aktem prawnym sankcjonującym zagadnienia działalności jednostek ochrony zdrowia, w tym szpitali.

Z punktu widzenia problematyki zarządzania czasem pracy istotny jest art. 3 oraz art. 5 dyrektywy z 2003 roku. Określa on mianowicie minimalny odpoczynek dobowy, wynoszący

[143] Dz. U. z 2003 r. nr 213, poz. 2081.
[144] Dz. Urz. UE L 299/9 z dnia 18 listopada 2003 r.
[145] Dz. Urz. UE L 183 z dnia 29 czerwca 1989 r.
[146] Szerzej Rycak M. B., op. cit., s. 17.

jedenaście nieprzerwanych godzin w ciągu doby. Natomiast art. 5 ww. aktu prawnego definiuje minimalny tygodniowy okres odpoczynku, wynoszący dwadzieścia cztery nieprzerwane godziny przy zachowaniu jedenasto-godzinnego minimalnego odpoczynku dobowego. Należy jednakże podkreślić, iż w razie konieczności zabezpieczenia ciągłości usług dotyczących leczenia lub opieki zapewnianej przez szpitale lub podobne zakłady, włącznie z działalnością lekarzy stażystów, art. 17 ust. 3 ww. dyrektywy przewiduje możliwość stosowania pewnych odstępstw od art. 3 i 5[147].

Kolejnym istotnym zagadnieniem, którym zajmuje się dyrektywa z 2003 roku jest dopuszczalny czas pracy. Przeciętny czas pracy pracownika w okresie siedmiodniowym – łącznie z pracą w godzinach nadliczbowych – nie może przekraczać 48 godzin[148]. Od zasady tej przewidziano jednak odstępstwo, zgodnie z którym pracodawca może zlecać pracownikowi pracę powyżej 48 godzin tygodniowo, pod warunkiem, że pracownik wyraził na to wcześniej zgodę (tzw. klauzula *opt-out*)[149]. Należy jeszcze zwrócić uwagę na art. 8 ww. dyrektywy, który reguluje czas pracy pracowników wykonujących pracę w porze nocnej. W tej kwestii przepis jest sztywny i wskazuje, że pracownik nie może wykonywać pracy w porze nocnej w wymiarze większym niż 8 godzin w ciągu doby.

Dyrektywa z 2003 roku jest wiążąca dla każdego państwa członkowskiego, do którego została skierowana – w odniesieniu do wyznaczonych przez nią celów – pozostawiając jednak wybór form i środków realizacji jej rozwiązań. Rezultat musi być jednak osiągnięty w terminie przewidzianym w dyrektywie[150]. Proces jego realizacji to transpozycja dyrektywy do prawa krajowego państwa członkowskiego. Warto jednak dodatkowo zaznaczyć, że dyrektywy, jako nadrzędne źródła prawa w Unii Europejskiej, mogą mieć skutek bezpośredni wertykalny, a więc między jednostkami a państwem członkowskim. Oznacza to, że określone w dyrektywie prawa jednostek mogą być dochodzone tylko wobec państwa. Państwo jest tu pojmowane szeroko i nie jest ważne, przez jaki organ będzie reprezentowane – centralny,

[147] Ponadto zaznaczyć należy, że dyrektywa 2003/88/WE przewiduje również odstępstwa od art. 4, mówiącego o przerwie na odpoczynek w ciągu dnia pracy oraz art. 8, mówiącego o wymiarze czasu pracy w porze nocnej. Wskazane odstępstwa mogą zostać przyjęte w drodze przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych bądź też poprzez układy zbiorowe czy porozumienia między partnerami społecznymi – pod warunkiem, że zainteresowanym pracownikom zapewniono równoważne okresy odpoczynku wyrównawczego lub właściwą ochronę w przypadku, gdy z powodów obiektywnych nie było możliwe udzielenie odpowiedniego czasu wolnego. Por. art. 17 ust. 2.1 i 3 dyrektywy 93/104/WE.

[148] Art. 6 pkt b dyrektywy 2003/88/WE.

[149] Art. 22 ust. 1a dyrektywy 2003/88/WE.

[150] Szerzej Rycak M. B., op. cit., s. 18 i n. Pojmowanie roli państwa w sporach wynikających z uregulowań omawianej dyrektywy jest często trudne i sporne. Zwłaszcza, jeśli chodzi o uznanie pracodawcy odpowiedzialnego za państwo, chociażby jak w przypadku sprawy Foster czy Marshall. Por. wyrok TS z dnia 12 lipca 1990 r. w sprawie C-188/89, A. Foster and others v. British Gas. Plc. oraz wyrok TS z dnia 26 lutego 1986 r. w sprawie C-152/84, M. H. Marshall v. Southampton and South-West-Hampshire Area Health Authority Teaching.

lokalny, podatkowy, ochrony porządku publicznego czy publiczny organ ochrony zdrowia. W takim przypadku nie będzie miało znaczenia, czy roszczenie jest skierowane przeciwko państwu rozumianemu jako władza publiczna, czy też państwu występującemu w roli pracodawcy[151].

Badacze zajmujący się czasem pracy podkreślają duży wpływ przepisów Unii Europejskiej, bazujących na wcześniejszym dorobku Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP), na regulacje krajowe w zakresie prawa pracy i czasu[152]. Przepisy te znajdują swe odzwierciedlenie w preambule do dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy[153]. Należy jednak odnotować, że pierwszym chronologicznie europejskim aktem prawnym regulującym kwestie czasu pracy było zalecenie z 22 lipca 1975 r. dotyczące czterdziestogodzinnego tygodnia pracy oraz czterotygodniowego urlopu płatnego. M. Matey oraz R. Blanpain podkreślają, iż zapis dotyczący czasu pracy miał charakter jedynie symboliczny[154].

Niezależnie jednak od tego, że przedmiotem dyrektywy z 2003 roku jest określenie minimalnych okresów wypoczynku dziennego, tygodniowego oraz urlopu pracowniczego w ciągu roku, maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy oraz przerwy w pracy, to również reguluje ona dodatkowo niektóre aspekty związane z pracą pracowników nocnych oraz zmianowych[155]. Ponadto, wprowadza definicję pracownika „przemieszczającego się" (*mobile worker*), czyli osoby zatrudnionej jako członka personelu podróżującego lub latającego przez podmiot, który zajmuje się usługami transportowymi pasażerów lub towarów. Nowym przedmiotem regulacji jest także praca na urządzeniach oddalonych od brzegu (*offshore work*), przez którą rozumie się pracę wykonywaną głównie na instalacjach położonych na morzu, bezpośrednio lub pośrednio powiązaną z odkrywaniem, wydobywaniem lub eksploatowaniem złóż. Najważniejszą kwestią wprowadzoną w dyrektywie z 2003 roku jest definicja „odpowiedniego odpoczynku". Oznacza on, że pracownicy mają prawo do regularnych okresów odpoczynku, których czas trwania jest wyrażony w jednostkach czasu, a które trwają nieprzerwanie i na tyle długo, by zapewnić odpowiednią regenerację i zniwelować zmęczenie pracowników[156]. Ponadto, z punktu widzenia zarządzania czasem pracy, bardzo istotny jest art. 3 tej dyrektywy, który wprowadza

[151] Szerzej Rycak M. B., op. cit., s. 18-19.
[152] Zob. np. Sobczyk A., Zasady prawnej regulacji czasu pracy, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2005, s. 53.
[153] Por. Florek L., Europejskie prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1996 oraz Świątkowski A., Europejskie prawo pracy, tom II, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1999, w szczególności rozdział VII.
[154] Por. Matey M., Blanpain R., Europejskie prawo pracy w polskiej perspektywie, Warszawa 1993, s. 158.
[155] Sobczyk A., op. cit., s. 54.
[156] Tamże, s. 55-56.

zasadę jedenastogodzinnego, nieprzerwanego odpoczynku pracownika w czasie doby oraz obowiązkowej przerwy w przypadku pracy powyżej sześciu godzin. Z kolei jej art. 5 zawiera postulat zagwarantowania pracownikowi nieprzerwanego dwudziestoczterogodzinnego odpoczynku w okresie każdych siedmiu dni, który ponadto powinien być połączony z jedenastogodzinnym odpoczynkiem dobowym[157]. Istotnym dla przepisów Unii Europejskiej jest to, iż dopuszczają one wdrożenie i utrzymywanie regulacji wprowadzających wyższe standardy w zakresie praw pracowniczych. Nie ma jednak ograniczeń w zakresie obniżania standardów krajowych do poziomu regulacji omawianych dyrektyw[158].

Uzupełnieniem przepisów Unii Europejskiej dotyczących regulacji czasu pracy są ponadnarodowe rozwiązania dotyczące tej kwestii. Są one liczne i skierowane do różnych grup zawodowych (np. kierowców) [159]. Problematyka unormowania i ograniczania czasu pracy była zawsze jednym z podstawowych celów MOP, co zresztą znalazło potwierdzenie w jej konstytucji. Wyrazem znaczenia tych zagadnień jest nieratyfikowana przez Polskę konwencja nr 1 MOP z 29 października 1919 roku, dotycząca ograniczenia czasu pracy do ośmiu godzin dziennie i czterdziestu ośmiu godzin tygodniowo (w przemyśle). Kolejnym etapem w rozwoju ponadnarodowych regulacji z zakresu czasu pracy było przyjęcie konwencji nr 30 z 10 czerwca 1930 roku dotyczącej uregulowań czasu pracy w handlu i biurach. Z zakresu stosowania tej konwencji wyłączono jednak służbę zdrowia i hotelarstwo. Dalszym krokiem w zakresie standardów czasu pracy było przyjęcie zalecenia nr 106 MOP z 1957 roku wprowadzającego zasadę cotygodniowego dwudziestoczterogodzinnego wypoczynku. Bardzo istotną kwestię pracy w porze nocnej uregulowała konwencja nr 171 z 26 czerwca 1990 roku, która jako pierwsza odniosła się do pracy w porze nocnej wykonywanej przez wszystkich pracowników – bez względu na wiek czy płeć. Równocześnie konwencja ta wprowadziła pojęcie „pracownika nocnego"[160].

Kwestie czasu pracy są również przedmiotem regulacji Europejskiej Karty Społecznej[161]. Zgodnie z treścią jej art. 2 w sprawie prawa do odpowiednich warunków pracy umawiające się strony zobowiązane są m. in. do określenia rozsądnego dziennego i tygodniowego czasu pracy, stopniowego skracania tygodniowego czasu pracy do takiego wymiaru, na jaki pozwala wzrost wydajności oraz inne związane z tym czynniki. Karta gwarantuje również

[157] Szerzej: Florek L., Polskie prawo pracy a standardy Unii Europejskiej, [w:] Lewandowski H., Polskie prawo pracy w okresie transformacji w świetle prawa wspólnotowego, SCHOLAR, Warszawa 1997, s. 257.
[158] Szerzej Florek L., Zgodność polskiego prawa pracy z prawem europejskim, [w:] Sanetra W., Europeizacja polskiego prawa pracy, Warszawa 2004, s. 39.
[159] Tamże, s. 62 i n.
[160] Więcej na ten temat Sobczyk A., op. cit., s. 47-52.
[161] Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U., z 1999 r., nr 8, poz. 67).

płatne dni świąteczne, co najmniej dwutygodniowy urlop w skali roku oraz tygodniowy wypoczynek zbiegający się z dniem wolnym od pracy. W Karcie znalazł się również stosowny zapis związany z ochroną pracy kobiet w postaci zapewnienia karmiącym matkom wystarczających przerw w tym celu oraz regulujący zatrudnianie kobiet w przemyśle w porze nocnej[162].

Uzupełnieniem ustawodawstwa międzynarodowego, które znacząco wpływa na rozwiązania polskie dotyczące czasu pracy w służbie zdrowia, są dwa ważne dokumenty. Pierwszym z nich jest omawiana wcześniej dyrektywa z 2003 roku, natomiast drugim – dyrektywa 97/81 z dnia 15 grudnia 1997 roku dotycząca porozumienia ramowego o pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy. Istotą tego dokumentu jest wyeliminowanie dyskryminacji pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy[163]. Ma to istotne znaczenie, ponieważ o ile z jednej strony eliminuje dyskryminację zatrudnienia, o tyle z drugiej strony ma za zadanie ułatwianie działań rozszerzających możliwość pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy, na zasadach dobrowolności oraz wspieranie elastycznej organizacji czasu pracy, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego opracowania.

3.1.2. Polskie rozwiązania dotyczące czasu pracy

Problematykę prawnego normowania czasu pracy w polskiej służbie zdrowia zawiera – jak już podkreślono – ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[164]. Została ona znowelizowana dnia 1 stycznia 2008 r. przez ustawę z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy prawo o szkolnictwie wyższym[165]. Ustawa ta uregulowała inaczej niż dotychczas kwestie dyżuru medycznego i czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, iż – jak wiadomo – w sprawach nieuregulowanych przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu pracy (art. 5 ustawy). W zakresie czasu pracy są to m. in. przepisy regulujące zasady rekompensowania pracy w godzinach nadliczbowych czy też zasady wprowadzania określonych systemów i rozkładów czasu pracy oraz przyjętych okresów rozliczeniowych[166].

Powyższe przepisy dotyczą wyłącznie pracowników zatrudnionych w ramach stosunku pracy. W przypadku, gdy pracodawca zatrudnia osoby na innej podstawie, przepisy ww.

[162] Zob. Sobczyk A., op. cit., s. 66.
[163] Szerzej Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, C. H. BECK, Warszawa 2007, s. 266-267.
[164] Tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.
[165] Dz. U. nr 176, poz. 1239 i 1240.
[166] Szerzej Rycak M. B., op. cit., s. 13.

aktów prawnych nie mają do nich zastosowania. Jedynym wyjątkiem jest ewentualne obowiązywanie u pracodawcy układu zbiorowego pracy, zawierającego postanowienia o stosowaniu wobec takich pracowników przepisów o czasie pracy zgodnie z Kodeksem pracy. Poza tym wyłączeniem do wszystkich pracowników stosuje się następujące akty prawne:

- ustawę z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy[167],
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy[168].

Uzupełnieniem wymienionych regulacji prawnych są inne, które umożliwiają dostosowanie ustalonych reguł do sytuacji pracodawcy. Obejmują one, poza układami zbiorowymi pracy, określającymi czas pracy, porozumienia zbiorowe oparte na ustawie, regulaminy czy statuty. Niewątpliwie najistotniejsze znaczenie, z punktu widzenia uregulowania problematyki zarządzania czasem pracy, mają regulaminy pracy. W regulaminie pracy, zgodnie z art. 104^1 § 1 pkt 2 Kodeksu pracy, winny być określone systemy, rozkłady oraz okresy rozliczeniowe czasu pracy przyjęte u danego pracodawcy[169].

3.2. Formy zatrudniania pracowników ochrony zdrowia w świetle zarządzania czasem pracy

W instytucjach ochrony zdrowia punktem wyjścia dla skutecznego zarządzania czasem powinno być – jak już podkreślono wcześniej – odpowiednie kształtowanie zasobu ludzkiego poprzez racjonalną i głęboko przemyślaną politykę kadrową. W tym zakresie podstawą działań powinno być założenie, iż zasoby ludzkie są jednym z elementów potencjału intelektualnego organizacji – zdolności organizacji do uzyskiwania wartości z posiadanego kapitału intelektualnego[170]. Odnosi się to także do zatrudnionych, realizujących specyficzne działania, związane z zarządzaniem czasem w placówkach służby zdrowia.

Mając na względzie – wskazane wcześniej – ograniczenia w sferze realizowanych przekształceń, które wyznaczają istniejące warunki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, konieczne jest wykorzystanie różnych możliwości zatrudniania pracowników, w tym

[167] Dz. U. nr 4, poz. 28 z późn. zm.
[168] Dz. U. nr 60, poz. 281.
[169] Więcej na ten temat Ciborski P., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej w 2008 roku, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o. o., Gdańsk 2008, s. 9.
[170] Zob. Skowron K., Skuteczność realizacji celów statutowych w ochronie zdrowia, [w:] Gagacka M., Głąbicka K. (red.), Współczesne wyzwania dla lokalnej polityki społecznej, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009, s. 290-292 oraz Skowron K., Wybrane problemy kształtowania zasobów ludzkich sektora publicznego na przykładzie służby zdrowia, [w:] Pyka J. (red.), Nowoczesność przemysłu i usług. Relacje i wartość w strategiach zarządzania przedsiębiorstwami, TNOiK, Katowice 2008, s. 584-585.

uwzględniających zmiany form zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia[171]. Ma to ważne znaczenie dla skuteczności zastosowanych metod zarządzania czasem pracy. Obecnie pracownicy na ogół zatrudniani są na etacie (w tym rezydenckim), a także na umowie zlecenia oraz na kontrakcie, jak i w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Oznacza to, że – zgodnie z potrzebami – aktywność zawodowa pracowników zatrudnionych w opiece zdrowotnej może odbywać się w ramach praktyki prywatnej bądź w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Pracownicy służby zdrowia mogą więc pracować na etacie i prowadzić prywatną praktykę. Lekarze i inni pracownicy opieki zdrowotnej mogą także zawrzeć kilka umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3.2.1. Istota stosunku pracy

Stosunek pracy, jako centralne pojęcie zatrudnienia, ma znaczenie nie tylko dla wskazania pozycji pracodawcy i pracownika, ale także dla rozgraniczenia zatrudnienia pracowniczego od różnych form wykonywania pracy. Treść stosunku pracy wyznacza wola stron i obowiązujące przepisy prawa pracy, jak i autonomiczne przepisy, w postaci układów zbiorowych pracy, innych porozumień zbiorowych, regulaminów czy statutów. Postanowienia tych przepisów i umów o pracę, na podstawie których powstaje stosunek pracy, nie mogą być mniej korzystne dla pracownika niż jest to przewidziane w ustawie (art. 18 § 1 Kodeksu pracy).

Zgodnie z art. 22 § 1 Kodeksu pracy przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem[172]. Stosunek pracy charakteryzują następujące elementy[173]:

- dobrowolność – powstaje na skutek zgodnego oświadczenia woli stron, opiera się na zasadzie wolności pracy, w myśl której nikt nie może być przymuszany do nawiązywania stosunku pracy lub do pozostawania w nim,
- ciągłość – nie realizuje się w wyniku jednorazowego wykonania pracy, lecz trwa w czasie określonym umową lub innym kreującym go aktem,
- odpłatność,

[171] Szerzej Sobocka-Szczapa H. (red.), Czas na pracę – praca na czas. Wyniki analiz i badań w województwie podkarpackim, IPiSS, Warszawa 2006, s. 37-41.
[172] Więcej na ten temat pisze Barzycka-Banaszczyk M., Prawo pracy, C. H. BECK, Warszawa 2005, s. 46.
[173] Ibidem.

- osobisty charakter – pracownik jest zobowiązany do świadczenia pracy wyłącznie sam,
- jego treść kształtowana jest wolą stron i wolą państwa – na treść stosunku pracy wpływają zarówno elementy ustalone przez strony w umowie, ale również obowiązujące przepisy prawa,
- jest oparty na zasadzie równości stron,
- zobowiązanie pracownika do staranności działania,
- zawiera elementy podporządkowania pracownika pracodawcy (art. 100 § 1 K. p.),
- ze stosunkiem pracy wiążą się inne stosunki prawne (przykładowo stosunek ubezpieczenia).

3.2.2. Zatrudnienie klasyczne

Fundamentalną zasadą wyznaczającą zatrudnienie – określoną w art. 11 Kodeksu pracy[174] – jest zgodne oświadczenie woli pracodawcy i pracownika w kwestii jego powstania oraz ustalenia warunków pracy i płacy. Zasada ta oznacza oparcie świadczenia pracy podporządkowanej na dobrowolnym zobowiązaniu[175]. W myśl art. 22 § 1 Kodeksu pracy poprzez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem[176].

Najbardziej powszechnym i preferowanym przez ustawodawcę źródłem nawiązania stosunku pracy jest umowa o pracę na czas nieokreślony (zatrudnienie klasyczne). Określa bowiem pozycję stron i uwypukla charakter prawny powstającego za jej pośrednictwem stosunku prawnego, a także jest istotnym instrumentem kształtującym inne elementy treści zawieranego stosunku pracy. Istotą tej umowy jest daleko posunięta ochrona pracownika. Umowa o pracę – mając u swoich podstaw zgodne oświadczenie woli stron zawierających stosunek pracy – najpełniej wyraża i podkreśla swobodę stron w nawiązywaniu tego stosunku, uzależniając od ich woli zarówno sam fakt zawarcia stosunku pracy, jak i jego kontynuację. Z jednej strony pozwala na swobodny dobór pracowników przez pracodawcę, natomiast z drugiej – na swobodę wyboru miejsca pracy i ustalenia niektórych innych elementów zawieranego stosunku pracy przez osobę podejmującą pracę. Z. Salwa, analizując

[174] Ustawa z dnia 26. 06. 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. z 2005 roku, nr 10, poz. 71., art. 11.
[175] Więcej na ten temat Liszcz T., Prawo pracy, LexisNexis, Warszawa 2005, s. 124.
[176] Pisze o tym np. Barzycka-Banaszczyk M., Prawo pracy…, op. cit., s. 46.

kwestie zatrudnienia klasycznego, podkreśla równość stron oraz zobowiązaniowy charakter zawieranego stosunku pracy. Warto jeszcze raz podkreślić, że istotne znaczenie w umowie o pracę ma fakt, iż pozwala ona stronom na wywieranie wpływu na treść zawieranego stosunku pracy. Tym samym umożliwia takie kształtowanie najważniejszych postulatów, które najlepiej odpowiadają interesom zarówno pracodawcy, jak i pracownika. Umowa o pracę stanowi ważny instrument oddziaływania na prawidłową realizację celów stosunku pracy. Nie może jednak być sprzeczna z obowiązującym prawem[177].

Kodeks pracy wyodrębnia wiele umów o pracę: na okres próbny, na czas określony, na czas wykonywania określonej pracy, w tym na zastępstwo, oraz na czas nieokreślony Daje to podmiotom stosunku pracy możliwość wyboru umowy najbardziej odpowiadającej ich interesom lub spełnienia założonej funkcji społecznej.

3.2.3. Etaty rezydenckie

Lekarze zostali ustawowo zobowiązani do doskonalenia zawodowego. Kształcenie podyplomowe obejmuje przede wszystkim specjalizację, która kończy się egzaminem państwowym (trwa od 4-7 lat). Formą dokształcania lekarzy są też różnego rodzaju kursy, szkolenia itp. Jednym ze sposobów uzyskania specjalizacji wśród lekarzy jest tzw. „etat rezydencki". Rezydentura jest taką formą kształcenia, która odbywa się w czasie wykonywania obowiązków w ramach pracy na rzecz danej jednostki, w której dany lekarz się specjalizuje. Środki finansowe, które stanowią wynagrodzenie rezydenta, pochodzą z zewnętrznego źródła. W Polsce środki finansowe niezbędne do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury zapewnia minister zdrowia i przekazuje je jednostkom zatrudniającym rezydentów. Etaty rezydenckie mogą być realizowane tylko w ośrodkach wyselekcjonowanych pod względem fachowości, które poprzez akredytację uzyskały prawo do kształcenia.

Zasady odbywania specjalizacji w trybie rezydentury reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów[178]. Określa ono również sposoby otrzymywania etatów rezydenckich. Lekarze ubiegają się o ich uzyskanie w konkursowym postępowaniu kwalifikacyjnym. W czasie realizacji programu specjalizacji są oni zatrudniani w ramach umowy o pracę. Jej zawarcie poprzedza egzamin, który składa się z części testowej oraz rozmowy kwalifikacyjnej. Należy

[177] Szerzej Salwa Z., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 93. Więcej na ten temat pisze Świątkowski A. M., Elementy prawa pracy, LexisNexis, Warszawa 2003, s. 89-91 oraz Salwa Z., Podstawy prawa pracy, LexisNexis, Warszawa 2003, s. 75.
[178] Dz. U. Nr 83 poz. 905, ze zm.

dodać, że rozmowa stanowi 15% całej punktacji testowej uzyskanej przez kandydatów. Sposób rekrutacji budzi jednak zastrzeżenia. Wiążą się one z tym, że wiele czasu wymaga załatwienie formalności (od momentu złożenia wszystkich wymaganych dokumentów, poprzez proces kwalifikacji, do rozpoczęcia rezydentury mijają co najmniej 3 miesiące). Punktem spornym jest także forma egzaminu, a dokładnie rozmowa kwalifikacyjna. Brakuje bowiem jasnego i dokładnego określenia zakresu materiału. Ponadto brakuje jasnych i klarownych kryteriów przyznawania etatów rezydenckich w danej specjalizacji.

W założeniach Ministerstwa Zdrowia, rezydentury miały stanowić 50% wszystkich miejsc specjalizacyjnych, w tym połowa miała przypadać na medycynę rodzinną. Tak się jednak nie stało. Z każdym rokiem liczba miejsc rezydenckich się zmniejsza, a np. w sesji wiosennej 2002 r. nie było ich wcale. Według Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia: „Sejmowa Komisja Finansów Publicznych ograniczyła środki i nie zaplanowała pieniędzy na rezydentury w wiosennym naborze". Warto nadmienić, że o rezydentury ubiega się największa liczba lekarzy, ponieważ na umowy o pracę na czas nieokreślony może liczyć tylko bardzo mała ich grupa[179].

Jak podkreśla M. Banach z wprowadzeniem etatów rezydenckich wiązano wiele nadziei, niestety w praktyce realizacja projektu napotyka wiele barier. Wiążą się one z tym, że liczba miejsc jest ograniczona, brakuje środków finansowych i praktycznych rozwiązań. Jak już podkreślono, etaty rezydenckie są odpowiednikiem zatrudnienia w ramach etatu. Rezydenci zatrudniani są bowiem w takim samym wymiarze czasu pracy jak zatrudnieni w ramach umowy o pracę pracownicy pełnoetatowi. Rezydenci mają także takie same prawa do wszelkich świadczeń, wynikających ze stosunku pracy – różnica polega jedynie na źródle ich finansowania[180].

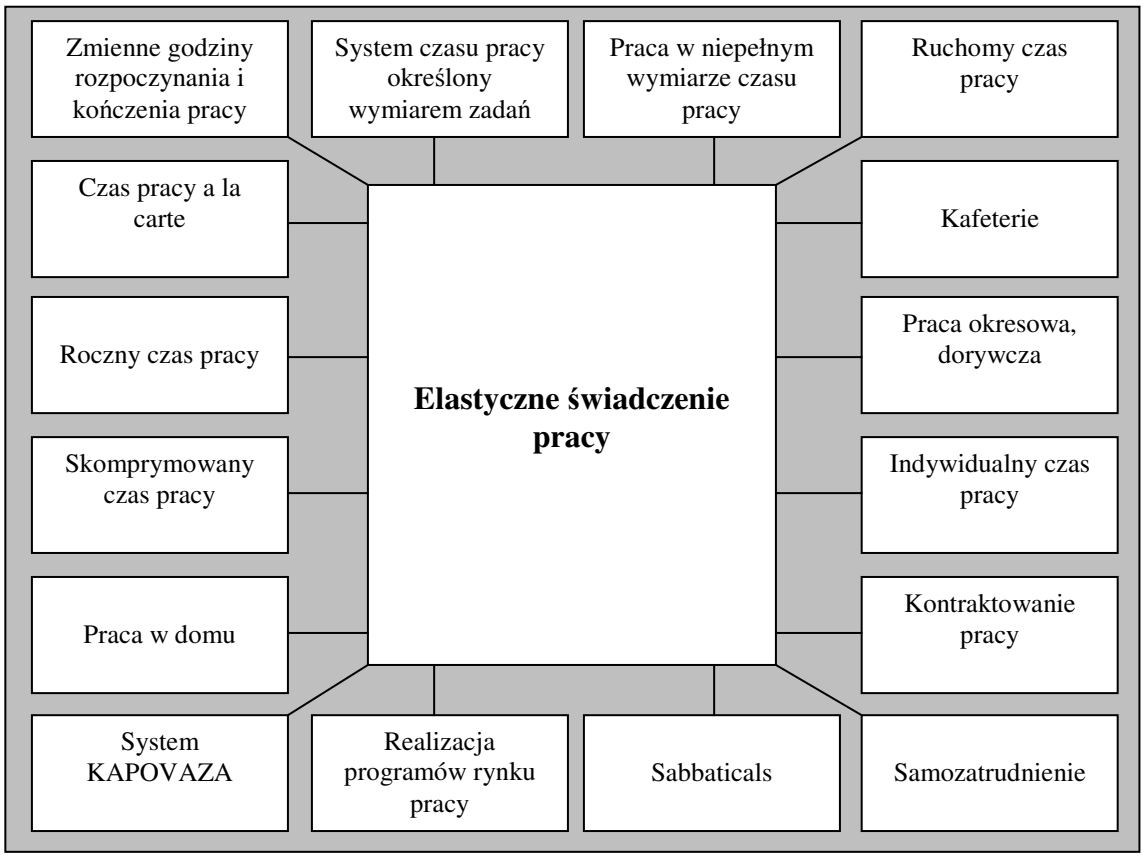
3.3. Elastyczne formy czasu pracy w placówkach służby zdrowia

Proces zarządzania czasem w systemie ochrony zdrowia, którego efektem jest nie tylko związanie pracownika określoną umową, ale także wypełnianie przez niego celów wynikających z założeń w zakresie zarządzania systemem ochrony zdrowia – jak już podkreślano – jest ułomny. W skali makro brakuje jasnej strategii, określenia kierunków podejmowanych działań, jak i sprawności organizacyjnej, co odbija się negatywnie na funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia. Strategia personalna – jako wypadkowa

[179] Banach M., Rezydentury w Polsce, Internet, http://www.jobmed.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=86&idartykul=800 (25 listopada 2008 r.).
[180] Banach M., Jak można zdobyć specjalizację w Polsce? Internet, http://www.jobmed.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=25&idartykul=238 (25 listopada 2008 r.).

sytuacji strategicznej organizacji – w przypadku instytucji opieki zdrowotnej jest skomplikowana. W tych warunkach działania dotyczące kwestii zarządzania czasem pracy podejmowane są w warunkach, które nie sprzyjają ciągłości. Preferowane są raczej rozwiązania doraźne niż długookresowe. Częściej odbiegają one od przyjętych norm i praktyk stosowanych w dobrze zarządzanych organizacjach. Wszystko to sprawia, że przed profesjonalistami zajmującymi się problematyką zarządzania czasem w instytucjach publicznych służby zdrowia jawi się potężne wyzwanie. Chodzi w szczególności o to, aby tak pokierować strategią zarządzania w służbie zdrowia, by z jednej strony pracownicy mimo sytuacji charakterystycznej dla permanentnego kryzysu, spełniali swoje obowiązki, a z drugiej, by w systemie polskiej opieki zdrowotnej wykształcić spójną strategię zarządzania czasem pracy. Pomocne przy tym mogą okazać się elastyczne formy świadczenia pracy (rysunek nr 6).

Rysunek 6. Elastyczne formy świadczenia pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kozioł L., Motywacja w pracy – determinanty ekonomiczno-organizacyjne, PWN, Warszawa-Kraków 2002, s. 271-302; Kozioł L., Zarządzanie czasem pracy, Antykwa, Kraków 2000, s. 143-152 oraz Szałkowski A., Rozwój personelu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2002, s. 147-152.

Konieczność utrzymywania stałej, a więc dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej nad pacjentami, staje się bodźcem do poszukiwania dodatkowych źródeł zasobów ludzkich przy jednoczesnym obniżaniu kosztów pracy we wszystkich jednostkach służby zdrowia. Nowe technologie w zakresie informatyki i telekomunikacji sprzyjają wprowadzaniu elastycznego czasu pracy. Należy jednak podkreślić, iż elastyczność techniki, organizacji, struktury wymaga również „elastycznego" pracownika, czyli „elastycznego" intelektualnie i zdolnego do przystosowywania się do nowych warunków lub wymagań pojawiających się na rynku pracy[181].

Spośród wielu form świadczenia pracy, które mają zastosowanie we współczesnych przedsiębiorstwach, w tym w jednostkach służby zdrowia, na szczególną uwagę zasługują umowy cywilnoprawne oraz umowy nienazwane[182].

3.3.1. Pozapracownicze zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych

Zasada swobody umów i wyboru różnorodnych form zatrudnienia pozwala na wykorzystanie pozapracowniczych form zatrudnienia, jakimi są umowy cywilnoprawne. Wśród wielu umów przewidzianych w Kodeksie cywilnym najszersze zastosowanie – jako podstawa świadczenia pracy w placówce ochrony zdrowia – mogą mieć dwie z nich[183]:

- umowa o dzieło,
- umowa zlecenia.

Umowa o dzieło jest umową rezultatu. Posiada ona określone cechy jej właściwe, w tym wynagrodzenie przysługujące wykonawcy z tytułu osiągnięcia umówionego rezultatu, nie stanowi podstawy do ubezpieczenia pracownika – za wyjątkiem sytuacji, gdy wykonawca dzieła świadczy pracę na rzecz swojego pracodawcy. Dopuszczalność zawierania umów o dzieło jest ograniczona. Wyznaczają to jej określone cechy. Umowa o dzieło jest umową odpłatną. Oznacza to, że wynagrodzenie stanowi jej element konieczny. Wynagrodzenie może jednak być ustalone na różne sposoby, np. może być określone ryczałtowo, poprzez wskazanie z góry określonej kwoty, lub może również zostać wskazana podstawa do jego ustalenia. Wynagrodzenie za pracę w ramach umowy o dzieło może być ustalane na

[181] Więcej na ten temat pisze Sitko-Lutek A., Polskie firmy wobec globalizacji, PWN, Warszawa 2007, s. 50-55.
[182] Por. Kozioł L., Motywacja w pracy…, op. cit., s. 271-302, Kozioł L., Zarządzanie czasem…, op. cit., s. 143-152 oraz Szałkowski A., Rozwój personelu, op. cit., s. 147-152.
[183] Szerzej Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski Ormowski., Nałęcz M., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, op. cit., s. 14. Por. też art. 627-646 oraz art. 734-751 Kodeksu cywilnego.

podstawie cen minimalnych, maksymalnych oraz sztywnych. Może również zostać określone w sposób kosztorysowy, na podstawie zestawienia planowanych prac i kosztów[184].

Zgodnie z Kodeksem cywilnym odstąpienie od umowy o dzieło jest możliwe, gdy[185]:

- następują opóźnienia ze strony przyjmującego zamówienie, które dają prawdopodobieństwo, iż dzieło nie zostanie ukończone w czasie umówionym. W takiej sytuacji zamawiający może bez wyznaczenia terminu dodatkowego odstąpić od umowy jeszcze przed upływem terminu wyznaczonego do wykonania dzieła,
- przyjmujący zamówienie wykonuje dzieło w sposób wadliwy lub sprzeczny z umową. Odstąpienie od umowy może nastąpić w przypadku, gdy w wyznaczonym przez zamawiającego terminie nie dojdzie do zmiany sposobu wykonania umowy,
- dzieło posiada istotne wady, których nie da się usunąć lub z okoliczności sprawy wynika, iż przyjmujący zlecenie usunąć ich nie zdoła, albo wady te w wyznaczonym przez zamawiającego terminie nie zostaną usunięte.

Umowy o dzieło, ze względu na mniejszy niż w przypadku umowy o pracę koszt, który ponosi pracodawca, znajdują szerokie zastosowanie w jednostkach służby zdrowia. Najczęściej wykorzystywane są przy uzupełnianiu braków kadrowych na poszczególnych oddziałach lub poradniach, stanowiąc dopełnienie obsady pełniącej opiekę medyczną (dyżur), bądź w celu wypracowania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Coraz częściej też znajdują zastosowanie przy realizacji doraźnych celów administracyjnych, takich jak: sporządzanie analiz ekonomicznych, rozliczanie pożyczek lub dotacji przyznawanych poszczególnym jednostkom ochrony zdrowia.

Kolejnym rodzajem umowy cywilnoprawnej, szeroko stosowanej w polskiej służbie zdrowia, jest umowa zlecenia, w której przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do wykonania określonej czynności prawnej dla dającego zlecenie. Jest to najczęściej spotykana podstawa świadczenia usług. Istotą umowy zlecenia nie jest rezultat, tak jak w przypadku umowy o dzieło, lecz sumienne, odpowiedzialne działanie zleceniobiorcy zgodne z umową[186]. Zleceniobiorcy nie obciąża ryzyko pomyślnego wyniku spełnionej czynności, ale za to odpowiada on za brak starań wymaganych dla należytego wykonania powierzonych mu obowiązków.

W przypadku umowy zlecenia regułą jest osobiste świadczenie pracy przez zleceniobiorcę, jednakże w umowie strony mogą zawrzeć klauzulę o dopuszczalności

[184] Więcej pisze na ten temat Adamiak M., Umowy cywilne, Difin, Warszawa 2003, s. 100.
[185] Art. 635, 636, 673 Kodeksu cywilnego.
[186] Stąd też częsta nazwa substytucyjna – umowa starannego działania.

zastępstwa, na podstawie której zleceniobiorca będzie mógł powierzyć wykonanie wszystkich (bądź określonych) czynności osobie trzeciej. Wprowadzenie do umowy takiego postanowienia podkreśla jej cywilnoprawny charakter, gdyż na gruncie umowy o pracę zastępstwo nie jest dopuszczalne[187].

Rozwiązanie umowy zlecenia nie napotyka na ograniczenia, jakie dotyczą m. in. umowy o pracę. Zgodnie z art. 746 § 1 Kodeksu cywilnego zleceniodawca może wypowiedzieć umowę w każdym czasie. W praktyce oznacza to, że umowę można rozwiązać ze skutkiem natychmiastowym, niekoniecznie więc po upływie okresu, na który została zawarta. Wypowiedzenie umowy nie wymaga uzasadnienia. Nie występuje również okres ochronny, w czasie którego z prawa do wypowiedzenia nie można skorzystać. Strony mogą także samodzielnie ustanawiać i kształtować okres wypowiedzenia, ponieważ kwestia ta nie jest przedmiotem wyraźnej regulacji ustawowej.

Podobnie jak umowa o dzieło, także i umowa zlecenia znajduje szerokie zastosowanie w placówkach służby zdrowia. Coraz częściej wykorzystywana jest ona – ze względu na braki kadrowe – do doraźnego uzupełniania zasobów ludzkich. Bardzo często też wykorzystywana jest przez dyrektorów poszczególnych jednostek w działach administracyjnych, żywieniowych, transportu sanitarnego bądź eksploatacji technicznej. Szczególne zastosowanie umowy zlecenia znajduje miejsce w izbach przyjęć szpitali oraz w pracowniach RTG, gdzie w ramach outsourcingu osobom zatrudnionym w takiej formie podzleca się np. opisywanie zdjęć rentgenowskich, rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej.

W ramach wymienionych wyżej umów, można zatrudniać zarówno kadrę menedżerską zarządzającą w imieniu pracodawcy zakładem pracy (*top management*), jak i poszczególnych pracowników (chociażby lekarzy czy pielęgniarki). Rozwijający się w Polsce outsourcing kapitałowy i osobowy (personalny) prowadzi do coraz częstszego zawierania umów cywilnoprawnych. Jak zaznacza K. W. Frieske, jest to związane z niskimi kosztami pracy. Stąd też cywilnoprawne formy zatrudnienia są korzystniejsze dla pracodawców niż zatrudnienie pracownicze. Natomiast dla pracowników są one mniej korzystne, ponieważ nie dają takiej ochrony jak umowa prawa pracy. Są one jednak swoistym uzupełnieniem na rynku pracy. Biorąc pod uwagę rolę, jaką pełnią w procesie zatrudnienia, niewątpliwie dają dużą możliwość uelastycznienia czasu pracy i formy jej świadczenia[188].

[187] Więcej na ten temat Pisarczyk Ł., Różne formy zatrudnienia, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 90.
[188] Szerzej na ten temat pisze Frieske K. W. (red.), Deregulacja polskiego rynku pracy, IPiSS, Warszawa 2003, w szczególności s. 118 i n. oraz Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych…, op. cit., s. 18.

3.3.2. Umowy nienazwane

Zatrudnienie na podstawie umów nienazwanych jest jedną z metod organizacji czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Umowy nienazwane odnoszą się do różnorodnych sposobów wykonywania pracy na zasadach odbiegających od klasycznego modelu, na podstawie którego wykonywanie pracy następuje w ramach stosunku pracy zawartego między pracownikiem a zatrudniającym go pracodawcą, nawiązanego na podstawie bezterminowej umowy o pracę. Chodzi tu więc o pracę wykonywaną w pełnym wymiarze czasu, obejmującym powszechne dobowe i tygodniowe normy czasu pracy, w stałych godzinach i w określonym miejscu, z reguły w siedzibie pracodawcy. Należy podkreślić, że odbiegające od tego schematu sposoby wykonywania pracy, zaliczane do stosunków pracy lub pokrewnych stosunków pracy, występowały w przeszłości i występują obecnie równolegle obok wspomnianego modelu tradycyjnego. Odróżnić jednak należy nietypowe, ale tradycyjne, formy zatrudnienia od nowych form, do pewnego stopnia konkurencyjnych wobec tradycyjnego modelu stosunku pracy[189].

Kontrakty menedżerskie, zwane też umowami o zarządzanie, wykraczają poza przedstawiony powyżej podział na zatrudnienie pracownicze i niepracownicze. Znajdują one szerokie zastosowanie w jednostkach ochrony zdrowia. Bez względu na to, czy kontrakt menedżerski jest ukształtowaną w odpowiedni sposób umową o pracę, bądź jest jedną z umów prawa cywilnego, należy zaznaczyć, iż w kilku przypadkach ustawodawca zdecydował na wyraźne uregulowanie zasad zarządzania określonymi jednostkami organizacyjnymi[190]. Cechą wspólną dla wszystkich kontraktów menedżerskich jest przedmiot świadczenia, czyli zarządzanie określoną jednostką służby zdrowia – najczęściej jest to duży szpital – lub jej częścią, choć nie można wykluczyć również kontraktów menedżerskich na niższych szczeblach struktury organizacyjnej. Podstawowy problem dotyczący kontraktów menedżerskich wiąże się z faktem, iż nie zostały one w prawie polskim uregulowane w sposób wyraźny. Wyjątek stanowią umowy o zarządzanie przewidziane w odrębnych przepisach, które dotyczą jednak ściśle określonych typów jednostek organizacyjnych. W rezultacie, kontrakty menedżerskie są w praktyce kształtowane zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy prawa cywilnego, przede wszystkim umowy zlecenia. Nazywając

[189] Por. Frieske K. W. (red), Deregulacja polskiego rynku pracy, op. cit., s. 117. Więcej na ten temat pisze Baron-Wiaterek M., Wspieranie zatrudnienia, [w:] Rączaszek A., Koczur W. (red.), Polityka społeczna w procesie integracji europejskiej. Przegląd problemów, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2006, s. 223-236 oraz Baron-Wiaterek M., Instytucjonalno-prawne aspekty rynku pracy i promocji zatrudnienia, IPiSS, Warszawa 2008, s. 159.
[190] Por. Pisarczyk Ł., op. cit., s. 103.

umowę kontraktem menedżerskim, strony nie przesądzają jednak tego, jak umowa zostaje zawarta[191].

Kolejnym rodzajem elastycznego zatrudnienia w służbie zdrowia w zakresie umów nienazwanych jest zatrudnienie w ramach **kontraktu**. Taki rodzaj zatrudnienia najczęściej dotyczy lekarzy, którzy – prowadząc prywatne praktyki lekarskie – podpisują umowy cywilne (zwane kontraktami) z publicznymi podmiotami służby zdrowia (najczęściej są to szpitale, w tym w szczególności izby przyjęć, oddziały zabiegowe oraz poradnie specjalistyczne). W ramach takiej umowy (noszącej znamiona umowy o dzieło lub umowy zlecenia), strony ustalają zakres świadczonych obowiązków (np. pełnienie czterech dyżurów medycznych w ciągu miesiąca na danym oddziale) oraz wynagrodzenie. Taki rodzaj umowy daje pełną elastyczność i dowolność kształtowania czasu pracy oraz stanowi bardzo istotne wsparcie zasobów ludzkich poszczególnych jednostek ochrony zdrowia.

Uzupełnieniem elastycznych form zatrudnienia jest **outsourcing**, który pojawił się w Polsce w ostatnich latach, a w krajach zachodnich znacznie wcześniej. Outsourcing jest zatrudnianiem osób świadczących pracę za pośrednictwem innego podmiotu. Oznacza on w istocie wykorzystanie zasobów zewnętrznych, polegające na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa macierzystego realizowanych przez nie funkcji i przekazanie ich do wykonania innym podmiotom gospodarczym. Najczęściej działania outsourcingu mają charakter restrukturyzacyjny, gdyż wpływają na zmiany w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa oraz na zmianę jego kontaktów z otoczeniem. Pod względem organizacyjnym najczęściej ta forma wykonywania pracy wiąże się z redukcją struktury organizacyjnej poprzez zmniejszenie zatrudnienia, ograniczenie liczby komórek i stanowisk organizacyjnych oraz spłaszczenie struktury zarządzania. Dzięki takim zabiegom, struktura organizacyjna staje się „odchudzona", a przez to bardziej elastyczna, zdolna do szybszych reakcji na zmiany zachodzące w otoczeniu organizacji[192].

W służbie zdrowia koncepcja outsourcingu sprowadzana jest zazwyczaj do czynności o charakterze ubocznym, pomocniczym względem nadrzędnego przedmiotu działalności danej jednostki. Pozwala to z jednej strony na obniżenie kosztów realizacji funkcji ubocznych, a z drugiej na uniknięcie trudności związanych z zatrudnianiem pracowników, którzy te czynności wykonują. Podmiotem zatrudniającym jest bowiem w tej sytuacji firma zewnętrzna, która podejmuje się wykonania określonych zadań i to ona ma obowiązek

[191] Por. Kubot Z., Rodzaje kontraktów menedżerskich, „Przegląd Prawa Handlowego", nr 7, 1999, s. 13.
[192] Szerzej pisze o tym Trocki M., Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, PWE, Warszawa 2001, s. 13 i n.

zapewnienia ciągłości świadczenia zleconych usług. W ten sposób outsourcingobiorca przejmuje wszystkie obowiązki pracodawcy, a także ryzyko związane z chorobą lub inną nieobecnością pracownika oraz wyrządzone (ewentualne) szkody. Takie rozwiązanie, z punktu widzenia outsourcingodawcy, jest bardzo korzystne, ponieważ ma on zapewnioną ciągłość usług. Nie jest natomiast ważne, jaką formę nawiązania stosunku pracy ze swoimi pracownikami wybierze firma zewnętrzna. W jej gestii leży też przeprowadzenie właściwego procesu kadrowego.

W związku z ciągłymi zmianami, jakie następują w polskiej służbie zdrowia, wykształciły się pewne obszary, w ramach których obserwuje się bardzo szeroki zakres stosowania outsourcingu. Są to w szczególności usługi związane z działalnością pracowni rentgenowskich, laboratoriów analitycznych, sprzątania, żywienia, konserwacji, ochrony mienia, a także opieki nad pacjentem oraz transportem sanitarnym[193].

W sektorze służby zdrowia należy spodziewać się coraz większego zastosowania możliwości w obszarze tzw. **m-zdrowia**, technologii polegającej na wykorzystaniu urządzeń technologii mobilnych oraz komunikacji bezprzewodowej dla gromadzenia danych zdrowotnych, ich dostarczania personelowi medycznemu oraz pacjentom, monitorowania stanu zdrowia pacjentów w czasie rzeczywistym oraz zapewnienia im bezpośredniego dostępu do opieki zdrowotnej, poprzez mobilną telemedycynę pozwalającą na odległość przekazywać specjalistyczne informacje diagnostyczne. Nowe osiągnięcia nauki, badania i rozwój technologiczny odegrają istotną rolę zarówno w doskonaleniu procesów związanych z leczeniem pacjentów, jak i w podnoszeniu efektywności systemów opieki zdrowotnej „na odległość".

W związku z możliwością przekazywania danych, informacji, tekstów czy obrazów z odległych miejsc na świecie, szerokie zastosowanie w służbie zdrowia powinna znaleźć stosunkowo nowa forma elastycznego zatrudnienia, jaką jest **telepraca**[194].

Istotę telepracy wyznacza w szczególności możliwość jej wykonywania w domu. Warunkiem jest zainstalowanie komputera i urządzeń wspomagających. To właśnie pozostaje istotnym impulsem wykorzystania możliwości stwarzanych przez pracę w sieci. Sama idea pracy w domu (*home-based work*), pozwalającej na łączenie obowiązków zawodowych z wykonywaniem obowiązków domowych, nie jest zjawiskiem nowym. Była ona znana już w ubiegłym stuleciu i stosownie do istniejących warunków uregulowana, także w Polsce jako

[193] Szerzej na ten temat Skowron K., Partnerstwo publiczno-prywatne w służbie zdrowia…, op. cit., s. 339-342.
[194] Więcej na ten temat Zalega T., Rynek pracy w epoce cywilizacji informacyjnej, „Nowe Życie Gospodarcze", nr 5, 2002, s. 40 i n.

praca nakładcza[195]. Telepraca jest natomiast przedmiotem całkowicie nowej formy pracy poza siedzibą pracodawcy, w związku z dostępem do łączy telekomunikacyjnych. Oznacza ona przede wszystkim pracę: w Internecie, sieciową (*networking*), poprzez domowe sterowanie przetwarzaniem danych (*home-distributed data processing*) lub zdalną pracę biurową (*remote office work*). Osoba lub organ odpowiedzialny za więź z telepracownikiem może mieć m. in. cały czas dostęp do realizowanych przez niego zadań, a ten, z kolei może korzystać – w razie potrzeby – z zasobów informacyjnych przedsiębiorstwa, kontaktować się z innymi pracownikami, np. w celu uzgodnienia stanowisk itp.[196]

A. Chobot podkreśla, że telepraca nie jest definiowana jednoznacznie[197]. Niektóre definicje odnoszą się wyłącznie do pracy w domu, inne do pracy wykonywanej w telecentrach lub innych miejscach oddalonych od siedziby pracodawcy. Powstanie telepracy spowodowane jest zapotrzebowaniem na nowe, atypowe formy świadczenia pracy i spadek znaczenia zatrudnienia standardowego[198]. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że telepraca to wszystkie formy pracy rozproszonej w przestrzeni, wspomaganej przez narzędzia telekomunikacji[199]. W rozumieniu węższym telepraca odnosi się do pracy wykonywanej w ramach stosunku pracy. Zgodnie z art. 67^5 § 1 Kodeksu pracy, telepracownik może być zatrudniony w ramach stosunku prawnego, regulowanego przez Kodeks pracy, w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy[200]. Wybór umowy w ramach zatrudnienia pracowniczego jest dość szeroki, obejmując: umowę na czas nieokreślony, na okres próbny, na czas określony i na czas wykonania określonej pracy. W szerszym ujęciu telepraca może być wykonywana również na podstawie innych tytułów prawnych, np. jako umowa zlecenia i umowa o dzieło. Dotyczy to zatrudnienia, które nie ma charakteru stałego, opierając się w szczególności na pojedynczych świadczeniach.

---

[195] Zob. rozporządzenie Rady Ministrów z 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących prace nakładczą, Dz. U. nr 3, poz. 19 z 1996 ze zm. Szerzej Piekarski M., Żabski A., Umowa o pracę nakładczą, PWN, Warszawa 1988, s. 78.

[196] Zob. szerzej Bednarski M., E-praca a zmiany w firmie, „Polityka Społeczna", nr 2 z 2004, s. 4. Więcej na ten temat pisze Baron-Wiaterek M., Telepraca jako forma elastycznego zatrudnienia pracowników, [w:] Głąbicka K., Grewiński M. (red.), Wokół polityki społecznej, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Warszawa 2008, s. 224- 236 oraz Baron-Wiaterek M., Organizacja zatrudnienia tymczasowego i telepracy, „Organizacja i Zarządzanie", nr 4, 2008, s. 73-86.

[197] Por. Chobot A., op. cit., s. 153.

[198] Podkreśla to Florek L., Europejskie prawo pracy, LexisNexis, Warszawa 2003, s. 97. Więcej na ten temat Wratny J., Problem ochrony pracowników w elastycznych formach zatrudnienia, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 7, 2007, s. 2.

[199] Zob. Moszyński M., Telepraca jako nowa forma zatrudnienia w Europie, „Rynek Pracy", nr 11-12, 2001, s. 21-22.

[200] Szerzej Bednarski M., op. cit., s. 5 i n.

Telepraca w sektorze służby zdrowia może przybierać w praktyce różne formy organizacyjne[201]. Można wyróżnić tu pracę wykonywaną na rzecz jednego pracodawcy oraz telepracę świadczoną przez osoby wykonujące najczęściej wolny zawód na rzecz dużej liczby podmiotów zatrudniających (tzw. wolna telepraca domowa). Wspólną cechą definicji telepracy jest fakt, iż telepraca wiąże się z wykonywaniem pracy „na odległość", a więc poza zakładem pracy i przy wykorzystaniu technologii informatyczno-komunikacyjnej. Istotne jest również to, że w zasadzie nie występują żadne ograniczenia podmiotowe dla funkcjonowania telepracy[202]. Telepraca może w całości wypełniać obowiązki pracownika, może też być częścią tych powinności (tzw. telepraca w niepełnym wymiarze godzin)[203]. Zaletami telepracy są między innymi: znaczny wzrost wydajności pracy, niższe wskaźniki fluktuacji zatrudnienia (i związane z tym niższe koszty rekrutacji i szkolenia nowych pracowników), ograniczone zapotrzebowanie na przestrzeń biurową (oraz niższe koszty nieruchomości i czynszów), skuteczniejsze zarządzanie oraz większa elastyczność danej jednostki służby zdrowia[204].

[201] Zob. Pędziwiatr F., Telepraca i jej implikacje, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", nr 2, 2002, s. 3 i n.

[202] Telepracy podlegają zazwyczaj przedstawiciele wolnych zawodów – inżynierowie, tłumacze, naukowcy, pisarze, projektanci. Forma zatrudnienia, jaką jest telepraca, ma szczególne znaczenie przy zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dając im możliwość znalezienia się na rynku pracy.

[203] Por. Piątkowski J., op. cit., s. 52. Więcej na ten temat Nilles J. M., Telepraca. Strategie kierowania wirtualną załogą, WNT, Warszawa 2003, s. 35 oraz Telepraca, Internet, http://www.telepraca-efs.pl (31 maja 2007 r.).

[204] Więcej Nilles J. M., Telepraca. Strategie kierowania wirtualną załogą, WNT, Warszawa 2003, s. 35. Szerzej pisze o tym Machol-Zajda L., Telepraca – nowa forma zatrudnienia, [w:] Frieske K. W. (red.), Deregulacja polskiego rynku pracy, IPiSS, Warszawa 2003, w szczególności s. 147 i n.

ROZDZIAŁ IV. METODY I NARZĘDZIA ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA

4.1. Zarządzanie czasem pracy – zagadnienia ogólne

Zarządzanie czasem stało się szczególnie ważne w połowie ubiegłego wieku. Obecnie, mając na względzie badania specjalistów z różnych dziedzin: lekarzy, filozofów, psychologów, a przede wszystkim naukowców z zakresu zarządzania, zagadnienie to stało się jednym z nurtów, którymi zajmuje się zarządzanie[205].

Czas jest uniwersalną miarą, mającą zastosowanie do większości nakładów i efektów działalności wszystkich podmiotów występujących w gospodarce. Wartością związaną z czasem są roboczogodziny. Podobnie jak wartościuje się produkcję organizacji liczbą wytworzonych jednostek produkcji na minutę, godzinę, tydzień, miesiąc, tak samo pracę ludzką można przeliczyć na czas[206]. Czas pracy staje się przez to miarą będącą wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania organizacji, pracowników oraz menedżerów. Metody zarządzania czasem, w myśl słów P. Druckera – uważanego za ojca metod zarządzania czasem – mają za zadanie przyczynić się do osiągnięcia zarówno celów zawodowych, jak i osobistych poszczególnych pracowników, a tym samym zwiększyć skuteczność działania organizacji[207].

Przedstawienie jednoznacznej i akceptowanej w literaturze przedmiotu definicji pojęcia „zarządzanie czasem" nie jest zadaniem łatwym. Wynika to z jednej strony z powszechności zagadnienia czasu pracy, a z drugiej zaś z licznych prób definiowania przez różnych autorów w różnych kontekstach. Ogólna definicja „zarządzania czasem" traktuje czas pracy jako proces ściśle związany z podstawowymi uwarunkowaniami egzystencji ludzkiej, którą reguluje czas zegarowy, biologiczny i jednakowa hierarchia potrzeb człowieka[208]. W tym kontekście czas, jaki jest np. do zagospodarowania, jest w miarę stały dla wszystkich, a także wcale nie jest go tak dużo, jak może się pozornie wydawać. Czas jest dobrem ograniczonym w formacie ilościowym, który, jak podkreślają filozofowie, nie daje się cofnąć, składować, zdobyć, zwielokrotnić, nie daje się niczym zastąpić i nieustannie upływa.

---

[205] Szerzej Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Perechuda K. (red.), Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości. Koncepcje, modele, metody, Placet, Warszawa 2000, s. 268.
[206] Szerzej Bittel L. R., Krótki kurs zarządzania, PWN i McGraw-Hill, Warszawa-Londyn 1994, s. 251.
[207] Szerzej Gomulski W., Z kalendarzem i rozsądkiem, „Businessman Magazine", nr 3, 2007, s. 64 oraz Seiwert L. J., Zarządzanie czasem, Placet, Warszawa 1998, s. 13.
[208] Definicja ta opiera się na poglądach Fontana D., Zarządzanie czasem, PWN Warszawa 1999, s. 29-35 oraz Antoszkiewicz J. D., Techniki menedżerskie: skuteczne zarządzanie firmą, Poltext, Warszawa 2000, s. 171-172.

Definicja ogólna interesującego nas pojęcia wyróżnia dwie podstawowe grupy uwarunkowań, które mają istotny wpływ na zarządzanie czasem. Pierwsza to uwarunkowania wewnętrzne. Obejmują one w szczególności czynniki uzależnione od człowieka, w tym trzy najważniejsze: brak przemyśleń nad sobą oraz brak uzmysłowienia sobie przemijania czasu, brak wiedzy na temat zarządzania czasem oraz cechy osobowościowe człowieka. Druga grupa czynników dotyczących czasu pracy to determinanty zewnętrzne, czyli czynniki niezależne od człowieka. Wśród nich wymienić można np. drogę do pracy, różnego typu zobowiązania (np. zebrania), kolejki w sklepach i urzędach, telefony i wizyty akwizytorów czy niespodziewanych petentów, przeszkody w pracy płynące z otoczenia (zgiełk, gwar), studiowanie prasy codziennej i fachowej, oglądanie audycji telewizyjnych, awarie (urządzeń, instalacji, zasilania), a także niepunktualność interesantów czy znajomych, tłok uliczny itd.[209]

Ogólne ujęcia „zarządzania czasem" podkreślają, że stanowi ono:

- systematyczną, opartą na priorytetach alokację i dystrybucję czynności wśród „rywalizujących" zadań[210],
- różne środki, przez które ludzie skutecznie używają ich czasu i innych blisko spokrewnionych zasobów, aby zrobić jak najwięcej[211],
- stworzenie procesu i narzędzi, które pomagają być wydajniejszym[212].
- umiejętność zarządzania, która pomaga konkretnym osobom odnieść sukces[213].

Powyższe ujęcia można uzupełnić definicją H. Bienioka, który uważa, że „zarządzanie czasem musi opierać się na uświadomieniu sobie, że cały kapitał to ten czas, którym dysponujemy dzisiaj". Autor podkreśla, że „zarządzanie czasem polega na świadomym przekształcaniu próżniactwa, a także pracy bezużytecznej, zbyt intensywnej i wyniszczającej w pracę planową i zorganizowaną, zapewniającą osobisty sukces i zadowolenie"[214].

Z kolei B. Clegg uważa, że zarządzanie czasem jest „dyscypliną, którą każdy uznaje za wartościową, a równocześnie wszyscy ją ignorują". Cytowany autor uważa przy tym, że dobre zarządzanie czasem jest jednak czymś więcej niż tylko dyscypliną naukową – jest środkiem pozwalającym „więcej zrobić i lepiej żyć". Za taki środek B. Clegg uznaje „błyskawiczne podejście do problemu i dostarczenie pakietu pomysłów, które da się szybko

[209] Tamże oraz Szaban J., Miękkie zarządzanie, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 2003, s. 227-230.
[210] Time management, Internet, http://www.businessdictionary.com/definition/time-management.html (27 listopada 2008 r.).
[211] Statt D. A., Concise dictionary of business management, Routledge, New York 1999, s. 175.
[212] Definition of Time Management, Internet, http://www.timemanagementtools.net/definition-of-time-management/ (27 listopada 2008 r.).
[213] Tamże.
[214] Szerzej Bieniok H., Zarządzanie czasem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1999, s. 23.

przeczytać i szybko wprowadzić w życie", przy czym nie należy próbować robić wszystkiego na raz, lecz podejmować się zadań stopniowo[215].

Rozwinięciem powyższych ujęć jest podejście P. Forsyth`a, dla którego zarządzanie czasem polega na aktywnym działaniu na rzecz wydajności i skuteczności tak, aby ułatwić osiąganie zamierzonych celów. Autor uważa, że dobre, skuteczne, zarządzanie czasem to podstawowa umiejętność zawodowa, której potrzebują wszyscy, zwłaszcza menedżerowie. Pozwala ona wykonywać nie tylko obecną pracę, ale stworzyć perspektywy dalszej kariery oraz zwiększyć efektywność. Skuteczne zarządzanie czasem zależy więc od dwóch kluczowych czynników, mianowicie od tego jak planowana jest praca oraz jaki jest sposób jej wykonywania, co w efekcie może prowadzić do[216]:

- zmiany wydajności i skuteczności pracy,
- zmniejszenia presji czasu, związanej z każdą pracą,
- możliwość „wykazania się", a tym samym osiągnięcia większego sukcesu zawodowego.

Wymienione powyżej przesłanki można osiągnąć za pomocą czterech kategorii systematyzujących a dotyczących zarządzania czasem pracy, mianowicie[217]:

- planowania,
- implementacji, czyli realizacji zaplanowanych działań,
- monitoringu i kontroli realizowanych zadań,
- komunikacji i kontaktów z innymi w zakresie wdrażania i realizacji zadań.

Odnosząc się do problematyki czasu, a zwłaszcza zarządzania nim, P. Drucker podkreśla, że u podstaw skutecznego działania każdego menedżera znajduje się trzystopniowy proces zawierający[218]:

- zapis wykorzystania czasu,
- zarządzanie czasem,
- konsolidację czasu.

Czynnikiem, który szczególnie wpływa na efektywność i wyniki pracy, jest – jak wskazuje P. Drucker – różnica pomiędzy czasem wykorzystanym i czasem zmarnowanym. Uchwycenie tej różnicy jest możliwe przy założeniu zapisu rzeczywistego wykorzystania czasu. Natomiast

[215] Szerzej Clegg B., Błyskawiczne zarządzanie czasem, IFC PRESS, Kraków 2000, s. 1.
[216] Szerzej Forsyth P., Efektywne zarządzanie czasem, HELION, Gliwice 2003, s. 10-11.
[217] Tamże, s. 18-19.
[218] Szerzej Drucker P. F., Myśli przewodnie Druckera, Wydawnictwo MT Biznes Sp. z o.o, Warszawa 2002, s. 357. Zob. też Orbik Z., Zarządzanie czasem w poglądach Petera Druckera, [w:] Sobieraj I., Broda J., Rąb J. (red.), Świadectwo Petera Druckera, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Nauki Polskiej, Zabrze 2007, s. 119.

podstawowym warunkiem właściwego zarządzania czasem jest postawienie pytań diagnostycznych, obejmujących takie zagadnienia, jak[219]:

- weryfikacja zadań (czynności) niepotrzebnych,
- delegowanie czynności osobom, które dane zadanie wykonają lepiej,
- weryfikacja efektywności wykonywanych zadań (czynności).

P. Drucker porusza też istotną kwestię dla zarządzania czasem pracy, jaką jest marnotrawstwo czasu, będącego praprzyczyną niewłaściwego[220] zarządzania nim. Przede wszystkim – jak wskazuje – marnotrawstwo czasu wiąże się brakiem przewidywalności. W następnej kolejności P. Drucker uważa przerost zatrudnienia za przyczynę kierowania uwagi nie na skuteczność działań, ale łagodzenie konfliktów międzyludzkich. Jako kolejną przesłankę marnotrawstwa czasu, cytowany autor wymienia złą organizację czasu pracy, wynikającą z przerostu zebrań, spotkań, narad, a także nadmierne kierowanie informacji do niewłaściwych osób. Przyczyną marnotrawstwa czasu według P. Druckera jest też niewłaściwa funkcja informacji wewnątrz organizacji. Każda organizacja jest tym sprawniejsza, im jest prostsza, ponieważ każdy zbędny szczebel w strukturze organizacyjnej zniekształca przekazywane informacje oraz wydłuża ich przepływ[221].

Wśród przytoczonych powyżej ujęć zarządzania czasem pracy należy przywołać definicję L. Seiwerta, będącą najbardziej precyzyjną spośród dotychczas wymienionych. Otóż autor ten stwierdza, że zarządzanie czasem jest „konsekwentnym i zorientowanym na cel stosowaniem w praktyce sprawdzonych technik pracy w taki sposób, że kierowanie samym sobą i swoim otoczeniem odbywa się bez trudu, a otrzymany do dyspozycji czas jest wykorzystywany sensownie i optymalnie”[222]. Definicja ta porusza bardzo istotną kwestię. Jest nią własna organizacja pracy oraz jej odpowiednie organizowanie – poprzez wyznaczanie celów – w otoczeniu.

Dokonując uogólnienia, na podstawie wskazanych podejść do definiowania interesującego nas pojęcia, można przyjąć, że zarządzanie czasem koncentruje się na dwóch ważnych kwestiach. Po pierwsze skupia się na przedstawianiu zasad, wskazówek i procedur, które pozwalają na definiowanie celów, planowanie ich realizacji, ustalanie priorytetów oraz identyfikowanie kluczowych obszarów zadań. Takie podejście stanowi podstawę racjonalnej organizacji pracy w poszczególnych działach, oddziałach, jednostkach itp. Z drugiej strony,

[219] Ibidem, s. 346.
[220] Rozumianego jako: nieskutecznego.
[221] Tokar J., Racjonalna organizacja czasu pracy menedżera, [w:] Sobieraj I., Broda J., Rąb J. (red.), Świadectwo…, op. cit., s. 359-361.
[222] Seiwert L. J., op. cit., s. 14.

zarządzanie czasem, jako świadomie stosowana metoda zarządzania, umożliwia rozpoznawanie sytuacji, które są najbardziej czasochłonne, i tym samym daje podstawę do określenia odpowiednich technik, które mogłyby wyeliminować czynniki zakłócające poszczególne elementy ograniczające skuteczność organizacji[223]. Takie podejście ma szerokie zastosowanie we współczesnych organizacjach, ponieważ założenia metod zarządzania czasem jasno określają, jak z rozwagą planować czas pracy i jak racjonalnie go wykorzystywać w celu realizacji celów i osiągnięcia jak najwyższej skuteczności działania[224].

Biorąc pod uwagę przywołane w niniejszym opracowaniu definicje i istotę „zarządzania czasem" w literaturze, należy przyjąć, że zarządzanie czasem to podnoszenie skuteczności działania poprzez efektywniejsze wykorzystywanie czasu, a głównym założeniem zarządzania czasem jest to, by dobrze wykorzystując czas osiągnąć sukces[225].

Tablica 6. Przegląd wybranych definicji pojęcia „zarządzanie czasem"

Lp.	Autor	Zarządzanie czasem to:
1.	**Definicja ogólna**	proces ściśle związany z podstawowymi uwarunkowaniami egzystencji ludzkiej, którą reguluje czas zegarowy, biologiczny i jednakowa hierarchia potrzeb człowieka; wyróżnia się dwie podstawowe grupy uwarunkowań, które mają istotny wpływ na zarządzanie czasem: – uwarunkowania wewnętrzne, czyli czynniki uzależnione od człowieka – uwarunkowania zewnętrzne, czyli czynniki niezależne od człowieka.
2.	**H. Bieniok**	świadome przekształcanie próżniactwa, a także pracy bezużytecznej, zbyt intensywnej i wyniszczającej w pracę planową i zorganizowaną, zapewniającą osobisty sukces i zadowolenie.
3.	**B. Clegg**	– coś więcej niż tylko dyscyplina naukowa – jest środkiem pozwalającym „więcej zrobić i lepiej żyć", – błyskawiczne podejście do problemu i dostarczenie pakietu pomysłów, które da się szybko przeczytać i szybko wprowadzić w życie, przy czym nie należy próbować robić wszystkiego na raz, lecz podejmować się zadań stopniowo

[223] Szerzej piszą o tym na przykład Bliss E. C., Jak gospodarować swoim czasem, Wydawnictwo Podsiedlik-Raniowski i Spółka, Poznań 1992; Steward D. M. (red.), Praktyka kierowania, PWE, Warszawa 1994 oraz Seiwert L. J., op. cit.

[224] W szczególności zaś podejście to ma znaczenie dla osób sprawujących funkcje kierownicze, które zazwyczaj odpowiadają za właściwe planowanie i organizację zadań. Por. Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Perechuda K. (red.), Zarządzanie… op. cit., s. 269.

[225] W świetle dalszych rozważań należy przyjąć, że pojęcie „sukces" odnosi się do realizacji celów statutowych jednostek służby zdrowia w świetle cytowanej wcześniej ustawy i przepisów Unii Europejskiej dotyczących zmian czasu pracy lekarzy.

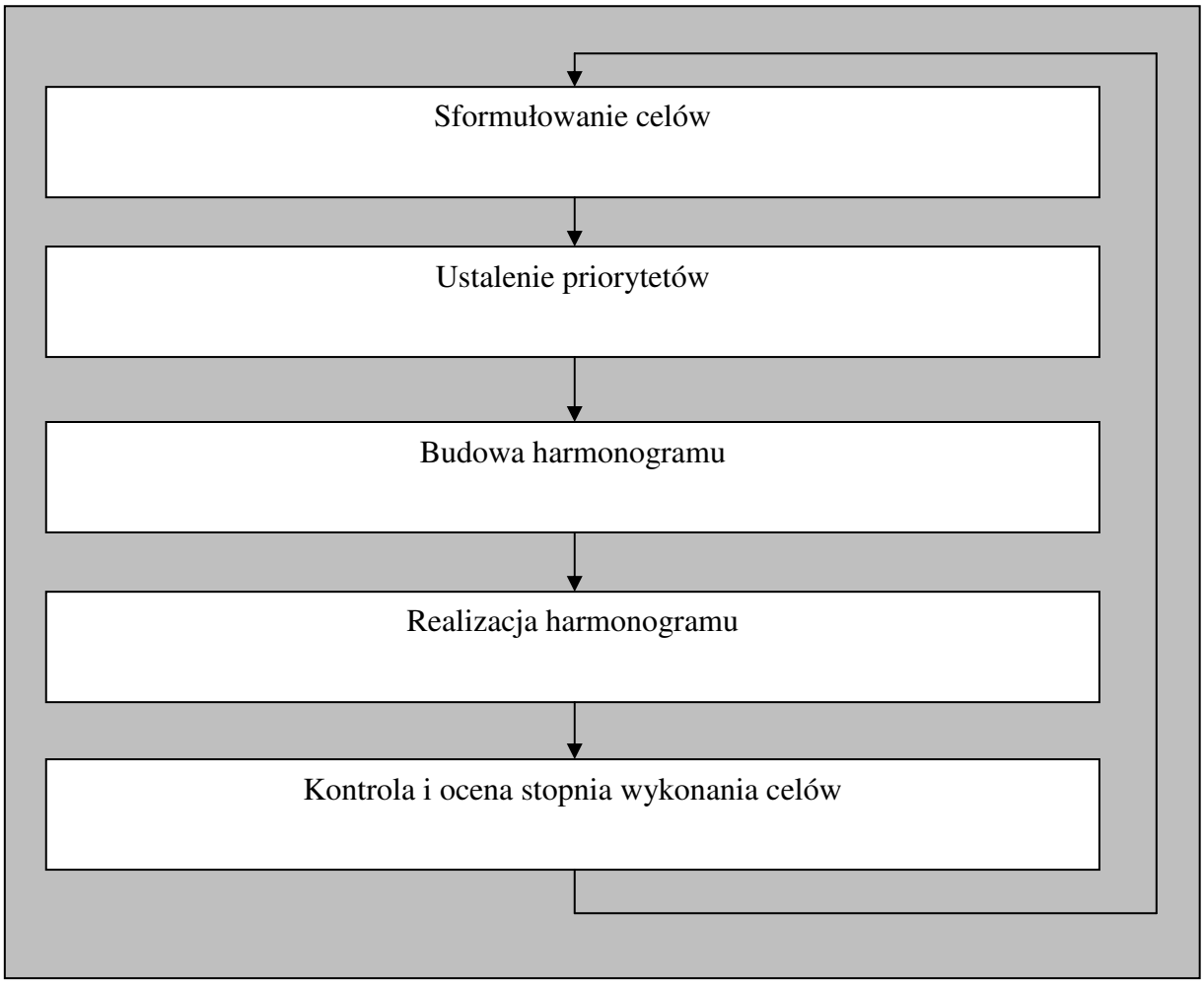
Tablica 6. Przegląd wybranych definicji pojęcia „zarządzanie czasem" (ciąg dalszy)

4.	**P. Forsyth**	– aktywne działanie na rzecz wydajności i skuteczności – tak, aby ułatwić osiąganie zamierzonych celów, – podstawowa umiejętność zawodowa, której potrzebują wszyscy, zwłaszcza menedżerowie. Pozwala ona wykonywać nie tylko obecną pracę, ale stworzyć perspektywy dalszej kariery oraz zwiększyć efektywność, – umiejętność wykorzystania dwóch kluczowych czynników: planowania pracy oraz sposobu jej wykonywania.
5.	**P. F. Drucker**	– weryfikacja zadań (czynności) niepotrzebnych, – delegowanie czynności osobom, które dane zadanie wykonają lepiej, – weryfikacja efektywności wykonywanych zadań (czynności). – eliminacja marnotrawstwa.
6.	**L. Seiwert**	konsekwentne i zorientowane na cel stosowanie w praktyce sprawdzonych technik pracy w taki sposób, że kierowanie samym sobą i swoim otoczeniem odbywa się bez trudu, a otrzymany do dyspozycji czas jest wykorzystywany sensownie i optymalnie.

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie dotychczasowych rozważań, można przedstawić ogólny schemat odnoszący się do zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia, który składa się z pięciu etapów, przedstawionych na rysunku nr 7.

Rysunek 7. Schemat zarządzania czasem w placówkach służby zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Perechuda K. (red.), Zarządzanie… op. cit., s. 271-274.

Według M. Morawskiego poszczególne etapy zarządzania czasem powinny zawierać określone elementy. Zastosowanie ich w służbie zdrowia oznacza, że konieczne jest[226]:

- sformułowanie celów – stanowi podstawę do organizowania czasu pracy w poszczególnych jednostkach. W etapie tym należy podjąć takie działania, jak: postawienie celów realnych i możliwych do wykonania oraz wytyczyć je w sposób jasny, konkretny i wymierny,
- ustalenie priorytetów – hierarchizuje cele według ich ważności i pilności z założeniem, że sprawy ważne należy rozstrzygać i realizować w pierwszej kolejności,
- budowa harmonogramu – powinien zawierać następujące elementy: sporządzanie harmonogramów na poszczególne czasookresy, określenie okresów rozliczeniowych,

[226] Szerzej Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Perechuda K. (red.), Zarządzanie… op. cit., s. 274.

przewidywanie możliwych zdarzeń losowych oraz zaplanowanie rezerwy czasu w razie wystąpienia takich sytuacji,

- realizacja harmonogramu – obejmuje bieżący nadzór i ewentualne bieżące korekty wykonania harmonogramu w odniesieniu do planowanych założeń,
- kontrola i ocena stopnia wykonania celów – powinien skupiać się na okresowej rejestracji wykorzystania czasu pracy w trakcie wybranych okresów, analizę ilości czasu poświęconego na różne czynności pod kątem realizacji przyjętych celów, szczegółową analizę ewentualnych rozbieżności między planowanymi celami a osiągniętymi wynikami oraz wprowadzenie odpowiednich korekt.

Realizacja każdego z poszczególnych etapów pozwala na prawidłowe funkcjonowanie każdej jednostki organizacyjnej, nie tylko jednostek służby zdrowia. Dobrze zaplanowany harmonogram pozwala na pełne wykorzystanie zasobów ludzkich oraz takie ułożenie pracy, by cele statutowe oraz strategiczne zostały zrealizowane z jak największą skutecznością.

4.2. Współczesne koncepcje i metody zarządzania czasem pracy

W jednostkach służby zdrowia systematycznie odchodzi się od stereotypów metodologicznych dotyczących analitycznego, podmiotowego, przedmiotowego i statystycznego badania zjawisk organizacyjnych. Coraz bardziej widoczna staje się potrzeba stosowania nowoczesnych, dynamicznych, procesowych oraz holistycznych metod zarządzania tymi placówkami. Coraz częściej wykorzystuje się przy tym takie metody, jak reengeneering, benchmarking, lean management, outsourcing, koncepcję organizacji uczącej się czy też time based management[227]. Zarówno metody te, jak i współczesne koncepcje zarządzania, poprawiają skuteczność funkcjonowania każdej organizacji. Wszystko zależy jednak od tego, w jakim środowisku i sytuacji znajduje się ona w momencie podejmowania i wdrażania danej decyzji.

Wraz ze wzrostem znaczenia wiedzy dotyczącej zarządzania jednostkami ochrony zdrowia obejmującej techniki i metody zarządzania, w związku z licznymi zmianami w systemie ochrony zdrowia, coraz częściej stosowana jest metoda reengeneeringu. Polega ona na fundamentalnym przemyśleniu od nowa i radykalnym przeprojektowaniu procesów w jednostce. Prowadzi to do krytycznej (przełomowej) poprawy osiąganych wyników, takich jak koszty, jakość, serwis i szybkość. Metodyka reengeneeringu opiera się na pięciu etapach postępowania. Pierwszy etap obejmuje wybór procesu do rekonstrukcji. Zasadniczą rolę

[227] Więcej na ten temat Perechuda K., Metody zarządzania przedsiębiorstwem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 1999, s. 5.

odgrywa tutaj karta procesów, która zawiera od kilku do kilkunastu procesów. Każdy z nich zawarty w ogólnej karcie można podzielić na kilka zadań cząstkowych, które łącznie tworzą ramowy obraz funkcjonowania przedsiębiorstwa, pozwalający na selekcję procesów poddawanych reengeneeringowi. Drugi etap polega na utworzeniu zespołu roboczego. Zespół ten tworzy się do rekonstrukcji tylko jednego procesu. Jego liczebność waha się od 5 do 10 osób. W przeważającej części powinny to być osoby zatrudnione w reorganizowanym procesie (ułatwiają całemu zespołowi zrozumienie przyczyn dysfunkcji występujących w rozpatrywanym procesie) oraz osoby pochodzące z zewnętrznego procesu, a nawet z zewnętrznego przedsiębiorstwa (wnoszą nowe spojrzenie). Kolejny etap polega na „zrozumieniu procesu". Jego celem nie jest tu ulepszenie istniejącego procesu. Aby zrozumieć proces trzeba się postawić w roli klientów i określić, jakie są ich wymagania i rzeczywiste potrzeby. Następny etap polega na rekonstrukcji procesu opartego na trzech podstawowych zasadach: odrzuceniu utartych zasad i sposobów postępowania, stosowaniu zasad reengeneeringu, wykorzystaniu nowych technologii informatycznych. Ostatnim etapem procesu reengeneeringu jest wdrożenie rekonstrukcji w życie, składające się z sześciu elementów[228]:

- określenia wymagań klientów,
- oceny rozpatrywanych procesów,
- analizy i modyfikacja stanu istniejącego,
- benchmarkingu procesu,
- projektowania nowego procesu,
- wdrożenia udoskonalonego procesu.

Kolejną metodą, którą można zastosować w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia, jest benchmarking. Pojęcie to wywodzi się od słowa *benchmark*, oznaczającego „punkt orientacyjny geodety, oznaczający pewną pozycję i używany jako punkt odniesienia". Dla specjalistów w zakresie zarządzania, benchmarking oznacza uczenie się od najlepszych przez porównywanie z nimi. Najogólniej biorąc, benchmarking to metoda porównania własnych rozwiązań z najlepszymi oraz ich udoskonalanie przez uczenie się od innych i wykorzystywanie ich doświadczenia. Można wyróżnić następujące rodzaje benchmarkingu[229]:

[228] Szerzej Zimniewicz K., Współczesne koncepcje i metody zarządzania, PWE, Warszawa 2008, s. 99-109. Więcej na ten temat Wojciechowski T., Wpływ nowych koncepcji zarządzania na działania marketingowe i logistyczne przedsiębiorstw, [w:] Kowalczewski W., Matwiejczuk W. (red.), Kierunki i metody zarządzania przedsiębiorstwem, Difin, Warszawa 2007, s. 58-59.
[229] Szerzej pisze o tym Zimniewicz K., op. cit., s. 11-20.

- wewnętrzny (w tego rodzaju benchmarkingu zakłada się porównanie międzyzakładowe – międzywydziałowe lub nawet międzystanowiskowe – lub w sieci przedsiębiorstw wzajemnie powiązanych),
- konkurencyjny (jest jedną z najtrudniejszych metod, gdyż zakłada porównanie z konkurentami. Trudność ta polega na tym, że konkurenci otaczają tajemnicą swoje rozwiązania wzorcowe i niechętnie dzielą się z konkurentami),
- funkcjonalny (oznacza, że w przypadku udoskonalenia jednej z funkcji w przedsiębiorstwie niekoniecznie należy szukać rozwiązania na terenie własnej organizacji. Można posłużyć się porównaniami w stosunku do innych firm, pamiętając jednak, aby nie odejść od macierzystej funkcji, którą chce się udoskonalić),
- ogólny albo horyzontalny (jest szczególnym przypadkiem benchmarkingu funkcjonalnego. Okazuje się bowiem, że istnieją procesy, które mogą przebiegać identycznie, niezależnie od przynależności branżowej przedsiębiorstw czy nawet niezależnie od charakteru instytucji).

Następną metodą wspomagającą zarządzanie jednostkami służby zdrowia jest lean management. Pojęcie to oznacza w języku angielskim „odchudzone" lub „wyszczuplone" zarządzanie, a wywodzi się z kultury japońskiej. Genezą lean menagement był problem braku zasobów. Rozwiązanie polegało na znacznym ograniczeniu zasobów potrzebnych do produkcji: ludzi, powierzchni, nakładów inwestycyjnych, czasu itd. Przenosząc to na grunt zarządzania, lean management należy rozumieć jako uproszczenie organizacji zarządzania. Powinno to się przejawiać w spłaszczaniu struktur, eliminacji niektórych zasad organizacji pracy (tworzeniu w miarę prostych i zrozumiałych struktur w przedsiębiorstwie), spłaszczoną hierarchią, wyszczuploną i racjonalna organizacją, wzrostem produktywności lub efektywnością firmy i wzrostem jakości. Koncepcja ta opiera się na sześciu komponentach[230]:

- koncentracji na potrzebach klienta,
- nieustannym doskonaleniu jakości,
- przyspieszeniu rozwoju nowych produktów i szybszym wprowadzanie ich na rynek,
- stosowaniu aktywnego marketingu w celu pozyskania nowych klientów,
- zdolności do wzrostu i pozyskania inwestora strategicznego,
- harmonijnym powiązaniu przedsiębiorstwa ze społeczeństwem.

[230] Tamże, s. 36-51 oraz Wojciechowski T., op. cit., s. 60.

Kolejną metodą zarządzania, szeroko stosowaną w jednostkach służby zdrowia, jest – jak już wcześniej wspominano – koncepcja outsourcingu[231]. Pojęcie to wywodzi się od dwóch słów angielskich: *outside* – zewnętrzny i *resource* – zasoby, zapasy, środki. Zastosowanie tej metody zarządzania łączy się z nowym spojrzeniem na funkcję zaopatrzenia, a także na działalność usługową prowadzoną w przedsiębiorstwie[232]. Koncepcja outsourcingu zakłada również tworzenie nowego modelu w zakresie usług. Uważa się, że można zrezygnować z usług, które nie mają istotnego znaczenia dla organizacji i mogą być świadczone przez specjalistyczne przedsiębiorstwa (np. przetwarzanie informacji, ochrona firmy, zbiorowe żywienie, utrzymywanie czystości, księgowanie). Można zatem stwierdzić, że te usługi, które są proste i mało zintegrowane z podstawową działalnością placówki, najbardziej nadają się do przekazania na zewnątrz[233].

Następną metodą zarządzania, możliwą do wykorzystania w placówkach ochrony zdrowia, jest koncepcja organizacji uczącej się. Jest to metoda zarządzania oparta na pewnej sumie wiedzy, którą dysponują poszczególni współpracownicy. Wiedza ta jest ciągle wzbogacana i rozwijana, a następnie udostępniana przedsiębiorstwu[234]. Oznacza to, że organizacja nigdy nie osiągnie stanu końcowego. Można wyróżnić dwa znaczenia organizacji uczącej się[235]:

- instytucjonalne – w tym sensie organizacja to pewien system społeczny mający jakąś strukturę informacji i komunikacji, która umożliwia interakcję między jej uczestnikami,
- funkcjonalne – w tym sensie organizacja traktowana jest jako koncepcja, która jest baza dla wszystkich strategii zarządzania, służących podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów.

W koncepcji tej chodzi więc o to, aby odkrywać nowe sposoby myślenia i nowe perspektywy oraz o to, aby nową wiedzę wykorzystać w praktyce do rozwiązywania pojawiających się problemów.

Koncepcją stanowiącą podwaliny dla rozwoju metod zarządzania czasem pracy jest *time based management*. Zjawiska i problemy pojawiające się w bliższym lub dalszym otoczeniu zmuszają przedsiębiorstwo do przemyślenia swego położenia i dostosowania się do nowych

[231] Koncepcja outsourcingu, zarówno pod kątem wydzielenia kwestii pracowniczych, jak i usługowych, została szczegółowo omówiona we wcześniejszej części pracy. Por. rozdział III, s. 77 i n.
[232] Szerzej na ten temat Zimniewicz K., op. cit., 24-27.
[233] Więcej pisze o tym np. Trocki M., Outsourcing…, op. cit., s. 13 i n.
[234] Więcej na ten temat Zimniewicz K., op. cit., s. 75-76 oraz Powichrowska B., Wiedza jako czynnik rozwoju małych i średnich przedsiębiorstw, [w:] Kowalczewski W., Matwiejczuk W. (red.), op. cit., s. 188.
[235] Szerzej pisze o tym Wojciechowski T., op. cit., s. 62.

warunków. Impulsy płynące z otoczenia powodują, że organizacje będą np. modelowały swoje wnętrze, a więc będą zmieniały strategię, strukturę, wprowadzały nowe produkty, skracały czas produkcji i innych procesów. Ogólnie zmiany powinny być dokonywane szybko lub szybciej niż dotychczas. Czas jest zawsze istotnym czynnikiem konkurencyjności firmy. W koncepcji tej czas otrzymuje priorytet w procesach zarządzania, a myślenie w kategoriach czasu dotyczy wszystkich sfer działalności organizacji. Ukierunkowanie organizacji na czas oznacza, że kierownictwo przywiązuje większą uwagę do realizacji procesów oraz do jakości współpracy między zakresami funkcjonalnymi firmy. Oznacza również skierowanie uwagi na zrozumienie klienta, a przede wszystkim zaspokojenie jego potrzeb pod względem punktualności, aktualności i nowości. Dlatego też efektywne kierowanie przedsiębiorstwem wymaga realizowania jasnych i jednoznacznych celów oraz kontroli stopnia ich realizacji. Cele stanowią wyzwanie dla wszystkich osób i jednostek organizacyjnych zaangażowanych w ich realizację, są również miernikiem przy ocenianiu osiągnięć. Właściwe określanie celów jest bardzo ważne z punktu widzenia skuteczności zarządzania czasem pracy. Dzięki temu wiadomo, na czym należy się skoncentrować, co usprawnić i jakie są przeszkody w realizacji poszczególnych celów[236]. Wyznaczenie celów umożliwia skoncentrowanie się na właściwych zadaniach, daje długookresową wizję i krótkookresową motywację, pomaga również zorganizować zasoby. Należy jednak pamiętać, że wyznaczane cele powinny być wyraźnie określone, krótkie oraz realistyczne i odnosić się do konkretnych zadań. Pomocne w wyznaczaniu celów dla skutecznego zarządzania czasem pracy mogą być następujące metody[237]:

- SMART,
- ALPEN,
- 20/80 (zasada Pareto),
- reguła 60/40,
- prawo Parkinsona,
- zasada Eisenhowera.

Metoda SMART, którą wymieniono jako pierwszą, jest różnie ujmowana w literaturze. Metoda ta polega na formułowaniu celów w dziedzinie planowania i jest zbiorem pięciu

[236] Więcej piszą na ten temat Brian T., Zarządzanie czasem, Muza S. A., Warszawa 2007, s. 29-48 oraz Seiwert L. J., op. cit., s. 49-63.
[237] Seiwert L. J., op. cit., s. 127.

postulatów dotyczących cech, którymi powinien charakteryzować się poprawnie sformułowany cel. Są to[238]:

- Simple (prosty) – jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i nie pozostawiające miejsca na luźną interpretację,
- Measurable (mierzalny), a więc tak sformułowany, by można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu, lub przynajmniej umożliwić jednoznaczną "sprawdzalność" jego realizacji,
- Achiewable (realistyczny) – cel zbyt ambitny może pogrążyć wiarę w jego osiągnięcie i tym samym motywację do jego realizacji,
- Relevant (istotny) – cel powinien być ważnym krokiem naprzód, jednocześnie musi stanowić określoną wartość dla tego, kto będzie go realizował,
- Time Based (określony w czasie) – cel powinien mieć dokładnie określony horyzont czasowy w jakim zamierzamy go osiągnąć.

Drugą z wymienionych metod zarządzania czasem pracy jest metoda ALPEN. Metoda ta służy planowaniu czasu pracy w oparciu o pięć podstawowych elementów, mianowicie[239]:

- zestawieniu zadań,
- ocenie czasu trwania czynności,
- rezerwacji czasu na czynności niezaplanowane i nieprzewidziane w harmonogramie,
- ustaleniu priorytetów, skracaniu i delegowaniu czynności,
- kontroli realizacji zadań.

W metodzie tej wyróżnia się cztery podstawowe typy zadań: zadania typu A, czyli takie, które zajmują 15% czasu, jaki jest do dyspozycji, a dające 65% efektu, zadania typu B, zajmujące 20% czasu i dające 20% efektu, zadania typu C, zabierające 65% czasu i dające 15% efektu oraz zadania typu D, które nie dają żadnego efektu[240].

Kolejną metodą wspomagającą zarządzanie czasem pracy jest metoda 20/80, zwana powszechnie zasadą Pareto. Zasada ta mówi, że 80% wyników wypływa tylko z 20% przyczyn. Inaczej mówiąc skromniejszymi środkami i mniejszym wysiłkiem można osiągnąć

[238] Na podstawie: Wyznaczanie celów pracownikowi, Internet, http://kadry.nf.pl/Artykul/6320/ (3 maja 2009 r.). Szerzej na ten temat piszą Kostera M., Zarządzanie personelem…, op. cit., s. 24 oraz Zbiegień-Maciąg L., Kultura organizacji…, op. cit., s. 67.
[239] Na podstawie: metoda ALPEN, Internet, http://zarzadzanieczasem.blogspot.com/2008/09/23-planowanie-metoda-alpen.html (3 maja 2009 r.).
[240] Więcej na ten temat pisze Seiwert L. J., op. cit., s. 107-117.

większe efekty[241]. Liczb 80 i 20 nie należy traktować jako jedyne słuszne. Są one tylko najczęściej pojawiającymi się w obserwacjach. Równie dobrze może to być inna proporcja. Słuszne w tej zasadzie jest to, że nie zdarza się, aby 100% nakładów przynosiło 100% efektów. Kierując się tą zasadą należy wyszukiwać te czynności, które przynoszą największe efekty, pomijając inne, mniej wartościowe, optymalizując w ten sposób realizację celów[242].

Reguła 60/40 mówi o tym, że planować należy jedynie 60% czasu (dnia, tygodnia, miesiąca), a resztę, czyli około 40%, należy zostawić na zajęcia niezaplanowane, czyli różne nieprzewidziane zdarzenia oraz spontaniczne potrzeby (np. potrzeba relaksu po trudnym spotkaniu z klientem) [243], przy czym rozkład ten powinien przedstawiać się z trzech bloków: około 60% czasu powinno przypadać na czynności zaplanowane, około 20% czasu na czynności nieoczekiwane oraz około 20% czasu na czynności spontaniczne (zadania kierownicze, czas aktywności twórczej). Ponadto należy dokumentować i sprawdzać, na co czas ten jest wykorzystywany. W ten sposób można uzyskać stałą orientację w zarządzaniu czasem pracy, doświadczenie konieczne do oceny potrzebnego czasu w przyszłości oraz punkt wyjścia do polepszenia metodyki pracy i rozkładu czasu[244].

Prawo Parkinsona z kolei – w najogólniejszym ujęciu – mówi, że praca rozszerza się wprost proporcjonalnie do czasu wyznaczonego do jej wykonania[245]. W ujęciu zarządzania czasem pracy można zatem przyjąć, że im więcej czasu zostanie poświęcone na realizację celu, tym dłużej cel ten będzie realizowany.

Ostatnią z wymienionych metod wspomagających zarządzanie czasem pracy jest zasada Eisenhowera. W metodzie tej zadania przeznaczone do wykonania, dzielą się na 4 kategorie: A – cele (zadania) ważne i pilne, wymagające natychmiastowego działania lub wykonania w najbliższej przyszłości, B – cele (zadania) ważne i mało pilne, których realizację można odłożyć, C – cele (zadania) nieważne, ale pilne, czyli drugorzędne pod względem ważności,

[241] Szerzej piszą na ten temat Davidson J., Zarządzanie czasem, Liber Sp. z o. o., Warszawa 2002, s. 25-28; Dittmer R. E., Znakomita organizacja czasu, Wydawnictwo HELION, Gliwice 2008, s. 23 oraz Seiwert L. J., op. cit., s. 131-132.
[242] Szerzej Urban T., Zasada 80/20 (zasada Pareto), Internet, http://czas.ebiznes.org.pl/zasadapareto8020.htm (3 maja 2009 r.).
[243] Szerzej Znajmiecka-Sikora M., Planowanie zadań, czyli o tym jak właściwie zorganizować dzień pracy, Stowarzyszenie Rozwoju Kadr, Internet, http://www.srk.org.pl/artykul7.php (3 maja 2009 r.).
[244] Urban T., op. cit.
[245] Zienkiewicz T., Prawo Parkinsona: czas, Internet, http://ebizness.pl/index.php/content/view/34/163/ (3 maja 2009 r.).

które w pewnym momencie stały się rzeczami pilnymi oraz D – cele (zadania) nieważne i mało pilne – rutynowe[246].

Każda w wyżej przytoczonych metod zarządzania czasem jest nieodzownym elementem współczesnego zarządzania organizacją, także tak specyficzną, jaką jest placówka służby zdrowia. W literaturze przedmiotu jednak nie dokonano wyczerpującej analizy metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia, stąd w części empirycznej niniejszej pracy zaproponowane zostaną rozwiązania z zakresu metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia.

4.3. Podstawowe narzędzia zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia

Granice trwania pracy wyznaczają zakres podporządkowania czasowego pracownika w procesie pracy. Zakres ten poszerzono dodatkowo za pomocą takich instrumentów, jak np. dyżur czy podróż służbowa. Pozostały czas, który ma do dyspozycji pracownik, składa się na czas służący realizacji prawa do wypoczynku, zagwarantowanego w art. 66 ust. 2 Konstytucji RP z 1997 r.[247] Czas pracy ma bardzo ważne znaczenie dla organizacji oraz jej pracowników. Długość czasu pracy oraz jego organizacja regulują rytm życia zatrudnionego personelu, wyznaczają rozmiar czasu pozostającego na życie osobiste, społeczne i rodzinne, wypoczynek, naukę i uczestnictwo w kulturze[248]. Relacje między okresami pracy i wypoczynkiem mają także istotne znaczenie nie tylko dla jednostki, ale i dla całego społeczeństwa, co zresztą zostało potwierdzone doświadczeniem historycznym, praktyką oraz licznymi badaniami naukowymi[249].

We wszystkich regulacjach dotyczących czasu pracy w Polsce – poczynając od ustawy o czasie pracy z 1919 r.[250], a kończąc na regulacji zawartej w dziale szóstym Kodeksu pracy – brak jest definicji wielu pojęć, którymi posługuje się ustawodawca regulując maksymalny czas trwania pracy i zasady jego organizacji, często kluczowych dla prawidłowego

[246] Szerzej na ten temat Seiwert L. J., op. cit., s. 138-141; Urban T., Zasada Eisenhowera, Internet, http://czas.ebiznes.org.pl/zasada,eisenhowera.htm (3 maja 2009 r.) oraz Zakrzewska-Krzyś H., Jak efektywnie gospodarować swoim czasem, Internet, http://www.infor.pl/temat-dnia/ (3 maja 2009 r.).
[247] Art. 66 ust. 2 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. nr 78, poz. 483.
[248] Zob. np. Rycak M. B., Wymiar i rozkład czasu pracy, Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 13.
[249] Por. Nycz T., Ochronny charakter przepisów o czasie pracy – wybrane zagadnienia, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 3, 1999, s. 14 i n.
[250] Ustawa z dnia 18 grudnia 1919 r. o czasie pracy w przemyśle i handlu, tekst jedn. Dz. U. z 1933 r. nr 94, poz. 734 z późn. zm.

zarządzania czasem[251]. Stąd też konieczne jest zwrócenie uwagi na systematyzację narzędzi zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia.

4.3.1. Wymiar i norma czasu pracy

Wymiar czasu pracy – w ogólnym ujęciu – oznacza czas, w którym pracownik ma obowiązek pozostawać do dyspozycji pracodawcy. Takie też rozumienie „wymiaru czasu pracy" odpowiada większości definicji, które dotąd formułowano w literaturze.

W rozważaniach na temat pojęcia „wymiaru czasu pracy" W. Muszalski, wskazuje szereg uwag na temat pełnego i niepełnego wymiaru czasu pracy, z których wynika, że należy go rozumieć jako określony okres czasu pozostawania przez pracownika do dyspozycji pracodawcy w ciągu całego dnia, względnie w dłuższym okresie, co w efekcie umożliwia opracowanie bilansu zatrudnienia. Obok tego, autor dokonał rozróżnienia wymiaru czasu pracy od ustawowego, podkreślając, że określenie wymiaru czasu pracy może być dokonane jedynie w ramach obowiązujących przepisów o ustawowym czasie pracy. Określa on bowiem jedynie maksymalny dopuszczalny czas trwania pracy, ponad który nie można zatrudniać pracownika[252].

T. Zieliński pod pojęciem „wymiaru czasu pracy" rozumie „długość czasu, w jakim pracownik obowiązany jest pozostawać do dyspozycji zakładu pracy w obrębie każdego dnia i tygodnia roboczego. Długość tę określają dzienne i tygodniowe normy czasu pracy, czyli z góry określone przez ustawodawcę miary czasu"[253]. Podobnie uważa J. Pacho, definiując wymiar czasu pracy jako czas, w którym pracownik zobowiązany jest pozostawać w dyspozycji pracodawcy. Według niego wymiar czasu pracy, obok normy czasu pracy i rozkładu czasu pracy, jest głównym elementem instytucji prawnej czasu pracy. Wymiar czasu pracy określany jest w obrębie doby pracowniczej jednostkami miary czasu[254]. Wymiar ten może być ustalony w umowie o pracę, w ustawie lub wydanym na jej podstawie innym normatywnym akcie prawnym, ustalającym dzienne i tygodniowe normy czasu pracy. Wymiar czasu pracy można ujmować w znaczeniu szerszym i węższym. Wymiar czasu pracy

[251] Szerzej pisze też o tym Baron-Wiaterek M., Tools of Working Time Management, [in:] Bylok F., Cichobłaziński L. (ed.), Chosen Aspects of Managing Human Resources in Modern Organisations, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009, s. 81-87.

[252] Szerzej Muszalski W., Polskie instytucje prawne czasu pracy na tle porównawczym, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońkiego, Kraków, 1999, s. 35-46. Por. też Zieliński J., Prawo pracy. Przepisy, orzecznictwo i wyjaśnienia, Warszawa 1963, s. 355 i n.

[253] Szerzej Zieliński T., Prawo pracy. Zarys systemu. Część II. Prawo stosunku pracy, Warszawa-Kraków, 1986, s. 215.

[254] Pojęcie „doby pracowniczej" szczegółowo omawiane będzie w dalszej części niniejszego rozdziału. Warto tu zaznaczyć, iż jednostkami miary czasu w tym przypadku mogą być nie tylko minuty czy godziny – może to być np. wymiar zadań pracownika. Por. Rycak M. B., op. cit., s. 22.

w znaczeniu szerszym to okres pozostawania pracownika do dyspozycji pracodawcy w ciągu doby i tygodnia, ustalony w ustawie lub innym akcie prawnym. Natomiast wymiar czasu pracy w znaczeniu węższym stanowi okres pozostawania pracownika do dyspozycji pracodawcy w obrębie doby i przeciętnie na tydzień, co znajduje odzwierciedlenie w obustronnych ustaleniach stron w umowie o pracę[255]. Zbliżoną definicję wymiaru czasu pracy przytacza W. Masewicz, który definiuje go jako liczbę jednostek czasu, przez które pracownik obowiązany jest pozostawać do dyspozycji pracodawcy[256].

Biorąc pod uwagę występujące, zwłaszcza w prawie pracy, definicje wymiaru czasu pracy, należy podkreślić, iż jest to pojęcie wieloznaczne. Najogólniej rzecz ujmując oznacza on długość czasu (liczbę godzin), jaki pracownik jest zobowiązany przepracować w ciągu każdej doby i tygodnia na rzecz pracodawcy. Wymiar ten ustala pracodawca w rozkładach czasu pracy, biorąc pod uwagę regulacje prawne zawarte w przepisach Kodeksu pracy o czasie pracy[257].

Wymiar czasu pracy można też rozpatrywać w znaczeniu rozmiaru zatrudnienia, które oznacza, że czas pracy pracownika określają normy czasu pracy, powszechnie obowiązujące – dzienne i tygodniowe. Typowym dla zatrudnienia, zwłaszcza klasycznego, jest pełny czas pracy. Strony umowy o pracę mogą jednak indywidualnie ustalić np. niższy od maksymalnej normy czasu pracy wymiar czasu pracy oraz dostosować do niego odpowiednio niższe wynagrodzenie[258].

Kodeks pracy nie zawiera definicji „normy czasu pracy"[259]. Tymczasem pojęcie to jest niezbędnym narzędziem opisu i analizy przepisów dotyczących czasu pracy. Dlatego K. Rączka podkreśla, że definiowanie „normy czasu pracy" jest o tyle trudne, że sam Kodeks pracy od dłuższego czasu nie zachowuje konsekwencji w tym zakresie. Przez normę czasu pracy należy zatem rozumieć maksymalny dopuszczalny dobowy lub średniotygodniowy czas pracy, wynikający z uregulowania określonego przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa pracy. Normą jest więc maksymalny dopuszczalny wymiar w stosowanym do pracownika systemie czasu pracy[260]. Można stąd wyciągnąć wniosek, iż norma czasu pracy

[255] Szerzej Pacho J., Czas pracy. Zagadnienia prawne i społeczne, Warszawa 1986, s. 13.
[256] Szerzej Masewicz W., Czas pracy. Zagadnienia prawne organizacji pracy, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1977, s. 51.
[257] Tj. normy czasu pracy i dopuszczalne odstępstwa od tych norm, okresy nieprzerwalnego odpoczynku, przeciętnie pięciodniowy tydzień pracy, przesłanki stosowania danego systemu czasu pracy itp.
[258] Tzw. zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy (etatu), którego typowymi przykładami są: ½ etatu, ¾ itd. Por. Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit., s. 135.
[259] Szerzej Przymusiński C., Pojęcie norm czasu pracy w Kodeksie pracy, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego", nr 1, 1975, s. 5 i n.
[260] Szerzej Rączka K., Nowe pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 3, 2004, s. 24-25.

oraz wymiar czasu pracy to pojęcia używane jako synonimy. Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku pracy, w ramach normy nie wystąpi np. praca w godzinach nadliczbowych. Może to być z kolei źródłem nieporozumień i trudności, dlatego w literaturze poszukuje się wykładni spójnej, jak chociażby koncepcji wskazującej na istnienie norm ogólnych, wynikających z treści ustawy, oraz norm indywidualnych, wynikających z obowiązującego pracownika rozkładu czasu pracy[261].

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[262] oraz Kodeks pracy precyzują normy czasu pracy dla poszczególnych grup pracowniczych. Lekarzy – podobnie jak i większość pracowników służby zdrowia – obowiązują normy czasu pracy wynikające z przepisu art. 32g ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym czas pracy nie może przekroczyć 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień. Podobna norma czasu pracy dotyczy pielęgniarek i innych pracowników medycznych[263]. Takie same normy czasu pracy dotyczą rehabilitantów i logopedów[264]. Natomiast jak wynika z art. 32g ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, norma czasu pracy pracowników zatrudnionych w zakładach (lub pracowniach):

- radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego,
- fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów[265]

nie może przekroczyć w sumie 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień – w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. W przypadku osób niewidomych dobowa norma czasu pracy nie może przekroczyć 6 godzin i przeciętnie 30 godzin w tygodniu. Ustawodawca dopuszcza jednak, by pracownicy ci pracowali w godzinach nadliczbowych, z zastrzeżeniem, że będzie to praca tylko w wymiarze jednej godziny, gdyż najczęściej są to osoby o znacznym

[261] Szerzej Nycz T., Pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny", nr 8, 2004, s. 218 i n.
[262] Tekst jednolity, Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.
[263] Pracownicy medyczni bywają również zatrudniani w instytutach naukowo-badawczych, w związku z czym nasuwają się wątpliwości, jakie normy czasu pracy ich obowiązują. Odpowiedź zawiera art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych, który stanowi, że do czasu pracy pracowników jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, stosuje się odpowiednio przepisy o czasie pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2001 r. nr 33, poz. 388 ze zm.
[264] Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż przed nowelizacją przepisów dotyczących czasu pracy, czyli do dnia 31 grudnia 2007 r., pracownikom tym przysługiwało 6 godzin na podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Natomiast po nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie istnieje przepis odpowiadający art. 32g ust. 6. Tym samym pracownicy ci zobowiązani są do podnoszenia swoich kwalifikacji poza godzinami pracy lub w ramach kursów organizowanych przez pracodawcę w ramach zatrudnienia. Zob. art. 32g ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity, Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.
[265] Art. 32g ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity, Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.

lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które obowiązuje 7 godzinna dobowa norma czasu pracy[266]. W przypadku pracowników technicznych, obsługi oraz gospodarczych mają zastosowanie przepisy art. 32g ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z nimi dobowa norma czasu pracy tych pracowników wynosi 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w pięciodniowym tygodniu pracy[267].

4.3.2. Doba pracownicza

Pojęcie „doby", którym przepisy prawa posługiwały się od dawna, zostało zdefiniowane w Kodeksie pracy dopiero nowelizacją z listopada 2003 r.[268] Wcześniej definicję taką wprowadzono w ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. o czasie pracy kierowców[269]. W literaturze z zakresu prawa pracy pojęcie „doby" w rozumieniu nowo wprowadzonej definicji było powszechnie przyjmowane. Dlatego w tym miejscu należy odnieść się do rozważań B. Wagner, której analiza pojęcia „doba" dotyczy także relacji z takimi pojęciami, jak: dniówka pracownicza, dzień wolny i dzień kalendarzowy[270]. Dlatego też zdefiniowanie doby przez Kodeks pracy jest bardzo istotnym momentem dla analizy i rozwoju przepisów o czasie pracy[271].

Zgodnie z przyjmowaną definicją, dobę należy rozumieć jako 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy. Wprawdzie doba pracownicza obejmuje kolejne 24 godziny, jednak nie muszą one pokrywać się z dobą astronomiczną i mogą przypadać na godziny różnych dni kalendarzowych. Istotne jednak jest, że są to kolejne 24 godziny, z których zawsze 8 przypada na porę nocną, a 16 – na porę dzienną, w których rozliczana jest dobowa norma czasu pracy. Takie podejście zostało zdefiniowane na potrzeby rozliczania czasu pracy[272].

Należy jednak wskazać, że doba nie powinna być utożsamiana z pojęciem dnia. Ustawodawca, definiując pojęcie doby, nie pozostawia możliwości interpretowania pojęcia „dzień" inaczej niż dzień kalendarzowy. Uwaga ta dotyczy zarówno przypadków, w których ustawodawca wprost używa sformułowania „dzień kalendarzowy", jak i tych, w których mówi się o dniu. Zawartą w Kodeksie pracy definicję doby, A. Sobczyk ocenia krytycznie, twierdząc, że ustawodawca skupił się wyłącznie na związku doby w kontekście nadgodzin i

[266] Wynika to z art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz. U. nr 123, poz. 776 ze zm.
[267] Szerzej Ciborski P., Czas pracy…, op. cit., s. 13-24.
[268] Dz. U. z 2003 r. nr 213, poz. 2081.
[269] Dz. U. nr 123, poz. 1354 z późn. zm.
[270] Szerzej Wagner B., Pojęcia dnia pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 2, 1985, s. 17 i n.
[271] Więcej na ten temat Sobczyk A., Zasady…, op. cit., s. 145.
[272] Por. Rycak M. B., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 36.

dobowego wypoczynku i nie dostrzegając tym samym jej szerszego aspektu[273]. Dlatego poszukuje się relacji pojęć „doba" i „dzień" na płaszczyźnie funkcjonalnej[274], która przemawia za przyjęciem, że w przypadkach, w których Kodeks pracy posługuje się pojęciem dnia bez bliższego określenia, jest to pojęcie tożsame z pojęciem doby[275]. Wykładnia ta nie dotyczy już jednak przypadków, w których Kodeks pracy używa pojęć kalendarzowych oraz nazw dni, co w znacznym stopniu rozwiewa wątpliwości związane chociażby z pracą w dni ustawowo wolne od pracy oraz rozstrzyga sporne kwestie urlopowe[276].

4.3.3. Tydzień pracowniczy i okres rozliczeniowy

Począwszy od 1 stycznia 2004 r. Kodeks pracy definiuje pojęcie „tygodnia" na potrzeby rozliczania czasu pracy. Zgodnie z treścią jego art. 128 § 3 pkt 2 przez tydzień należy rozumieć siedem kolejnych dni kalendarzowych, poczynając od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego. Wynika z tego, że okresy rozliczeniowe – niezależnie od swojej długości – zaczynają się o godzinie 0^{00} pierwszego dnia, a kończą o godzinie 24^{00} dnia następnego. W efekcie dochodzi więc do rozmijania się pojęcia doby oraz tygodnia. Jeżeli pracownik pracuje w porze nocnej pierwszego lub ostatniego dnia okresu rozliczeniowego, to jego czas pracy z takiej zmiany należy rozdzielić odpowiednio do poszczególnych okresów rozliczeniowych. Okresy rozliczeniowe nie mogą być bowiem liczone w dobach pracowniczych[277].

W związku ze wskazanymi wcześniej dobowymi i tygodniowymi normami czasu pracy, przy równoczesnej potrzebie zachowania funkcji ochronnej prawa pracy, Kodeks pracy posługuje się konstrukcją okresów rozliczeniowych. Pojęcie to nie jest przedmiotem definicji legalnej. Biorąc jednak pod uwagę wyraźnie widoczną funkcję tej instytucji, można przyjąć, że stanowi on okres czasu mierzony w jednostkach kalendarzowych, w ramach którego pracodawca powinien rozliczyć czas pracy pracownika zarówno co do godzin, jak i dni. W. Masewicz podkreśla, że przez rozliczenie należy rozumieć doprowadzenie do wyrównania czasu pracy do wymiaru wynikającego z art. 130 Kodeksu pracy albo też wypłatę dodatkowego wynagrodzenia za pracę w nadgodzinach. Autor określa też okres rozliczeniowy mianem instrumentu służącego badaniu zachowania norm czasu pracy[278].

---

[273] Ibidem, s. 148.
[274] Szerzej Rączka K., Dodatkowe dni wolne od pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 12, 1997, s. 32.
[275] Więcej pisze o tym Nycz T., Wybrane problemy czasu pracy, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny", nr 7, 2004, s. 186 i n.
[276] Szerzej Sobczyk A., Urlop na żądanie, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 7, 2004, s. 12 i n. oraz Nycz T., Nowe zasady urlopowe, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny", nr 3, 2004, s. 70.
[277] Problematyka okresów rozliczeniowych będzie poruszana w dalszej części niniejszego rozdziału.
[278] Por. Masewicz W., Czas pracy…, op. cit., s. 37.

Warto zaznaczyć, iż Kodeks pracy wprowadza maksymalne długości okresów rozliczeniowych i nie zamyka jednocześnie możliwości stosowania krótszych, w zależności od potrzeb pracodawcy. Można przy tym dostrzec wyraźną zależność, polegającą na tym, że wydłużeniu dopuszczalnego dobowego wymiaru czasu pracy towarzyszy automatyczne skracanie okresu rozliczeniowego. Wskazuje to, że ustawodawca stara się przeciwdziałać nadmiernej nierównomierności obciążenia pracą w różnych miesiącach, co można uzasadniać takimi wartościami jak ochroną zdrowia lub ochroną rodziny. Należy odnotować istnienie regulacji, które uwzględniają potrzeby pracodawcy związane ze specyfiką jego działalności, zezwalając wyjątkowo na długie okresy rozliczeniowe[279].

Określając długość okresów rozliczeniowych, Kodeks pracy posługuje się pojęciami miesięcy. W tym wypadku przyjmuje się za Kodeksem cywilnym, że miesiąc to 30 dni. Okresy rozliczeniowe liczone w miesiącach kalendarzowych rozpoczynają się o godzinie 0^{00}, a kończą się o godzinie 24^{00}. W tym kontekście – skoro tydzień liczony jest w kategoriach kalendarzowych, o czym była mowa wcześniej – miesięczny okres rozliczeniowy powinien być liczony w ten sam sposób[280].

Warto jeszcze dodać, że Kodeks pracy nie ogranicza pracodawcy w różnicowaniu okresów rozliczeniowych w stosunku do różnych grup pracowników. Nie wprowadza także ograniczeń w tym, aby na przestrzeni roku kalendarzowego lub też innych okresów stosować zróżnicowane systemy i rozkłady czasu pracy. Warunkiem jest jednak zakończenie poprzednich okresów rozliczeniowych. Ponadto, z treści § 1 art. 129 Kodeksu pracy wynika, że czas pracy rozliczany jest w przyjętym u danego pracodawcy okresie rozliczeniowym. Z kolei z treści art. 104^1 § 1 pkt 3 oraz art. 150 § 1 Kodeksu pracy wynika jednoznacznie, że okresy rozliczeniowe powinny być określone w regulaminie pracy[281].

---

[279] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza ustalenie okresów rozliczeniowych o długości maksymalnie 12 tygodni. W tak przyjętym okresie czas pracy nie może przekroczyć liczby godzin wynikających z pomnożenia normy dobowej czasu pracy dla danej grupy pracowników oraz liczby kalendarzowych dni roboczych z wyłączeniem dodatkowych dni wolnych od pracy oraz niedziel i świąt przypadających w danym okresie rozliczeniowym. Ustawa posługuje się przy tym nieznanym już Kodeksowi pracy pojęciem dodatkowych dni wolnych od pracy. Wynika to z faktu, że nowelizacjom Kodeksu pracy nie towarzyszyły stosowne zmiany w analizowanej tu ustawie. Podobnie jak w regulacji Kodeksowej, czas pracy wynikający z norm dobowych oraz wymiar czasu pracy ulega obniżeniu w okresie rozliczeniowym o liczbę godzin usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy przypadającą do przepracowania w okresie nieobecności zgodnie z przyjętym rozkładem czasu pracy, tekst jednolity, Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.

[280] Art. 130 Kodeksu pracy.

[281] Szerzej Sobczyk A., Zasady…, op. cit. s. 162.

4.3.4. Rozkłady i systemy czasu pracy

Zarządzanie czasem pracy pozostaje w ścisłej korelacji z formą więzi łączącej strony stosunku pracy[282], która – jak już wskazano – charakteryzuje się podporządkowaniem pracownika pracodawcy (poprzez włączenie go w ustalone w zakładzie pracy reguły funkcjonowania organizacji i porządek pracy). Kluczowym elementem zarządzania czasem pracy są systemy i rozkłady czasu pracy[283].

Próby stworzenia definicji rozkładu czasu pracy były podejmowane w literaturze przedmiotu wielokrotnie, jednak do tej pory spór o prawidłowe rozumienie wskazanego terminu nie został rozwiązany. Pojęcie rozkładu czasu pracy występuje w Kodeksie pracy w dwóch różnych znaczeniach. Pierwsze z nich odnosi się do modelu organizacji czasu pracy w ramach danego systemu[284]. Natomiast od rozkładu czasu pracy w rozumieniu modelu czasu pracy należy odróżnić rozkład czasu pracy ustalony dla danego pracownika[285]. Rozkład czasu pracy definiuje się też jako określony przez pracodawcę sposób zagospodarowania wymiaru czasu pracy ustalonego dla pracowników w poszczególnych dniach roboczych i tygodniach pracy, który również obejmuje terminy dodatkowych dni wolnych od pracy. A zatem, z punktu widzenia pracowników, rozkład czasu pracy można określić jako układ godzin pracy przypadających do przepracowania w okresie dnia, tygodnia czy okresu rozliczeniowego[286].

Nieco inne podejście prezentuje W. Muszalski, według którego rozkładem czasu pracy jest ustalony porządek pracy w zakładzie, który „określa czas trwania pracy w ciągu dnia, jej początek i zakończenie, przerwy, dni wolne od pracy oraz ilość zmian"[287]. Bardzo istotne przy tym jest wyraźnie zaznaczenie, że taki rozkład pracy nie może naruszać obowiązujących przepisów o czasie pracy, a jego ustalanie powinno następować zgodnie z zasadami prawidłowej organizacji pracy[288]. W innym ujęciu rozkład czasu pracy to „sposób

---

[282] Art. 22 § 1 Kodeksu pracy.

[283] Ich uregulowanie może nastąpić w regulaminie pracy lub układzie zbiorowym pracy. Natomiast – jeśli pracodawca nie ma obowiązku prowadzenia takich aktów – w ramach uprawnień dyrektywnych pracodawcy. Por. np. Chobot A., Czas pracy w znowelizowanym Kodeksie pracy, Wydawnictwo Poznańskie Sp. z o. o., Poznań 2003, s. 84 oraz cytowana tam literatura.

[284] Wtedy przez rozkład czasu pracy rozumieć należy określenie dni tygodnia, w których praca może być świadczona, oraz godziny pracy pracowników lub poszczególnych grup pracowników w poszczególnych dniach. W takim znaczeniu należy rozumieć rozkład, o którym mowa w przepisach o regulaminie pracy. Szerzej Sobczak A., op. cit., s. 159.

[285] Tzw. harmonogram. Podobnego zdania jest też T. Nycz, który definiuje harmonogram czasu pracy jako „sposób zagospodarowania czasu pracy w przyjętym systemie lub rozkładzie, zawierający godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy, przerwy w pracy oraz dni wolne od pracy. Harmonogram może mieć charakter indywidualny lub zbiorowy". Zob. Nycz T., Ochronny charakter przepisów o czasie pracy, Kraków-Tarnobrzeg 2000, s. 9 oraz Kubot Z., Harmonogramy Pracy. Karty czasu pracy. Karty wynagrodzeń, KLEMAR, Wrocław 2008, s. 2-20.

[286] Szerzej Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit. s. 140.

[287] Szerzej Muszalski W., Polskie instytucje prawne czasu pracy na tle porównawczym, op. cit., s. 89.

[288] Tamże.

zagospodarowania nominału czasu pracy wynikającego z danego systemu czasu pracy z uwzględnieniem dopuszczalnych w jego ramach maksymalnych norm czasu pracy, okresów rozliczeniowych oraz przerw w pracy"[289].

Mając na względzie różnice w definiowaniu pojęcia „rozkładu czasu pracy" należy przyjąć, że jest to „sposób rozplanowania czasu, w którym pracownik jest zobowiązany pozostawać do dyspozycji pracodawcy, w poszczególnych dniach i tygodniach okresu rozliczeniowego"[290].

Z kolei system czasu pracy określa zarówno dopuszczalny wymiar czasu pracy, jak i zasady rozłożenia tego wymiaru w poszczególnych dniach, tygodniach czy miesiącach. W opracowaniach z zakresu czasu pracy definiuje się system czasu pracy jako „odrębny rodzaj norm o czasie pracy regulujących nie tylko wymiar czasu pracy, ale także inne sprawy z tym związane, a w szczególności liczbę dodatkowych dni wolnych od pracy, sposób rozliczania czasu i jego rozkład"[291]. Podkreśla się, że jest to „odrębny rodzaj czasu pracy określający charakterystyczne dla niego normy dobowe i tygodniowe, ale także inne kwestie, np. sposób rozliczania czasu i tworzenia rozkładu"[292].

Bardziej rozbudowaną definicję systemu czasu pracy prezentuje K. Rączka, dla którego system ten jest „konstrukcją prawną wyznaczającą sposób organizacji czasu pracy. Elementami tej konstrukcji są przede wszystkim sposób określania czasu pracy oraz normy czasu pracy – dobowa, przeciętna tygodniowa. Elementami uzupełniającymi natomiast są okresy rozliczeniowe, dopuszczalność stosowania przerwy nie wliczanej do czasu pracy oraz z góry założona praca w niedziele i święta"[293].

Zbliżony pogląd prezentują także inni autorzy, dla których system czasu pracy to „wyodrębniony w przepisach prawa pracy zespół elementów organizacji czasu pracy – obejmujący przede wszystkim: przesłanki stosowania danej organizacji pracy, dopuszczalne wydłużenia wymiaru czasu pracy, maksymalną długość okresu rozliczeniowego, tryb wprowadzenia. Wśród dodatkowych elementów wyróżnić można rozkład czasu pracy (np. możliwość wprowadzania przerw niewliczanych do czasu pracy) i sposób jego rozliczania (np. w oparciu o normę dobową)"[294].

---

[289] Szerzej Rączka K., Ustalanie systemów i rozkładów czasu pracy na gruncie Kodeksu pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 4, 2004, s. 30.
[290] Więcej na ten temat pisze Rycak M. B., Wymiar i rozkład…, op. cit. s. 60.
[291] Zob. Masewicz W., Czas pracy po nowelizacji Kodeksu pracy, Wydawnictwo „Biblioteczka Pracownicza", Warszawa 1996, s. 26.
[292] Por. Bessaraba R., Różańska A., Czas pracy, BESSARD-CONSULTING, Warszawa 2002, s. 20.
[293] Szerzej Rączka K., Systemy czasu pracy w znowelizowanym Kodeksie pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 2, 2004, s. 70.
[294] Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit. s. 137.

Kodeks pracy przewiduje następujące systemy organizacji czasu pracy[295]:

- system podstawowy,
- system równoważnego czasu pracy,
- system pracy w ruchu ciągłym,
- system przerywanego czasu pracy,
- system zadaniowy,
- system skróconego tygodnia pracy,
- system „pracy weekendowej",
- system skróconego czasu pracy.

Natomiast, niezależnie od Kodeksu pracy, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej dopuszcza stosowanie dwóch systemów czasu pracy. Są to system czasu pracy podstawowy oraz równoważny. W każdym ze wskazanych systemów występuje możliwość wprowadzenia pracy zmianowej. Może ona mieć zastosowanie do pracowników wykonujących zawody medyczne oraz do pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych[296]. Istotne cechy charakterystyczne dla obu systemów czasu pracy przedstawione zostały w tablicy nr 7.

Tablica 7. Systemy czasu pracy stosowane w jednostkach służby zdrowia

Cechy charakterystyczne	System czasu pracy	
	Podstawowy	**Równoważny**
Przesłanki stosowania	Dotyczy każdego pracownika, o ile nie obejmuje go inny, wprowadzony we właściwy sposób, system czasu pracy	- Jeśli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją; - Przy pracach polegających na dozorze urządzeń lub związanych z częściowym pozostawaniem w pogotowiu do pracy; - Przy pilnowaniu mienia lub ochronie osób, a także dla pracowników zakładowych straży pożarnych i zakładowych służb ratowniczych; - Typowy dla pielęgniarek i położnych.

[295] Por. art. 129, 135 – 140, 143 – 145 Kodeksu pracy. Należy zaznaczyć, iż w każdym systemie czasu pracy dopuszcza się pracę na zmiany robocze, a na pisemny wniosek pracownika możliwe jest wprowadzenie – w ramach systemu, którym jest on objęty – indywidualnego rozkładu czasu pracy. Por. art. 146 i 142 Kodeksu pracy.

[296] Więcej na ten temat pisze Rycak M. B., Czas pracy…, op. cit., s. 43.

Tablica 7. Systemy czasu pracy stosowane w jednostkach służby zdrowia (ciąg dalszy)

Maksymalna długość okresu rozliczeniowego	1 – 3 miesięcy.	1-4 miesięcy w szczególnie uzasadnionych przypadkach.
Cechy specyficzne	Obowiązek ustalenia rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy	- Przedłużony dobowy wymiar czasu pracy musi być równoważony krótszym dobowym wymiarem czasu pracy w niektórych dniach lub dniami wolnymi od pracy; - Bezpośrednio po każdym okresie wykonywania pracy w przedłużonym dobowym wymiarze czasu pracy pracownikowi przysługuje odpoczynek przez czas odpowiadający co najmniej liczbie przepracowanych godzin.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit. s. 138 oraz ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity, Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.

Wprowadzając równoważny system czasu pracy, pracodawca powinien mieć na uwadze, że jest odpowiedzialny za organizowanie pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy[297]. Nie powinien zatem wprowadzać pracy w wydłużonym wymiarze dobowym, jeżeli prace są ciężkie lub monotonne, gdyż może to powodować zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, a pracodawca może być obciążony odpowiedzialnością za takie działanie. Ponadto należy zaznaczyć, że wydajność pracy umysłowej w wymiarze dłuższym niż 8 godzin jest dużo mniejsza, dlatego niepraktyczne jest wprowadzanie równoważnego czasu pracy dla pracowników umysłowych. Mając to na względzie należy podkreślić, że system równoważnego czasu pracy daje pracodawcy możliwości innego zagospodarowania czasu pracy w okresie rozliczeniowym, ale wymiar czasu pracy jest taki sam, jak w przypadku podstawowego czasu pracy[298].

[297] Por. art. 207 Kodeksu pracy.

[298] Pracodawca w systemie równoważnego czasu pracy może wydłużyć wymiar dobowy do 12 godzin, ale w zależności od jego potrzeb pracownicy mogą pracować po 9, 10 albo 11 godzin. Ponadto, równoważąc pracę w takich wydłużonych wymiarach dobowych, pracodawca może udzielać pracownikom większej liczby dni wolnych od pracy, ale może także polecać im pracę w krótszym wymiarze w innych dniach, np. po 2, 4, czy 6 godzin. W takich przypadkach pamiętać należy, że pracownik musi mieć zapewnioną odpowiednią liczbę dni wolnych od pracy, która powinna być równa minimum sumie niedziel, świąt oraz dni wolnych wynikających z pięciodniowego tygodnia pracy. Ciekawej analizy systemów czasu pracy dokonuje zespół C. H. Beck. Por. Systemy czasu pracy, Internet, http://www.prawo.egospodarka.pl/31418 (16 listopada 2008 r.).

Ustawodawca dopuszcza również stosowanie w jednostkach ochrony zdrowia pracy zmianowej, definiowanej jako wykonywanie pracy według ustalonego z góry rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni, dopuszczalnej w każdym systemie czasu pracy[299]. W praktyce oznacza to jednak, że praca zmianowa może mieć miejsce jedynie wtedy, gdy spełnione zostaną następujące warunki[300]:

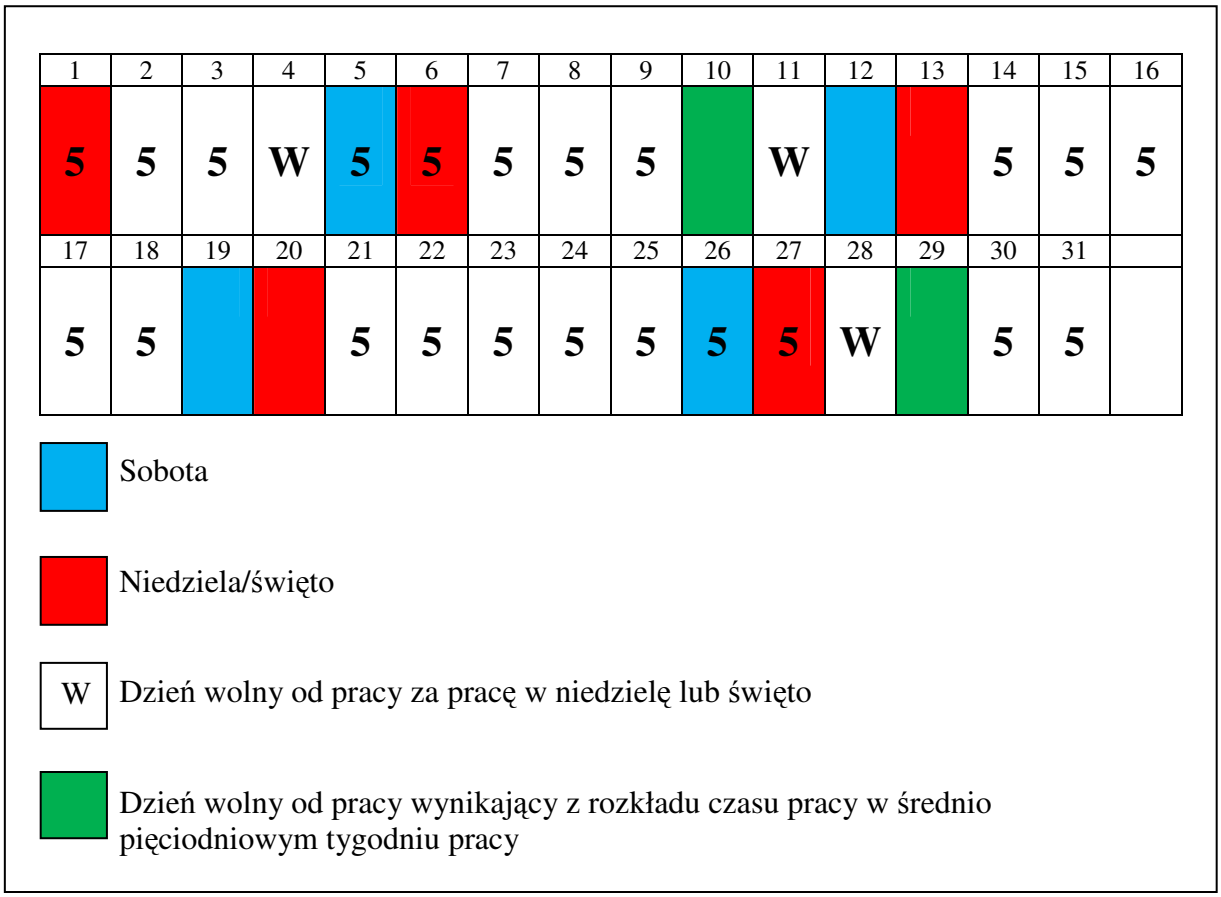
- rozkład czasu pracy został zaplanowany z góry (został zaplanowany na dany okres rozliczeniowy),
- rozkład czasu pracy przewiduje zmianę pory wykonywania pracy co najmniej dwóch pracowników po upływie określonej jednostki czasu.

Jak już wcześniej wspomniano, praca zmianowa może odbywać się zarówno w podstawowym, jak i równoważnym systemie czasu pracy[301]. Również w dyrektywie nr 2003/88/WE znaleźć można odniesienie do pracy w systemie zmianowym. Określono ten rodzaj czasu pracy jako każdą formę organizacji pracy w systemie zmianowym, zgodnie z którym pracownicy zmieniają się na tych samych stanowiskach pracy według określonego harmonogramu, łącznie z systemem następowania po sobie, który może mieć charakter nieprzerwany lub przerwany oraz pociąga za sobą konieczność wykonywania pracy przez pracownika o różnych porach w ciągu określonych dni lub tygodni[302].

Przykładowe planowanie czasu pracy w postaci harmonogramów czasu pracy (tzw. grafików) przedstawiają znajdujące się poniżej rysunki. Na rysunku nr 8 przedstawiono przykład harmonogramu jednomiesięcznego dla pracowników, których czas pracy wynosi 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin tygodniowo. Okres rozliczeniowy wynosi 1 miesiąc, każda sobota jest dniem wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

[299] Art. 128 § 2 pkt 1 oraz art. 146 Kodeksu pracy.
[300] Szerzej Rycak M. B., Czas pracy…, op. cit., s. 44.
[301] Może też mieć oczywiście miejsce w systemie ruchu ciągłego, jednak nie ma on zastosowania w przypadku jednostek ochrony zdrowia. Por. art. 138 Kodeksu pracy.
[302] Dyrektywa nr 2003/88/WE, Dz. Urz. L. 299/9 z dnia 18 listopada 2003 r.

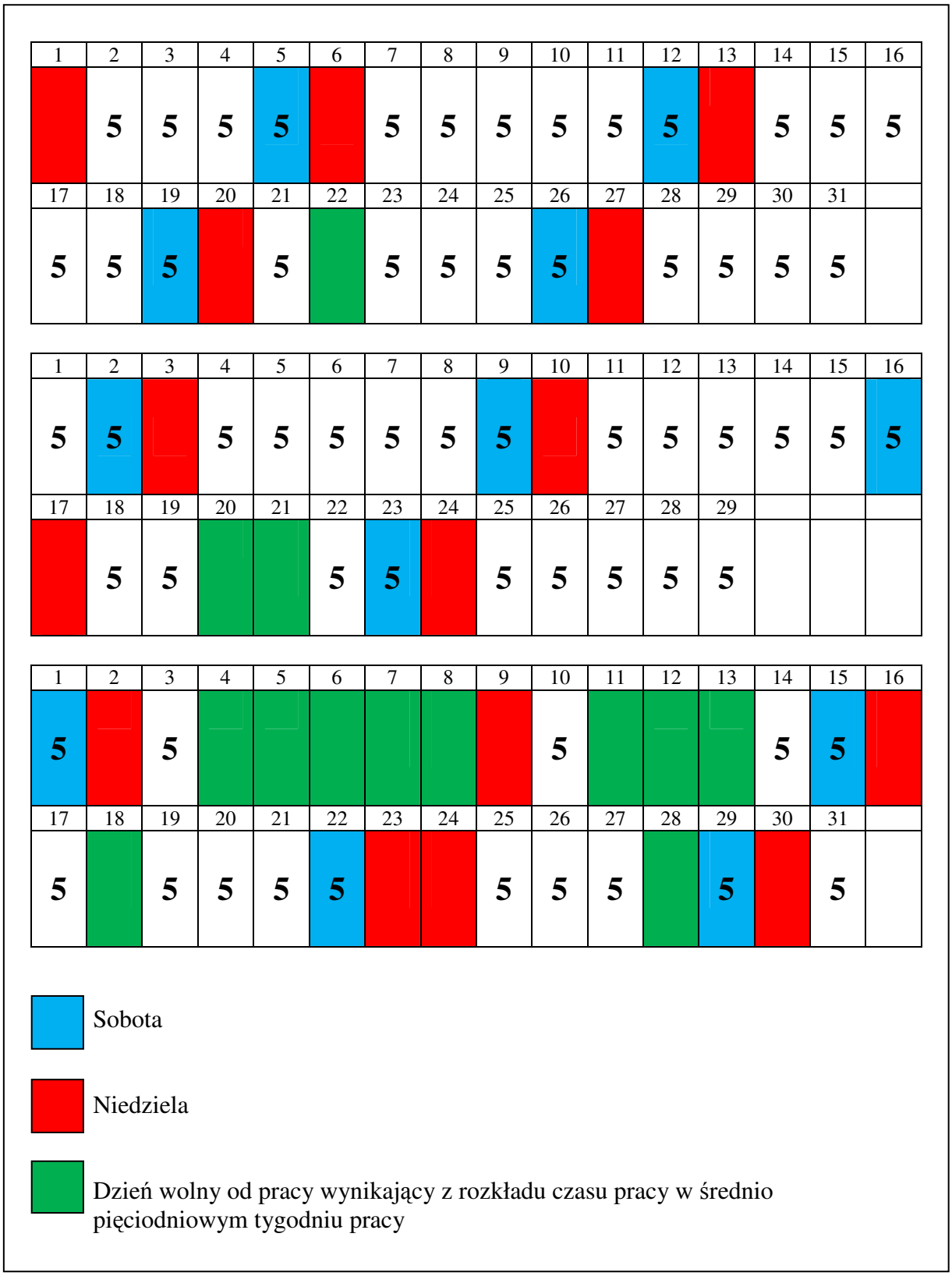
Rysunek 8. Harmonogram jednomiesięczny, pięciogodzinny czas pracy



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek nr 9 przedstawia przykład trzymiesięcznego harmonogramu dla pracowników, których czas pracy wynosi 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin tygodniowo. Praca potencjalnie może być świadczona od poniedziałku do soboty w systemie jednozmianowym; w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym wyznaczono dla pracownika tyle dni wolnych od pracy wynikających z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, ile w tym czasie przypada sobót.

Rysunek 9. Harmonogram trzymiesięczny, pięciogodzinny czas pracy

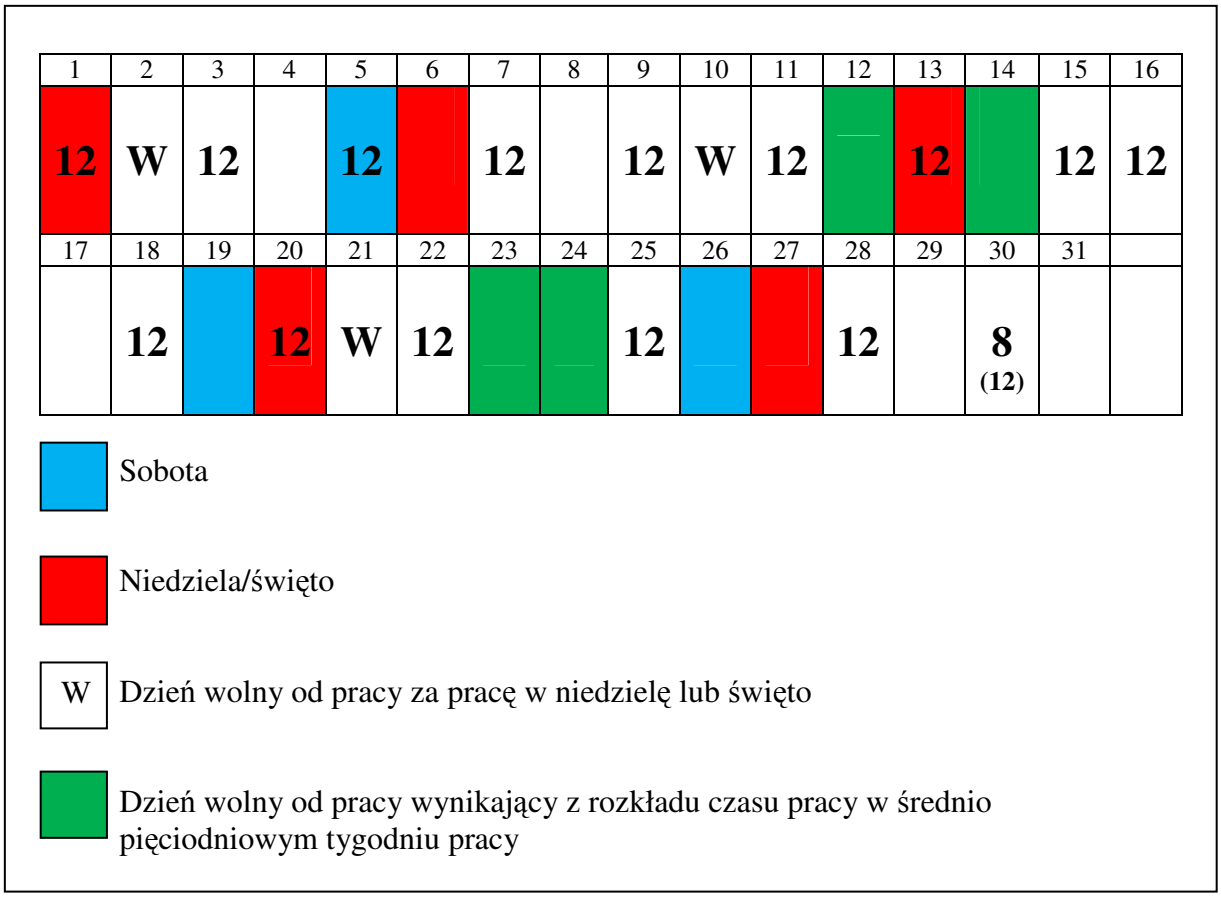


Źródło: Opracowanie własne.

Na rysunku nr 10 przedstawiono z kolei przykład rozkładu czasu pracy wynoszącego 12 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin tygodniowo w jednomiesięcznym okresie

rozliczeniowym. W okresie tym wymiar czasu pracy wynosi 176 godzin, czyli 22 dni pracy. Dzieląc ten wymiar przez wydłużony wymiar dobowy, wynoszący 12 godzin, otrzymuje się 14 dni pracy po 12 godzin oraz jeden dzień 8 godzinnej pracy. Jeżeli w takim dniu pracownik będzie pracował nadal 12 godzin, oznacza to jego pracę w godzinach nadliczbowych w wymiarze 4 godzin. W okresie rozliczeniowym należy udzielić tyle dni wolnych od pracy ile w tym czasie przypada sobót.

Rysunek 10. Harmonogram jednomiesięczny, dwunastogodzinny czas pracy, system równoważnego czasu pracy



Źródło: Opracowanie własne.

4.3.5. Pojęcie dyżuru medycznego

Instytucja dyżuru[303] jest normatywnym wyjątkiem od zasady, że pozostawanie pracownika do dyspozycji pracodawcy w miejscu przez pracodawcę wskazanym jest czasem pracy[304].

[303] Na potrzeby niniejszej pracy używane jest pojęcie „dyżuru medycznego". W praktyce jednak, po nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, pojęcie to jest błędne i nie powinno być stosowane. Znowelizowana

Do dnia 31 grudnia 2007 r. dyżury medyczne nie były wliczane do czasu pracy, a ich liczba nie mogła przekraczać dwóch tygodniowo i ośmiu miesięcznie. Ponadto, za czas pełnienia dyżuru medycznego nie przysługiwał czas wolny od pracy. Jedynie, w uzasadnionych przypadkach, ordynator (kierownik) mógł zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia[305]. Nowelizacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, wynikająca z przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na nowo określiła treść art. 32j ustawy z 1991 r., w wyniku czego czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy. Tak jak dotychczas, do pełnienia dyżuru medycznego mogą być zobowiązani lekarze oraz inni pracownicy posiadający wykształcenie wyższe wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych[306]. W efekcie budzi to wiele kontrowersji, sprzeczności i niejasności, które wymagają wyjaśnienia.

Specyfika dyżuru medycznego, wyrażająca się w odstępstwach od powszechnej regulacji przyjętej w Kodeksie pracy, a także w faktycznych warunkach pełnienia dyżuru medycznego, powoduje – zdaniem Z. Kubota – odmienność tej instytucji od pracy w godzinach nadliczbowych w rozumieniu art. 151 § 1 Kodeksu pracy. „Dyżur medyczny" to pojęcie używane w orzecznictwie sądowym[307] oraz piśmiennictwie prawniczym[308].

Udział Polski w strukturach Unii Europejskiej spowodował zmiany w zakresie specyfiki dyżurów medycznych. Stało się tak w następstwie obowiązywania dyrektywy 93/104 oraz wydanych na jej podstawie wyroków Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich. Definicja czasu pracy zawarta w art. 2 dyrektywy 93/104, a następnie w art. 2 dyrektywy 2003/88, wyrok Trybunału Sprawiedliwości WE w sprawie Simap oraz wyrok w sprawie Jaeger – przesądzają o kwalifikowaniu dyżuru medycznego jako czasu pracy. Zdaniem Z. Kubota w konsekwencji tego nastąpił konflikt pomiędzy normami wspólnotowymi a art. 32j ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2007 r.[309] Sądy rozpatrujące roszczenia lekarzy za pełnione dyżury medyczne nie mogą

---

ustawa określa bowiem w szczególny sposób „dyżur medyczny" jako pełnienie całodobowej opieki nad pacjentami. Pojęcie „dyżuru medycznego" używane jest w niniejszych rozważaniach jedynie umownie.

[304] Jeszcze w okresie przed kodyfikacją prawa pracy okresy takie nazywano pogotowiem do pracy. Por. Józefowicz A., Pogotowie do pracy, „Państwo i Prawo", nr 12, 1970, s. 927 i n.

[305] Szerzej Rycak M. B., Czas pracy…, op. cit., s. 115.

[306] Więcej pisze na ten temat Ciborski P., Czas pracy…, op. cit. s. 49.

[307] Por. m. in. uzasadnienie wyroku TK z 16 października 2006 r., K 25/05, ZU OTK 2006, nr 9, poz. 122.

[308] Szerzej Kubot Z., Dyżur medyczny po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, KLEMAR, Wrocław 2005, s. 16-17.

[309] Szerzej Kubot Z., Specyfika dyżurów medycznych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 1, 2008, s. 18.

stosować art. 32j ust. 2 tej ustawy, według którego czas pełnienia dyżuru medycznego nie wlicza się do czasu pracy[310]. Zaliczenie dyżuru do czasu pracy oznacza, że jako czas pracy powinien on być oceniony nie tylko według przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale także przepisów Kodeksu pracy oraz norm wspólnotowych[311].

Specyfiką dyżuru medycznego jest jego dobowy wymiar. W praktyce dyżury medyczne pełnione są w wymiarze 16 godzin i 25 minut (po 7 godzinach i 35 minutach pracy w normalnych godzinach) oraz w wymiarze 24 godzin (w soboty, niedziele i święta). Taki wymiar dyżuru medycznego wiąże się z tym, że jest realizowany poza godzinami normalnej ordynacji danego oddziału[312]. Takie ukształtowanie wymiaru godzin umożliwiał art. 32j ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu do 31 grudnia 2007 r., który nie zaliczał czasu pełnienia dyżuru medycznego do czasu pracy.

Istotną kwestią związaną z dyżurami medycznymi jest ich równoważenie odpowiednimi okresami odpoczynku. Pełnienie dyżurów medycznych w wymiarze 16 godzin i 25 minut oraz w wymiarze 24 godzin dotychczas nie wiązało się z ich równoważeniem okresami odpoczynku. Taka praktyka ukształtowała się na tle przepisów art. 32j ust. 2 i ust. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obowiązujących do 31 grudnia 2007 r.[313] Z kolei kwalifikacja dyżurów medycznych pełnionych w niedziele i święta jako pracy w niedziele i święta – według przepisów Kodeksu pracy – oznacza, że pracodawca jest zobowiązany do udzielania pracownikowi, stosownie do art. 151^{11} Kodeksu pracy, dnia wolnego za dyżur w niedzielę lub święto. W razie nieudzielenia takich dni wolnych pracownikowi przysługuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości określonej w art. 151^{1} § 1 pkt 1 Kodeksu pracy za każdą godzinę pracy w niedzielę lub święto[314]. Przykładowy harmonogram pracy lekarza wraz z pełnieniem dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej przedstawia rysunek nr 11.

---

[310] Dotyczy to także dyżurów medycznych pełnionych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Pod względem wliczania bądź niewliczania dyżuru medycznego do czasu pracy nie występuje rozróżnienie dyżuru między publicznymi a niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

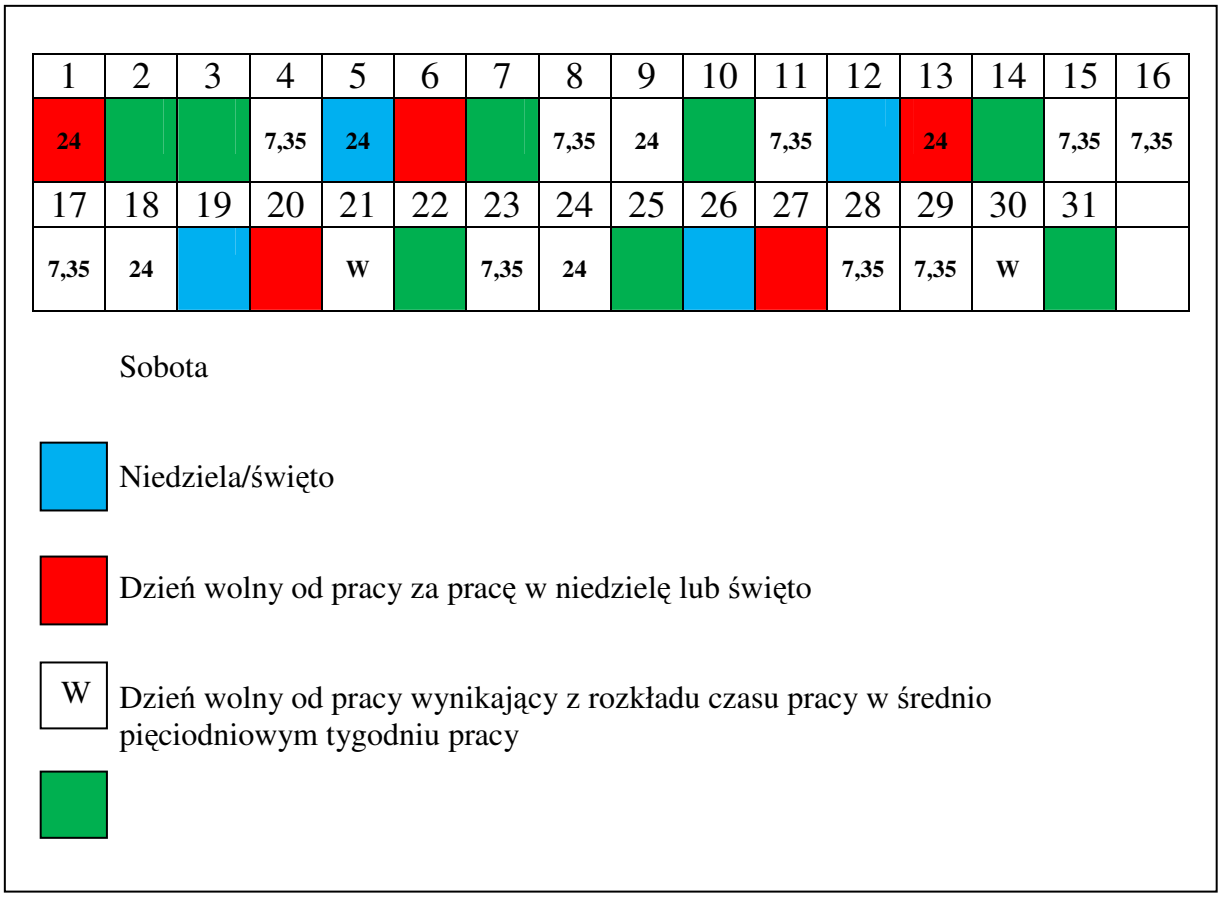
[311] W tym świetle dyżur medyczny pełniony w niedziele i święta powinien być kwalifikowany jako praca w niedziele i święta wg art. 151^{11} Kodeksu pracy, a dyżur medyczny w sobotę – jako praca w dniu wolnym od pracy wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy. Por. Kubot Z., Specyfika…, op. cit. Zob. też Kubot Z., Praca lekarza po zakończeniu dyżuru medycznego, KLEMAR, Wrocław 2008, s. 3-20 oraz Kubot Z., Odpoczynek lekarza po zakończeniu dyżuru medycznego, KLEMAR, Wrocław 2008, s. 3-32.

[312] Należy zaznaczyć, że wyodrębnienie dyżuru lekarskiego w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia jest wymagane przez umowy zawierane przez szpitale z Narodowym Funduszem Zdrowia. Por. ibidem. Zob. też Cybulski Z., Będą kłopoty? „Pasaż Medyczny", nr 05/06, 2008, s. 25-27.

[313] Od 1 stycznia 2008 r., na mocy nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, po każdym dyżurze musi nastąpić nieprzerwalny odpoczynek co najmniej 11 godzin.

[314] Szerzej Kubot Z., Specyfika…, op. cit., s. 19.

Rysunek 11. Harmonogram jednomiesięcznej pracy lekarza z pełnieniem dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej



Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań można podkreślić, że[315]:

- specyfika dyżuru medycznego wyróżnia się od powszechnej regulacji przyjętej w Kodeksie pracy,
- dyżur medyczny oznacza inny rodzaj pracy ponadwymiarowej niż praca w godzinach nadliczbowych w rozumieniu art. 151 § 1 Kodeksu pracy,
- specyfiką dyżuru medycznego jest dopuszczalność jego planowania – w harmonogramie pracy dyżur medyczny może być wyznaczony w dniach i godzinach, w których nie dochodzi jeszcze do przekroczenia norm czasu pracy ani przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy – w przeciwieństwie do godzin nadliczbowych, których planować nie można,

[315] Szerzej ibidem oraz Kubot Z., Dobowy wymiar dyżuru medycznego, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 12, 2007, s. 18-19.

- występuje bezwzględna zasada minimalnego jedensatogodzinnego okresu odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego, co ogranicza swobodę organizacji czasu pracy w szpitalach.

4.3.6. Praca w godzinach nadliczbowych

Normy czasu pracy[316] cechuje pewna stałość[317]. Dopuszczalne przedłużenia dobowego wymiaru czasu pracy ponad normę dobową rekompensowane są skracaniem wymiaru w innych dniach tak, by zachowana została norma średniotygodniowa. Niekiedy jednak może się zdarzyć konieczność dodatkowej wykonywania pracy, przekraczającej wymiar normy czy też zaplanowany na dany dzień przedłużony wymiar dobowy, a to z uwagi na wystąpienie okoliczności szczególnych, nie dających się z góry przewidzieć i wkalkulować w normalną organizację pracy[318].

Art. 151 § 1 Kodeksu pracy wskazuje, iż praca wykonywana ponad obowiązujące pracownika normy czasu pracy, a także praca wykonywana ponad przedłużony dobowy wymiar czasu pracy, wynikający z obowiązującego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy, stanowi pracę w godzinach nadliczbowych. Zapis ten dotyczy zarówno normy dobowej, jak i średniotygodniowej[319].

W literaturze polskiej podjęto szereg prób opracowania teoretycznych podstaw zmierzających do ustalenia źródeł obowiązku pracy w godzinach nadliczbowych, jak również granic pracy pracownika na podstawie polecenia pracodawcy. Przykładowo W. Masewicz wymienia uzasadnienia oparte na zasadzie dbałości pracownika o dobro zakładu pracy, wynikającej z ogólnego obowiązku świadczenia pracy[320]. Sąd Najwyższy konsekwentnie uznaje, że odmowa wykonywania obowiązków w godzinach nadliczbowych stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych[321]. Z kolei A. Chobot słusznie wskazuje, że wypowiedzi odnoszące się do pracy w godzinach nadliczbowych koncentrują się jedynie na uprawnieniach pracodawcy. Powoduje to, że nie dostrzega się potrzeby zakreślenia granic tego obowiązku w odniesieniu do pracownika. Dotyczy to zwłaszcza kontekstu ochrony prawa do wypoczynku oraz wolności pracy. W tym zakresie należy zwrócić uwagę na dobro

[316] Określone w art. 129 Kodeksu pracy.
[317] Nawet, gdy dany system dopuszcza zmienną liczbę godzin pracy w ciągu dnia. Por. Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit. s. 142.
[318] Tamże.
[319] Tamże oraz: Sobczyk A., Zasady… op. cit., s. 162.
[320] Masewicz W., czas pracy…, op. cit. s. 89.
[321] Por. wyrok SN z dnia 16 grudnia 1987 r., I PRN 68/87, OSNCP z 1989, nr 10, poz. 164.

pracodawcy w świetle zasad współżycia społecznego[322]. W związku z tym pozostaje kwestia zlecania pracy w godzinach nadliczbowych, które odbiegają od zapisu rodzaju pracy określonego w umowie o pracę[323]. Dlatego też konieczna jest ocena konkretnej sytuacji. Należy tu uwypuklić, iż mając na względzie potrzeby pracodawcy, w 2009 roku przyjęto ustawę (tzw. „antykryzysową"), która zwiększa możliwości pracodawcy w zakresie ustalania liczby godzin nadliczbowych[324]

Odnosząc się do problematyki zarządzania czasem należy poddać dyskusji dwa istotne elementy pracy w godzinach nadliczbowych, mianowicie kwestię nadgodzin dobowych oraz nadgodzin średniotygodniowych. Aktualna legalna definicja pracy w godzinach nadliczbowych podlegała zmianom. Do 2004 roku definiowano ją jako pracę ponad ustalone normy czasu pracy. W literaturze dominował pogląd, że praca w godzinach nadliczbowych to czas przekraczający maksymalny dobowy wymiar czasu, w jakim pracownik pozostaje do dyspozycji pracodawcy dopuszczony w danym systemie czasu pracy. Nadgodziny nie odnosiły się więc do rozkładu czasu pracy przyjętego dla konkretnego pracownika, w konkretnym odcinku czasu, lecz do maksimum dopuszczalnego przez przepisy prawa. Stąd też praca ponad zaplanowany i wynikający z harmonogramu czas pracy nie była pracą w nadgodzinach dobowych, mimo że przekraczała maksimum dla danego systemu czasu pracy[325].

Obecnie wskazane pojęcie odnosi się do norm obowiązujących danego pracownika oraz pracy ponad przedłużony wymiar czasu pracy wynikający z obowiązującego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy. Ustawodawca posługuje się więc dwoma pojęciami, a mianowicie normy oraz wymiaru i rozkładu czasu pracy[326].

Kwestie nadgodzin dobowych są ważne także w aspekcie oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy. K. Rączka i T. Nycz uważają, że pracą w nadgodzinach jest każda praca przekraczająca liczbę godzin wynikającą z rozkładu czasu pracy obowiązującego

[322] Szerzej Chobot A., czas pracy…, op. cit., s. 245 i n.
[323] Więcej na ten temat pisze Rączka K., Praca w godzinach nadliczbowych w znowelizowanym Kodeksie pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 1, 2004, s. 16.
[324] Ustawa z dnia 1 lipca 2009 r. o łagodzeniu skutków kryzysu ekonomicznego dla pracowników i przedsiębiorców, Dz. U. nr 125, poz. 1035. Ustawa ta wprowadziła m. in. możliwość przedłużenia okresu rozliczeniowego czasu pracy, ustalania indywidualnego rozkładu czasu pracy, obniżenie wymiaru czasu pracy oraz ograniczyła możliwość zatrudniania pracowników na czas określony.
[325] Szerzej Sobczyk A., Zasady…, op. cit. s. 164-165.
[326] Tym bardziej zmiana ta jest istotna, ponieważ punktem odniesienia dla określenia pracy w nadgodzinach jest obecnie czas pracy zaplanowany dla pracownika, a nie maksimum dla danego systemu. Niestety, aktualną regulację trudno uznać za jednoznaczną. W literaturze rozpoczął się bowiem spór, którego przedmiotem jest rozstrzygnięcie, czy pracą w nadgodzinach jest jakakolwiek praca powyżej wymiaru zaplanowanego dla pracownika jego rozkładem czasu pracy, czy też dopiero praca, która przekracza normę czasu pracy. Por. ibidem, s. 165, a także publikacje z omawianego zakresu np. Kubot Z. czy Rączka K.

danego pracownika[327]. Inną interpretację przedstawia M. Gersdorf, różnicując oba omawiane pojęcia. Autorka uważa, że pracą w nadgodzinach jest, co prawda, praca przekraczająca zaplanowany czas pracy, ale dopiero po przekroczeniu dobowej normy czasu pracy przypadającej na danego pracownika w danym systemie czasu pracy[328]. W kontekście tych zagadnień należy również odnotować stanowisko T. Nycza, który podzielając poglądy K. Rączki uznaje, że pracą w godzinach nadliczbowych jest każda praca przekraczająca zaplanowany harmonogram czasu pracy[329].

Pracą w godzinach nadliczbowych jest również praca wynikająca z przekroczenia średniotygodniowych norm czasu pracy. Należy to wywodzić bezpośrednio z Kodeksu pracy, zwłaszcza z art. 151, jak również z treści art. 151^1 § 2[330]. Przekroczenie średniotygodniowego wymiaru czasu pracy następuje najczęściej w systemach czasu pracy przewidujących przedłużone wymiary okresu pracy. Z powodu niewyrównania przedłużonego wymiaru w jednych dniach konieczne jest jego skrócenie w innym czasie, bądź też w innych systemach z powodu pracy w dni wolne od pracy lub niedzielę i święta, za które pracownik nie otrzymał w okresie rozliczeniowym dnia wolnego od pracy. Praca ponad średniotygodniowy wymiar czasu pracy może też wystąpić w podstawowym systemie czasu pracy z powodu pracy z przekroczeniem zasady przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy[331]. Przekroczenie przeciętnej średniotygodniowej normy czasu może nastąpić z powodu przekroczenia dobowego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku – z punktu widzenia wyliczania dodatków za pracę w godzinach nadliczbowych – pracownikowi należy się jeden dodatek za przekroczenie wymiaru dobowego[332].

Praca w godzinach nadliczbowych podlega ścisłej reglamentacji. Konkretne sytuacje, w których dopuszczalna jest praca w nadgodzinach, wskazuje Kodeks pracy. Dotyczy to: konieczności prowadzenia akcji ratowniczej – w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska, konieczności usunięcia awarii oraz w przypadku zaistnienia

[327] Szerzej Rączka K., Kontrowersje wokół pojęcia pracy w godzinach nadliczbowych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 5, 2001, s. 35 oraz Nycz T., Pojęcie pracy…, op., cit. s. 217 i n.
[328] Szerzej Gersdorf M., O pojęciu pracy w godzinach nadliczbowych polemicznie, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 3, 2004, s. 22 i n.
[329] Szerzej Nycz T., Pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny", nr 8, 2004, s. 217 i n.
[330] Przepis ten używa pojęcia „norma średniotygodniowa", co ma istotne znaczenie dla dalszej części wywodu. Pomijając w tym miejscu problematykę wysokości dodatków finansowych związanych z taką pracą zaznaczyć należy, że kluczowe dla przepisu jest określenie sposobu wyliczania normy czasu pracy. W tym zakresie Kodeks pracy nie podaje jakichkolwiek wskazówek, zawiera jednak bardzo precyzyjne określenie w art. 130 Kodeksu pracy metody obliczania wymiaru czasu pracy.
[331] Takiej możliwości nie dostrzegł jednak Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 14 sierpnia 1985 r. Por. III PZP 26/85, OSNC 1986, nr 5, poz. 70.
[332] Szerzej Sobczyk A., Zasady…, op. cit. s. 171.

szczególnych potrzeb pracodawcy[333]. Dodatkowo praca taka jest limitowana i nie może przekroczyć 150 godzin w skali roku[334]. Ponadto, występuje bezwzględny zakaz wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych w stosunku do niektórych pracowników. Dotyczy to kobiet w ciąży, młodocianych, pracowników posiadających zaświadczenie społecznego zakładu służby zdrowia o potrzebie czasowego wstrzymania się od pracy w godzinach nadliczbowych, pracowników niepełnosprawnych oraz zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których występują przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia. Obowiązuje też względny zakaz uzależniający pracę w godzinach nadliczbowych zależny od zgody pracownika, dotyczący kobiet i mężczyzn opiekujących się dzieckiem do czwartego roku życia[335].

Podstawowe narzędzia zarządzania czasem pracy, które mogą być zastosowane zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi w placówkach służby zdrowia, stanowią ważną podstawę ich funkcjonowania i realizowania wyznaczonych celów. Zastosowanie ich – w powiązaniu z optymalnym wykorzystaniem zasobów ludzkich – daje podstawy dla organizacji procesu zarządzania daną jednostką. W tym aspekcie warto też podkreślić, że po nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej szczególnego znaczenia nabiera pojęcie dyżuru medycznego oraz pracy w godzinach nadliczbowych.

[333] Oprócz sytuacji wskazanych w tzw. ustawie „antykryzysowej". Por. Dz. U. nr 125, poz. 1035.
[334] Należy jednak zauważyć, że roczny limit pracy w godzinach nadliczbowych nie obowiązuje, jeżeli pracownik wyraził zgodę w postaci podpisania tzw. klauzuli opt-out, czyli oświadczenie woli, iż wyraża zgodę na pracę ponad 48 godzin w tygodniu. Zachowane jednak muszą zostać przy tym dobowe i tygodniowe normy nieprzerwanego odpoczynku. Zgodnie z dodanym art. 32j[a] ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w zakładzie opieki zdrowotnej w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. I również, jak w przypadku dyżuru medycznego, nie stosuje się tutaj art. 151[3] Kodeksu pracy, co oznacza, że zatrudnienie w dniu wolnym wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy nie powoduje prawnej konieczności zrekompensowania takiej pracy dniem wolnym w innym terminie w przyjętym okresie rozliczeniowym, który w tym przypadku nie może być dłuższy niż cztery miesiące.
[335] Szerzej Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy…, op. cit. s. 143-144.

ROZDZIAŁ V. PROBLEMATYKA I ORGANIZACJA BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Określenie problemu nadawczego, przedmiotu, podmiotu oraz zakresu badań

Problem badawczy niniejszej pracy odnosi się do identyfikacji metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia oraz oceny ich skuteczności, czyli ustalenia stopnia, w jakim metody te wspomagają realizację ich celów statutowych oraz strategicznych. Problem ten ma zostać zweryfikowany na reprezentatywnej próbie badawczej, składającej się ze szpitali publicznych (miejskich i wojewódzkich), wielospecjalistycznych poradni przyszpitalnych oraz Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego i dać odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy w jednostkach ochrony zdrowia są stosowane szczególne metody zarządzania czasem pracy?
2. Jakie są możliwości oraz ograniczenia stosowanych różnych metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia?
3. Czy możliwa jest ocena skuteczności stosowanych metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia pod kątem realizacji ich celów statutowych i strategicznych?
4. Czy możliwe jest wskazanie skutecznej metody zarządzania czasem pracy dla potrzeb zarządzania placówkami ochrony zdrowia?

W związku z tym przedmiotem badań jest ocena skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia. Ponieważ dotyczy on identyfikacji metod zarządzania czasem pracy w jednostkach publicznych, podmiotem badań są pracownicy szpitali publicznych (miejskich i wojewódzkich), wielospecjalistycznych poradni przyszpitalnych oraz Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego – zarówno personel „biały", jak i okołomedyczny, dyrektorzy oraz kierownicy i szeregowi pracownicy administracji ww. jednostek. Ich postawy i opinie w tym obszarze przyjęto za właściwe źródło informacji, ponieważ badanie procesów pracy daje systematyczną, rygorystyczną i konsekwentną wiedzę w zakresie poszukiwania możliwych usprawnień[336].

5.2. Model badawczy

Na potrzeby realizowanych założeń badawczych opracowano model badawczego, w którym wyróżniono następujące typy zmiennych badanych.

[336] Szerzej pisze na ten temat Bocchino W. A., Systemy informacyjne zarządzania: narzędzia i metody, WNT, Warszawa 1975, s. 65.

Zmienne zależne – odnoszące się do skuteczności metod zarządzania czasem pracy, sklasyfikowane w wymiarach czasu pracy, postrzeganej skuteczności, efektywności, dostępności, jakości, innych elementów zarządzania oraz zarządzania zasobami ludzkimi.

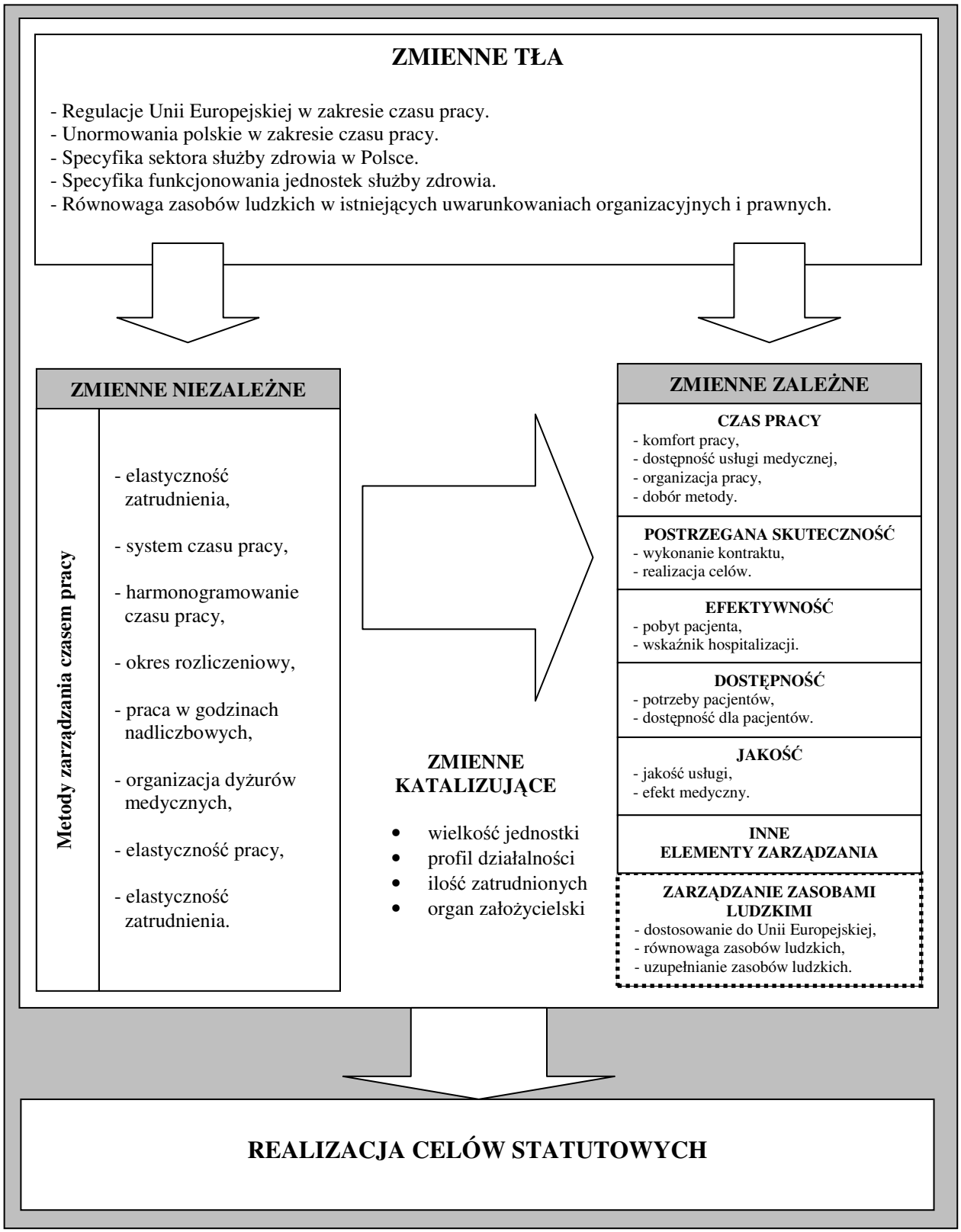
Zmienne niezależne – opisujące metody zarządzania czasem pracy, wyznaczane następującymi kryteriami: elastycznością zatrudnienia, systemem czasu pracy, harmonogramowaniem czasu pracy, okresem rozliczeniowym, pracą w godzinach nadliczbowych, organizacją dyżurów medycznych oraz elastycznością pracy.

Zmienne tła – stanowią je regulacje Unii Europejskiej oraz unormowania polskie w zakresie czasu pracy, specyfika sektora służby zdrowia w Polsce, warunki funkcjonowania jednostek służby zdrowia oraz równowaga zasobów ludzkich w istniejących uwarunkowaniach organizacyjnych i prawnych.

Zmienne katalizujące – obrazujące indywidualne cechy wpływające na skuteczność metod zarządzania czasem pracy: wielkość badanej jednostki organizacyjnej, profil działalności, ilość zatrudnionych oraz organ założycielski.

Należy zwrócić uwagę, iż wielowymiarowość i wieloaspektowość zagadnień dotyczących specyfiki funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce, jest niezwykle złożona. Stąd też opracowany model badawczy może zostać rozwinięty i w dowolny sposób rozbudowany, stwarzając tym samym możliwość dalszego rozwoju badań w tym zakresie.

Rysunek 12. Model badawczy



Źródło: Opracowanie własne.

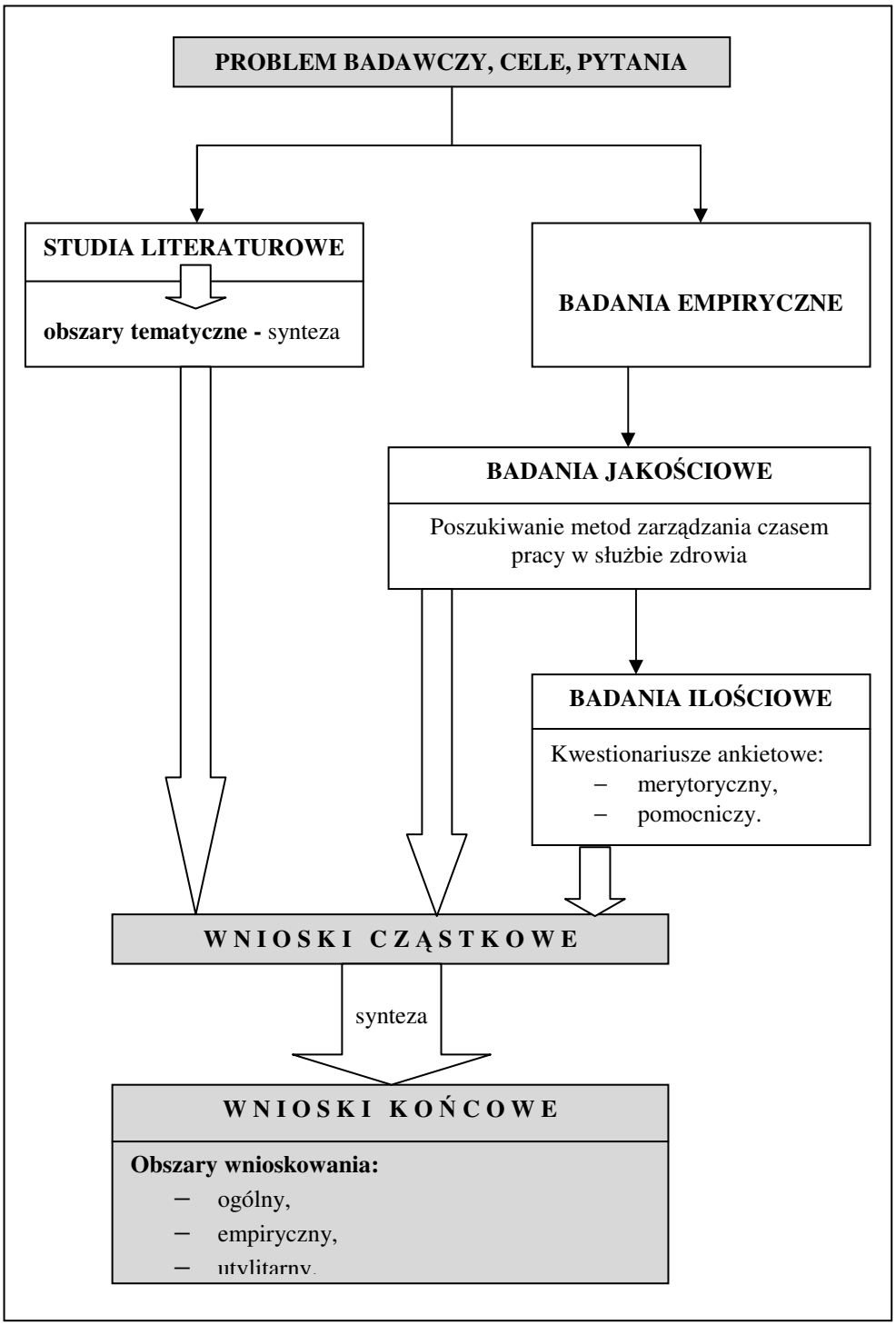
5.3. Organizacja badań własnych

Punktem wyjścia dla badań były – jak już wspomniano we wstępie – przekształcenia dokonujące się w polskich normach prawnych w zakresie czasu pracy w związku z wymogami Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy oraz wynikający z tego problem równowagi zasobów ludzkich. Obie te przesłanki warunkują funkcjonowanie i realizację celów statutowych jednostek służby zdrowia. Na tej podstawie zaprojektowano procedurę badań, która została przedstawiona we wstępie niniejszej pracy. Natomiast przebieg prowadzonych badań (sposób postępowania, obszary i metody) zobrazowano rysunku nr 13 przedstawiającym procedurę prowadzenia badań.

Zakres badań został wyznaczony założonymi celami pracy, jej tezą oraz hipotezami sformułowanymi we wstępie niniejszej pracy (punkt 2) i obejmuje:

- identyfikację metod zarządzania czasem pracy stosowanych w placówkach służby zdrowia,
- zebranie danych niezbędnych do oceny i porównania skuteczności zidentyfikowanych metod zarządzania czasem pracy,
- identyfikację głównych barier ograniczających skuteczność metod zarządzania czasem pracy,
- wskazanie działań mogących ograniczyć lub usunąć zidentyfikowane bariery,
- weryfikację postawionej w pracy tezy oraz hipotez badawczych.

Rysunek 13. Procedura prowadzenia badań



Źródło: Opracowanie własne.

Badania empiryczne prowadzone były przez ponad rok, od 1 stycznia 2008 roku.

5.3.1. Badania jakościowe (I etap badań empirycznych)

Pierwszy etap badań, będący etapem badań jakościowych, stanowiących podstawę do prowadzenia dalszych badań (ilościowych), trwał od dnia 1. stycznia 2008 r. do końca I półrocza 2008 r.

Badania jakościowe są zwykle prowadzone na niewielką skalę i stosowane do testowania hipotez. W badaniach jakościowych bardziej liczy się to, że dane stwierdzenie zostało wypowiedziane niż to, ile razy się pojawiło. W tego typu badaniach dąży się do poznania głęboko ukrytych motywacji grupy docelowej. Umożliwiają one uzyskanie wiedzy o (emocjonalnych) progach wrażliwości, barierach („wąskich gardłach"), postawach, ocenach, pragnieniach i potrzebach danej grupy docelowej. Metody te są więc głównie stosowane w przypadku, gdy potrzebne są pogłębione informacje. W badaniach jakościowych stosuje się często tzw. techniki projekcyjne, które umożliwiają zadawanie pytań w sposób pośredni. Taka forma pytania zachęca badane osoby do przeniesienia (projektowania) swoich ukrytych lub nieuświadomionych motywów, przekonań, postaw i uczuć związanych z badanym przedmiotem. Badania jakościowe, zwłaszcza w odniesieniu do zagadnień społecznych, opierają się na założeniu, że do poznania niektórych problemów lepiej nadają się pogłębione analizy mniejszej liczby przypadków, niż powierzchowne dużej. Ponadto zakładają, że wiele spraw lepiej bada się poprzez dogłębne zrozumienie rzeczywistości przez aktorów społecznych danej zbiorowości, niż poprzez wykorzystanie wcześniej przygotowanego modelu teoretycznego (jak zazwyczaj jest w metodach ilościowych). Przedstawiciele nurtu jakościowego wolą zatem przeprowadzać badania terenowe, poprzez wielogodzinne nieustrukturyzowane wywiady czy obserwacje uczestniczące, niż przeprowadzać sondaże i ankiety. Interesuje ich bowiem odpowiedź na pytanie „dlaczego" w większym stopniu niż na pytanie „ile"[337].

Zastosowane na tym etapie badania jakościowe pozwoliły spojrzeć na zagadnienia oczami respondentów, dostrzec zjawisko, zbadać je, dotrzeć do stojących za nim mechanizmów i określić poglądy pracowników badanych jednostek. Stanowiły one źródło inspiracji do stworzenia narzędzia ilościowego, co ma znaczenie zwłaszcza w przypadku „świeżej" tematyki badawczej, jaką poruszono w niniejszej pracy. Metodami, jakie zastosowano w tym etapie badań, były:

[337] Więcej na ten temat pisze Churchill G. A., Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne, PWN, Warszawa 2002, s. 162-176 oraz Michna A., Specyfika przeprowadzania badań kwestionariuszowych w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw, „Organizacja i Zarządzanie", nr 1, 2009, s. 83-92.

- wywiad swobodny, charakteryzujący się tym, że pytania nie są skategoryzowane, lecz badacz lub ankieter posługuje się dyspozycjami do wywiadu, czyli luźno sformułowanymi problemami, które szeroko omawia z respondentem. W wywiadzie swobodnym nie jest istotna kolejność zadawania pytań, lecz aranżowanie sytuacji zbliżonej do naturalnej rozmowy. W metodzie tej ważne jest wzbudzenie motywacji respondenta do udzielania szczerych odpowiedzi. Czynnikami pozytywnie wpływającymi na szczerość odpowiedzi respondentów są: ciekawość poznawcza ankietera, ciekawość danego tematu, motywowanie badanego do udzielenia pomocy badaczowi, szansa na własną ekspresję oraz traktowanie wywiadu jako wyróżnienia własnej osoby. Czynniki, które negatywnie wpływają na odpowiedzi respondenta to przede wszystkim: długość trwania wywiadu, dociekliwość w kwestiach drażliwych, brak przygotowania do zastanej sytuacji społecznej badanego. Metoda ta tylko w nikłym stopniu pozwala na ilościową analizę materiału empirycznego ze względu na to, iż pytania nie są zestandaryzowane. Możliwa jest jednak kategoryzacja odpowiedzi, przy czym w takiej sytuacji interpretacja tekstu przez badacza narażona jest na znaczny subiektywizm. Natomiast wywiad swobodny pozwala na bardziej dogłębne poznanie i zrozumienie problemów społecznych,
- obserwacja uczestnicząca, polegająca na celowej rejestracji autentycznych zachowań ludzi w naturalnych warunkach, najczęściej konsumentów i nabywców, ale także sprzedawców, pracowników działów obsługi klienta i innych uczestników rynku. Ma ułatwić zrozumienie zachowań badanych w prawdziwym otoczeniu, naturalnych sytuacjach i codziennych zdarzeniach. W tym celu badacz-obserwator nawiązuje bezpośredni kontakt z osobami poddanymi badaniu, bierze bezpośredni, aktywny udział w obserwowanych sytuacjach, a nawet własnym zachowaniem prowokuje obserwowanych do określonych reakcji i działań. Badacz nie wpływa jednak bezpośrednio na postępowanie obserwowanych osób, przybiera jedynie jedną z ról typowych dla zdarzeń poddanych obserwacji, nie ujawniając często swoich rzeczywistych intencji badanym. Przedmiotem obserwacji jest zachowanie indywidualne badanego. Natomiast zadaniem obserwatora dostrzeżenie, zarejestrowanie i zinterpretowanie subiektywnego sensu i społecznego znaczenia tego zachowania. Obserwacja uczestnicząca może odbywać się poprzez towarzyszenie respondentowi podczas wykonywania rutynowych, codziennych czynności, podczas zakupów, przyrządzania posiłków, wykonywania prac domowych, sprzątania, prania, korzystania z różnych urządzeń itp. Obserwator nie ogranicza się jedynie do biernej

rejestracji, ale zadaje pytania wynikające z danej sytuacji, żeby zrozumieć przebieg procesu i motywy postępowania osób badanych

- analiza dokumentów wewnętrznych.

Celem tego etapu badań było zaobserwowanie, czy w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali publicznych (miejskich i wojewódzkich), wielospecjalistycznych poradni przyszpitalnych oraz Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego, stosowane są szczególne metody zarządzania czasem pracy, czy możliwe jest ich zaadoptowanie i zaaplikowanie dla potrzeb zarządzania innymi jednostkami. W tym celu stworzono autorskie narzędzie badawcze w postaci matrycy taksonomicznej, za pomocą której ustalono stosowanej w danej jednostce metody zarządzania czasem pracy. Matryca ta, przedstawiona w tablicy nr 8, zawierała szereg kryteriów identyfikujących poszczególne metody zarządzania czasem pracy. W ramach każdego z kryteriów wyróżniono następujące możliwości:

- formę zatrudnienia – zatrudnienie w ramach umowy o pracę (zatrudnienie etatowe), w ramach kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej,
- system czasu pracy – podstawowy lub równoważny,
- harmonogramy („grafiki") – określenie, czy w danej jednostce organizacyjnej świadczenie pracy odbywa się wg harmonogramu lub nie,
- okres rozliczeniowy – określenie długości okresu rozliczeniowego w przedziale od jednego do czterech miesięcy,
- pracę w godzinach nadliczbowych – określenie dopuszczalności generowania nadgodzin w danej jednostce organizacyjnej,
- dyżury medyczne – określenie formy świadczenia dyżuru medycznego – w ramach etatu, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej,
- elastyczność czasu pracy – określenie dopuszczalności elastycznych form świadczenia pracy,
- elastyczność zatrudnienia – określenie możliwości zatrudnienia innego niż w ramach stosunku pracy.

Na podstawie zastosowanych technik badawczych oraz wyników uzyskanych przez wypełnienie omawianej matrycy taksonomicznej, wyodrębniono cztery metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia, mianowicie:

- M 1 – podstawową,
- M 2 – podstawowo-kontraktową,
- M3 – kontraktową,
- M4 – hybrydową.

Tablica 8. Kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy – matryca taksonomiczna

Kryterium	METODA			
	M 1 Podstawowa	M 2 Podstawowo-kontraktowa	M 3 Kontraktowa	M 4 Hybrydowa
Forma zatrudnienia				
System czasu pracy				
Harmonogramy („grafiki")				
Okres rozliczeniowy				
Praca w godzinach nadliczbowych				
Dyżury medyczne				
Elastyczność czasu pracy				
Elastyczność zatrudnienia				

Źródło: Opracowanie własne.

5.3.2. Charakterystyka badanej próby

Za pomocą zaprezentowanego powyżej autorskiego narzędzia badawczego przebadano 35 oddziałów (zwanych dalej jednostkami organizacyjnymi) w losowo wybranych szpitalach publicznych oraz innych publicznych jednostkach służby zdrowia na terenie województwa śląskiego. Poszczególne jednostki przedstawione zostały w tablicy nr 9.

Tablica 9. Wykaz badanych jednostek służby zdrowia

Miasto	Jednostka służby zdrowia	Jednostka organizacyjna	Skrót
Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2	Oddział Laryngologii Dzieci	b_ld
		Oddział Ortopedii Dziecięcej	b_o
		Oddział Chirurgii Dzieci	b_chd
		Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej	b_g5
		Oddział Położnictwa i Ginekologii	b_g3
		Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej	b_ch
		Oddział Dermatologii	b_d
		Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej	b_i
		Oddział Noworodków	b_n
		Poradnie Specjalistyczne	b_p
Sosnowiec	Szpital Miejski nr 1	Oddział Skórno-Wenerologiczny	s3_sw
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	s3_pg1
		Oddział Chirurgii Ogólnej	s3_cho2
		Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	s3_rn
		Oddział Wewnętrzny	s3_wew
		Oddział Neurologii	s3_n
		Oddział Anestezjologii	s3_a
		Poradnie Specjalistyczne I	s3_pz
		Poradnie Specjalistyczne II	s3_p
	Szpital Miejski nr 3	Oddział Wewnętrzny	s1_wew
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	s1_pg
		Oddział Anestezjologiczny	s1_a
		Poradnie Specjalistyczne	s1_p
	Szpital Miejski nr 2	Oddział Anestezjologii	s2_a
		Oddział Położnictwa i Ginekologii	s2_pg
		Oddział Noworodków	s2_n
Jaworzno	Szpital Wielospecjalistyczny	Oddział Chorób Wewnętrznych	j_chw
		Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	j_a
		Oddział Chirurgii Ogólnej	j_cho
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	j_pg
		Poradnie Specjalistyczne	j_p

Tablica 9. Wykaz badanych jednostek służby zdrowia (ciąg dalszy)

Tarnowskie Góry	Górnośląskie Centrum Rehabilitacji	-	tg_n
		Oddział Neurologii	tg_gcr
Gliwice	Gliwickie Centrum Onkologii	-	g_co
Gliwice/Katowice	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe	-	j_chw

Źródło: Opracowanie własne.

W tabeli nr 2 przedstawiono natomiast profile badanych oddziałów.

Tabela 2. Charakterystyka profilu oddziałów

Region	Ginekologia	Chirurgia	Interna	Anestezjologia	Laryngologia	Ortopedia	Dermatol derm	Noworodki	Rehabilitacja	Neurologie	Onkologia	Poradnie	WPR
Bytom	2	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0
Sosnowiec	3	1	2	3	0	0	1	1	1	1	0	3	0
Jaworzno	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tarnowskie Góry	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Gliwice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Katowice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Źródło: Opracowanie własne.

Dla dalszej analizy przyjęto również ogólną charakterystykę badanej próby pod kątem wielkości zatrudnienia. Przyjęto, że badane oddziały podzielone zostaną na trzy grupy: małe, średnie oraz duże. Pod pojęciem „mały oddział" rozumieć należy te jednostki organizacyjne, które w swojej strukturze zatrudniają do 5 lekarzy, określenie „średni oddział" dotyczy tych jednostek, w których zatrudnionych jest od 5 do 10 lekarzy, natomiast pojęcie „duży oddział" oznacza te jednostki, w których zatrudnionych jest ponad 10 lekarzy. Szczegółową charakterystykę przedstawia tablica nr 10.

Tablica 10. Podział próby badawczej ze względu na wielkość zatrudnienia

Miasto	Jednostka służby zdrowia	Jednostka organizacyjna	Wielkość jednostki
Bytom	Szpital Specjalistyczny nr 2	Oddział Laryngologii Dzieci	Mała
		Oddział Ortopedii Dziecięcej	Mała
		Oddział Chirurgii Dzieci	Mała
		Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej	Duża
		Oddział Położnictwa i Ginekologii	Średnia
		Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej	Duża
		Oddział Dermatologii	Mała
		Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej	Duża
		Oddział Noworodków	Mała
		Poradnie Specjalistyczne	Duża
Sosnowiec	Szpital Miejski nr 1	Oddział Skórno-Wenerologiczny	Średnia
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Średnia
		Oddział Chirurgii Ogólnej	Średnia
		Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	Średnia
		Oddział Wewnętrzny	Duża
		Oddział Neurologii	Średnia
		Oddział Anestezjologii	Średnia
		Poradnie Specjalistyczne I	Średnia
		Poradnie Specjalistyczne II	Średnia
	Szpital Miejski nr 3	Oddział Wewnętrzny	Średnia
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Duża
		Oddział Anestezjologiczny	Średnia
		Poradnie Specjalistyczne	Średnia
	Szpital Miejski nr 2	Oddział Anestezjologii	Średnia
		Oddział Położnictwa i Ginekologii	Duża
		Oddział Noworodków	Średnia
Jaworzno	Szpital Wielospecjalistyczny	Oddział Chorób Wewnętrznych	Duża
		Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Duża
		Oddział Chirurgii Ogólnej	Duża
		Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Duża
		Poradnie Specjalistyczne	Duża

Tablica 10. Podział próby badawczej ze względu na wielkość zatrudnienia (ciąg dalszy)

Tarnowskie Góry	Górnośląskie Centrum Rehabilitacji	-	Duża
		Oddział Neurologii	Duża
Gliwice	Gliwickie Centrum Onkologii	-	Duża
Gliwice/Katowice	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe	-	Duża

Źródło: Opracowanie własne.

Należy podkreślić, iż wyniki uzyskane w tym etapie badań stanowiły podstawę do dalszych badań wynikających z następujących wniosków:

- na podstawie obserwacji oraz wywiadów z kierownikami jednostek służby zdrowia oraz ordynatorami i pracownikami poszczególnych jednostek zaobserwować można, iż w publicznych jednostkach ochrony zdrowia możliwe jest stosowanie różnych metod zarządzania czasem pracy,
- ze względu na dużą rozbieżność stosowania poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, niemożliwe jest generalizowanie ich dla danej placówki służby zdrowia jako całości – stąd dalsze badania prowadzone będą dla poszczególnych jednostek organizacyjnych (oddziałów, poradni) – nie zaś dla placówek służby zdrowia jako całości,
- dla weryfikacji postawionych w pracy hipotez oraz dla zrealizowania założeń badawczych konieczne jest przeprowadzenie badań ilościowych, natomiast dotychczas uzyskane wyniki badań stanowią podstawę do opracowania właściwego narzędzia badawczego, wykorzystanego w dalszej części badań.

5.3.3. Badania ilościowe (II etap badań empirycznych)

Badania ilościowe obejmują sondaże kwestionariuszowe przeprowadzane na stosunkowo dużych próbach respondentów, najczęściej reprezentatywnych dla populacji celowej, z wykorzystaniem metod statystyczno-matematycznych przy doborze próby i obliczeniach wyników. Polegają one na gromadzeniu danych, zbieranych od respondentów za pomocą formularzy – kwestionariuszy ankiet i wywiadów. Określona liczba respondentów, dobrana według reguł statystyki, odpowiada na zawarte w kwestionariuszach pytania. Na podstawie danych zebranych w taki sposób można odpowiedzieć na pytanie „ile" – w przybliżeniu – osób w badanej populacji zna np. daną markę, oglądało film reklamowy, używa produktu, posiada jakąś rzecz itp. Umożliwiają one zatem ustalenie, jak często rozmaite opinie i fakty występują w danej zbiorowości. Badania ilościowe stosuje się wtedy, gdy na podstawie

wyników uzyskanych na danej próbie wyciąga się wnioski o pewnej populacji, większej niż badana próba (np. populacji ogółu dorosłych mieszkańców Polski, populacji konsumentów określonej kategorii produktów, populacji gospodyń domowych w wieku 18-35 lat itp.). Wnioskowanie na podstawie wyników badań ilościowych podlega zasadom statystyki matematycznej. Pozwala zazwyczaj nie tylko uzyskać pewne oszacowania liczbowe dla populacji generalnej, ale również określić błąd statystyczny, jakim obarczone są te oszacowania. Ze względu na populację objętą badaniem, badania ilościowe można podzielić na sondaże konsumenckie, w których przedmiotem badania są osoby lub gospodarstwa domowe, sondaże typu business-to-business, w których przedmiotem badania są podmioty gospodarcze (firmy) oraz badania dystrybucyjne obejmujące placówki handlowe i usługowe (sklepy, hurtownie, oddziały banków itp.)[338].

5.3.3.1. Narzędzie badawcze

Wyodrębnione w pierwszym etapie badań metody zarządzania czasem pracy potwierdziły możliwość i konieczność prowadzenia dalszych badań, których celem jest ocenienie skuteczności metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. W etapie tym wykorzystano zestaw dwóch ankiet, na które składają się (załączniki nr 1 i 2):

1. kwestionariusz własny ankiety (merytoryczny) mający na celu zbadanie skuteczności danej metody zarządzania czasem pracy,
2. kwestionariusz własny ankiety (pomocniczy) do zbadania czynników motywacyjnych, stanowiący uzupełnienie tego etapu badań.

Stwierdzenia zawarte w pierwszym kwestionariuszu zostały podzielone na siedem modułów tematycznych. Moduły te zostały wyodrębnione na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych i zawierają grupy szczegółowych pytań w obrębie każdego modułu. Moduł A – „czas pracy" (stwierdzenia cp_1 – cp_15) dotyczy zagadnień z zakresu czasu pracy w danej jednostce. W szczególności pytania skoncentrowane zostały na dostosowanie czasu pracy do przyjętych norm Unii Europejskiej, sposobie wdrożenia danej metody w jednostce organizacyjnej oraz następstwach tego wdrożenia. Moduł B – „postrzegana skuteczność" (stwierdzenia ps_16 – ps_22) obejmuje postrzeganie przez kierowników jednostek skuteczności funkcjonowania danej jednostki organizacyjnej po wdrożeniu danej metody zarządzania czasem pracy, a także koncentruje się na realizacji procesów pracy oraz

[338] Por. ibidem.

realizacji celów danej jednostki. Moduł C – „efektywność" (stwierdzenia e_23 – e_32) dotyczy efektywności związanej ze stosowaną metodą zarządzania czasem pracy. Stwierdzenia zawarte w tym module koncentrują się ponadto na efekcie medycznym oraz wykonywaniu procedur medycznych w nowym systemie czasu pracy. Moduł D – „dostępność" (stwierdzenia d_33 – d_42) ma za zadanie określenie postrzeganej dostępności w danej jednostce organizacyjnej. W szczególności uwagę skupiono na wpływie stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajaniu ich potrzeb, rozwoju jednostki organizacyjnej oraz wykorzystaniu (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej. Ponadto, pytania zawarte w tym module dotyczą wpływu stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji. Moduł E – „jakość" (stwierdzenia j_43 – j_51) dotyczy jakości. Pytania zawarte w tym module narzędzia badawczego mają na celu określenie wpływu stosowanej metody zarządzania czasem pracy na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów, a także na specjalizację świadczonej usługi zapewniającą pozytywny efekt medyczny. Moduł F – „inne elementy zarządzania" (stwierdzenia iez_52 – iez_61) odnosi się do postrzegania przez kierowników elementów zarządzania, takich jak: możliwości dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwości skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz zarządzanie daną jednostką. w aspekcie stosowanej metody zarządzania czasem pracy. Natomiast Moduł G – „zarządzanie zasobami ludzkimi" (stwierdzenia zzl_62 – zzl_75) odnoszą się do problematyki zarządzania zasobami ludzkimi. W szczególności pytania zawarte w tym module koncentrowały się na wpływie stosowanej metody zarządzania czasem pracy, na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki.

Narzędziem pomocniczym, będącym uzupełnieniem otrzymanego obrazu od strony zarządzania zasobami ludzkimi, w szczególności czynników motywujących pracowników do pracy w danej jednostce oraz postrzegania przez nich wprowadzonych zmian, będących następstwem przyjęcia norm Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy, jest własny, autorski – pomocniczy – kwestionariusz ankiety. W narzędziu tym stwierdzenia badawcze podzielone zostały również na dwie części. Część A – „motywacja do pracy" (stwierdzenia A_1 – A_16) dotyczyła ogólnej motywacji do pracy w danej jednostce organizacyjnej, natomiast część B – „po 1. 01. 2008 r." (stwierdzenia B_17 – B_30) dotyczyła motywacji do pracy przy

zastosowaniu wskazanej metody zarządzania czasem pracy po 1. 01. 2008 r. – czyli po wejściu w życie nowych przepisów dotyczących czasu pracy.

Zarówno w pierwszym, jak i drugim narzędziu badawczym zastosowano stwierdzenia, wymagające odpowiedzi zestopniowanych w skali Likerta, która pozwala respondentom na określenie swojego stosunku do każdego z nich w kategoriach: „zdecydowanie zgadzam się", „raczej zgadzam się", „nie mam zdania", „raczej nie zgadzam się", „zdecydowanie nie zgadzam się"[339].

5.3.3.2. Weryfikacja statystyczna narzędzia badawczego

Przed przystąpieniem do realizacji badań, zweryfikowano narzędzie badawcze pod kątem jego rzetelności. W tym celu wykorzystano test rzetelności **α Cronbacha**. Jest to współczynnik dla skali sumarycznej, której pozycje mogą być mierzone na dowolnej skali porządkowej. Jego postać jest następująca:

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left[1 - \frac{\sum_{j=1}^{k} S^2(x_j)}{S^2(x_S)}\right], \qquad (2)$$

gdzie:

$S^2(x_j)$ jest wariancją pojedynczej zmiennej.
$S^2(x_s)$ jest wariancją zmiennej syntetycznej (zagregowanej).
k- liczba pytań tworzących zmienna syntetyczną.

Współczynnik ten informuje o tym, jaką część wariancji skali sumarycznej stanowi wariancja prawdziwej wartości tej skali. Wartość zero oznacza, że poszczególne pozycje skali nie mierzą prawdziwego wyniku, ale generują tylko błąd losowy. W rezultacie występuje brak korelacji miedzy pozycjami skali sumarycznej. W badaniach rzetelność stosowanych narzędzi pomiarowych powinna przekraczać 0,7, niektórzy autorzy podają przedział (0,6-0,8). Poniżej przedstawione zostały wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego – kwestionariusza merytorycznego oraz kwestionariusza pomocniczego.

[339] Zob. Oppenhheim A. N., Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 226 i n.

Tabela 3. Wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)

Moduł	α Cronbacha
Czas pracy	0,343
Postrzegana skuteczność	0,488
Efektywność	0,804
Dostępność	0,524
Jakość	0,881
Inne elementy zarządzania	0,965
Zarządzanie zasobami ludzkimi	0,217

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)

Moduł	α Cronbacha
Motywacja	0,875
Po 1. 01. 2008 r.	0,850

Źródło: Opracowanie własne.

W kilku modułach narzędzia merytorycznego (czas pracy, postrzegana skuteczność, dostępność oraz zarządzanie zasobami ludzkimi) wartości testu rzetelności α Cronbacha były niesatysfakcjonujące. Stąd też, w celu wyodrębnienia wzajemnie nieskorelowanych wymiarów poszczególnych modułów, konieczne było zastosowanie **analizy czynnikowej**.

Analiza ta pozwoliła na zredukowanie dużej liczby zmiennych do kilku wzajemnie nieskorelowanych czynników lub składowych głównych. Redukcja wyjściowego zbioru cech do kilku wzajemnie niezależnych czynników odbywa się bez istotnej straty zawartych w nich informacji. Punktem wyjścia analizy czynnikowej jest macierz korelacji pomiędzy cechami pierwotnymi. Jeżeli pomiędzy nimi występują grupy zmiennych wysoko skorelowane, to oznacza, że powtarzają one te same informacje. W tym przypadku każda taka grupa może zostać zastąpiona przez pojedynczy czynnik lub składową główną. Analiza czynnikowa pozwala na[340]:

- zmniejszenie liczby zmiennych bez istotnej utraty informacji – funkcja redundacyjna,
- wysuwanie hipotez dotyczących istnienia i natury ogólnych prawidłowości kształtujących związki pomiędzy zmiennymi – funkcja poznawcza,
- sprawdzenie poprawności powyższych hipotez – funkcja weryfikacyjna,

[340] Więcej na ten temat Zeliaś A. (red.), Ekonometria przestrzenna, PWE, Warszawa 1991, s. 158.

- opis zjawisk z punktu widzenia nowych kategorii społeczno-ekonomicznych zdefiniowanych przez czynniki główne – funkcja deskryptywna,
- porządkowanie i klasyfikację obiektów w ortogonalnych przestrzeniach czynnikowych – funkcja delimitacyjna,
- konstruowanie ekonometrycznych modeli przyczynowo-opisowych odzwierciedlających związki między zmiennymi endogenicznymi, a zbiorem wzajemnie niezależnych czynników,
- ustalanie wag określających znaczenie, jakie należy przypisać poszczególnym zmiennym i czynnikom w trakcie analiz.

Analiza czynnikowa pozwoliła na zredukowanie liczby zmiennych, czyli zastąpienie ich czynnikami-metacechami, które zostały poddane dalszej analizie. Wyznaczone czynniki główne odzwierciedliły strukturę powiązań korelacyjnych pomiędzy rozpatrywanymi cechami, a także zapewniły merytoryczną interpretację.

W ramach analizy czynnikowej można wyodrębnić dwie zasadnicze grupy metod[341]:

- głównych składowych,
- klasyczną analizę czynnikową.

Pierwsza z metod przyjmuje główne składowe jako liniowe kombinacje cech wyjściowych:

główna składowa = liniowa kombinacja cech pierwotnych,

druga analizuje ukrytą strukturę przyczynową będącą podstawą związków między cechami:

zmienna = liniowa kombinacja czynników + błąd.

Obydwie te grupy są traktowane jako odmiany tej samej procedury badawczej, choć nimi nie są; dają jednak podobne wyniki. Przed przystąpieniem do analizy czynnikowej sprawdzono przydatność wybranych zmiennych. Do tego celu służy statystyka **Kaisera-Meyera-Olkina** o postaci[342]:

[341] Zob. Gatnar E., Analiza czynnikowa – teoria i zastosowanie, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1998, s. 6.
[342] Por. ibidem, s. 8.

$$KMO = \frac{\sum_i \sum_{i \neq j} r_{ij}^2}{\sum_i \sum_{i \neq j} r_{ij}^2 + \sum_i \sum_{i \neq j} \hat{r}_{ij}^2}, \qquad (3)$$

gdzie:

r_{ij} – współczynnik korelacji między i-tą i j-tą zmienną,
$\hat{r}_{ij}$ – współczynnik korelacji cząstkowej.

Statystyka ta (3) ma wartości z przedziału [0, 1]. Im bliżej jedności, tym lepiej będzie wyjaśniona struktura macierzy korelacji. Przyjmuje się, że wartość statystyki (3) powinna być większa od 0,7.

Ogólny algorytm analizy czynnikowej można przedstawić w następujących etapach:

- wyznaczenie macierzy korelacji liniowej między zestandaryzowanymi cechami pierwotnymi,
- oszacowanie wartości ładunków czynnikowych (metodą klasycznej analizy czynnikowej lub metodą głównych składowych),
- rotacja czynników oraz ich interpretacja.

W wyniku zastosowania powyższej procedury otrzymuje się kilka (kilkanaście) czynników głównych. W przypadku metody głównych składowych ich liczba jest równa liczbie rozpatrywanych cech, a w przypadku klasycznej analizy czynnikowej jest mniejsza. Do dalszych analiz nie jest konieczne ujmowanie wszystkich wyodrębnionych czynników, gdyż kilka pierwszych wyjaśnia większą część wariancji wspólnej. Problem wyboru ilości czynników jest najbardziej subiektywnym elementem analizy. Najczęściej stosowanymi kryteriami wyboru ilości czynników są kryteria[343]:

1. Wartości własnych – kryterium wartości własnej Kaisera. Tylko czynniki o wartości własnej większej od 1 powinny być ujmowane, czynniki o wartościach mniejszych od jedności nie są lepsze od pojedynczych zmiennych.
2. Osypiska – liczbę czynników uzyskuje się poprzez analizę wykresu wartości własnych (uporządkowanych malejąco). Należy zachować tyle czynników, ile tworzy strome „zbocze".
3. Jolliffe – w przypadku metody głównych składowych należy pozostawić te czynniki, dla których wartości własne są większe od 0,7.

[343] Zob. ibidem, s. 24.

4. Wyjaśnionej wariancji – w modelu należy zostawić tyle czynników, aby wyjaśniały np. 80% ogólnej wariancji.

Czasem może się okazać, że jedna zmienna jest silnie skorelowana z więcej niż jednym czynnikiem, co może utrudnić ich jednoznaczną identyfikację. Wtedy należy zastosować rotację czynników. Najlepiej, aby każdy czynnik miał kilka ładunków co do modułu wysokich, a pozostałe były bliskie zera. W literaturze wyróżnia się następujące typowe metody rotacji[344]: VARIMAX, BIQUARTIMAX, EQUIMAX oraz rotacje ukośne OBLIMIN, OBLIMAX, PROMAX. Czynniki główne otrzymane za pomocą rotacji ukośnych nie są ortogonalne, co oznacza, że są skorelowane. Należy zwrócić uwagę na fakt, że rotacja czynników nie zmienia ogólnego zasobu zmienności, zmieniają się jedynie zasoby zmienności poszczególnych czynników.

W efekcie przeprowadzonej analizy czynnikowej otrzymano ostateczne wymiary poszczególnych modułów narzędzia badawczego, przedstawione w tablicy nr 11 (dla kwestionariusza merytorycznego) oraz w tablicy nr 12 (dla kwestionariusza pomocniczego).

Tablica 11. Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza merytorycznego

Wymiar	Nazwa	Pytania	Uwagi
CZAS PRACY – osypisko			
1	Komfort pracy	cp_3 cp_4 cp_7	
2	Dostępność usługi medycznej	cp_5 cp_6 cp_14	
3	Organizacja pracy	cp_9 cp_12 cp_13 cp_15	cp_9 odwrotność cp_12 odwrotność
4	Dobór metody	cp_2 cp_8 cp_10	

[344] Więcej na ten temat Ferguson G. A., Takane Y., Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice, PWN, Warszawa 1997, s. 565-568; Gatnar E., Analiza czynnikowa…, op. cit., s. 20-23; Zeliaś A. (red.), Ekonometria przestrzenna…, op. cit., s. 161.

Tablica 11. Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza merytorycznego (ciąg dalszy)

POSTRZEGANA SKUTECZNOŚĆ			
1	Wykonanie kontraktu	ps_19 ps_20 ps_22	
2	Realizacja celów	ps_16 ps_17 ps_18 ps_21	ps_16 odwrotność ps_17 odwrotność
EFEKTYWNOŚĆ			
1	Pobyt pacjenta	e_25 e_28 e_30 e_31	
2	Wskaźnik hospitalizacji	e_23 e_24 e_27 e_29	
DOSTĘPNOŚĆ			
1	Potrzeby pacjentów	d_33 d_34 d_37 d_38 d_41	d_39 odwrotność d_40 odwrotność
2	Dostępność dla pacjentów	d_35 d_39 d_40	
JAKOŚĆ			
1	Jakość usługi	j_43 j_45 j_46 j_49	
2	Efekt medyczny	j_44 j_50	
INNE ELEMENTY ZARZĄDZANIA			
-	-	Wszystkie pytania	

Tablica 11. Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza merytorycznego (ciąg dalszy)

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI			
1	Dostosowanie do UE	zzl_64 zzl_68 zzl_69 zzl_71 zzl_75	zzl_71 odwrotność
2	Równowaga ZL	zzl_62 zzl_66 zzl_67 zzl_73	
3	Uzupełnianie ZL	zzl_70 zzl_72	

Źródło: Opracowanie własne.

Tablica 12. Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza pomocniczego

Wymiar	Nazwa	Pytania	Uwagi
MOTYWACJA			
1	Relacje interpersonalne	A_8 A_9 A_10 A_11 A_12 A_14 A_15	
2	Wynagradzanie	A_6 A_7	
3	Pakiet socjalny	A_3 A_4 A_5	
PO 1. 01. 2008 r.			
1	Jakość pracy	B_17 B_18 B_21 B_22 B_28	
2	Realizacja celów	B_23 B_30	
3	Wzrost obowiązków	B_19 B_20	

Źródło: Opracowanie własne.

Dla tej postaci narzędzi badawczych wartości testu rzetelności α Cronbacha uległy znacznej poprawie i kształtowały się w dopuszczalnym przedziale. Ostateczne wartości testu

rzetelności α Cronbacha dla narzędzia merytorycznego oraz pomocniczego przedstawiają odpowiednio tabela nr 5 oraz tabela nr 6.

Tabela 5. Ostateczne wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)

Moduł	Wymiar	α Cronbacha
CZAS PRACY	Komfort pracy	0,821
	Dostępność usługi medycznej	0,792
	Organizacja pracy	0,708
	Dobór metody	0,793
POSTRZEGANA SKUTECZNOŚĆ	Wykonanie kontraktu	0,689
	Realizacja celów	0,652
EFEKTYWNOŚĆ	Pobyt pacjenta	0,955
	Wskaźnik hospitalizacji	0,845
DOSTĘPNOŚĆ	Potrzeby pacjentów	0,953
	Dostępność dla pacjentów	0,871
JAKOŚĆ	Jakość usługi	0,846
	Efekt medyczny	0,521
INNE ELEMENTY ZARZĄDZANIA	-	0,965
ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI	Dostosowanie do UE	0,813
	Równowaga ZL	0,848
	Uzupełnianie ZL	0,712

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 6. Ostateczne wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)

Moduł	Wymiar	α Cronbacha
MOTYWACJA	Relacje interpersonalne	0,933
	Wynagradzanie	0,807
	Pakiet socjalny	0,875
PO 1. 01. 2008 r.	Jakość pracy	0,920
	Realizacja celów	0,726
	Wzrost obowiązków	0,836

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane wymiary określają zależności pomiędzy poszczególnymi czynnikami w ramach określonego modułu. Ich interpretację dla narzędzia merytorycznego przedstawia tablica nr 13.

Tablica 13. Interpretacja modułów dla narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)

Moduł	Wymiar	Interpretacja wymiaru
CZAS PRACY	Komfort pracy	Zależność pomiędzy sposobem wprowadzenia metody czasu pracy w danej jednostce organizacyjnej, wynikającej z dostosowania do wymogów UE a jakością pracy w jednostce oraz wynikająca z tego realizacja celów jednostki.
	Dostępność usługi medycznej	Wpływ ilości pracowników zatrudnionych w danej jednostce organizacyjnej na dostępność oraz jakość świadczonych przez nich usług medycznych wynikający z wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy.
	Organizacja pracy	Wpływ wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikający z realnych potrzeb danej jednostki organizacyjnej, na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów.
	Dobór metody	Wpływ wdrożenia metody zarządzania czasem pracy, wynikający z przyjętych regulacji unijnych, na organizację pracy danej jednostki organizacyjnej.
POSTRZEGANA SKUTECZNOŚĆ	Wykonanie kontraktu	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem na skuteczne wykorzystanie personelu oraz skuteczną pracę zespołu umożliwiającą realizację kontraktu z NFZ.
	Realizacja celów	Zależność pomiędzy dostosowaniem do wymogów UE a realizacją celów jednostki.
EFEKTYWNOŚĆ	Pobyt pacjenta	Wpływ wdrożenia metody zarządzania czasem pracy na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta oraz wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizacja kontraktu z NFZ
	Wskaźnik hospitalizacji	Zależność pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną.

Tablica 13. Interpretacja modułów dla narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny) – ciąg dalszy

DOSTĘPNOŚĆ	Potrzeby pacjentów	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej.
	Dostępność dla pacjentów	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji.
JAKOŚĆ	Jakość usługi	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów.
	Efekt medyczny	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na specjalizację świadczonej usługi zapewniającą pozytywny efekt medyczny.
INNE ELEMENTY ZARZĄDZANIA	**-**	Określenie zależności pomiędzy stosowaną metodą zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką.
ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI	Dostosowanie do UE	Wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy, spełniającej założenia wymagań UE, na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki.
	Równowaga ZL	Zależność pomiędzy wprowadzeniem metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do UE, a problemem równowagi zasobów ludzkich, przejawiającym się brakiem zasobów ludzkich oraz wykorzystaniem jego potencjału
	Uzupełnianie ZL	Określenie sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy.

Źródło: Opracowanie własne.

Interpretację zależności pomiędzy poszczególnymi czynnikami w ramach modułu „motywacja" oraz „po 1. 01. 2008 r." dla narzędzia pomocniczego przedstawia tablica 14.

Tablica 14. Interpretacja modułów dla narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)

Moduł	Wymiar	Interpretacja wymiaru
MOTYWACJA	Relacje interpersonalne	Określenie atmosfery panującej w miejscu pracy poprzez ocenę relacji z bezpośrednim przełożonym, docenianie zaangażowania, sposób rekrutacji, awansowania oraz szkoleń, a także sposób określania zadań i celów.
	Wynagradzanie	Określenie poziomu wynagradzania oraz jego adekwatności w stosunku do wykonywanej pracy.
	Pakiet socjalny	Określenie panujących w danej jednostce organizacyjnej socjalnych warunków pracy, ochrony socjalnej oraz adekwatności form zatrudnienia dla danej jednostki.
PO 1. 01. 2008 r.	Jakość pracy	Zależność pomiędzy wdrożoną metodą zarządzania czasem pracy, wynikającą z dostosowań do UE, a komfortem pracy oraz jej organizacją w danej jednostce.
	Realizacja celów	Wpływ wdrożonej metody zarządzania czasem pracy na skuteczność realizacji celów jednostki organizacyjnej.
	Wzrost obowiązków	Zależność pomiędzy wdrożeniem metody zarządzania czasem pracy a zakresem obowiązków pracowników.

Źródło: Opracowanie własne.

Należy podkreślić, iż w obu narzędziach badawczych przyjęto następującą skalę:

zdecydowanie zgadzam się 1,
zgadzam się 2,
nie mam zdania 3,
nie zgadzam się 4,
zdecydowanie nie zgadzam się 5.

Przyjęta skala posłużyła w dalszej kolejności do statystycznego opracowania otrzymanych wyników. Ponadto należy również zaznaczyć – co ma znaczenie przy dalszej analizie i interpretacji uzyskanych wyników – iż pytania cp_9, cp_12, ps_16, ps_17, d_39, d_40 oraz zzl_71 są pytaniami odwrotnymi, tzn. dla stwierdzenia „zdecydowanie zgadzam się"

odpowiada wartość 5, natomiast dla stwierdzenia „zdecydowanie nie zgadzam się" odpowiada wartość 1.

5.4. Kierunki analiz statystycznych

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych oraz realizacji celów badawczych, w analizie badań empirycznych wykorzystano szereg testów statystycznych. W szczególności analizę statystyczną rozpoczęto od **analizy wariancji**.

Założenia:

- zmienna ma rozkład normalny
- nie ma różnic w wariancji w poszczególnych grupach.
- wariancje nie muszą być znane.

Wówczas jednoczynnikowa analiza wariancji (zbiorowość została podzielona ze względu na jedną cechę) pozwala zweryfikować hipotezę zerową i alternatywną:

$$\left.\begin{array}{l} H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = \alpha_3 \\ H_1: \alpha_1 \neq \alpha_2 \text{ lub } \alpha_1 \neq \alpha_3 \text{ lub } \alpha_2 \neq \alpha_3, \end{array}\right\} \qquad (4)$$

gdzie parametry α_i mierzą odchylenia nadziei matematycznych (średnich) w poszczególnych grupach od ogólnej nadziei matematycznej (całej zbiorowości). W przypadku, gdy przyjmie się hipotezę zerową, oznacza to, że nie ma istotnych różnic w średnich w poszczególnych grupach. W przypadku, gdy hipoteza zerowa jest prawdziwa, to statystyka[345]:

$$F = \frac{U_1^2}{U_e^2}\frac{n-p}{p-1} = \frac{\frac{1}{p-1}\sum_{i=1}^{p}(\overline{Y}_i. - \overline{Y}..)^2 n_i}{\frac{1}{n-p}\sum_{i=1}^{p}\sum_{j=1}^{n_i}(Y_{ij} - \overline{Y}_i.)^2} \qquad (5)$$

gdzie:

$\overline{Y}_i. = \frac{1}{n_i}\sum_{j=1}^{n_i} Y_{ij}$, czyli jest średnią arytmetyczną w poszczególnych grupach,

$\overline{Y}.. = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{p}\sum_{j=1}^{n_i} Y_{ij} = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{p}\overline{Y}_i.n_i$, czyli jest ogólną średnią arytmetyczną (w całej zbiorowości),

[345] Por. Pawłowski Z., Statystyka matematyczna, PWN, Warszawa 1976, s. 195.

p – liczba grup i = 1, 2, 3
n – liczebność ogólna
n_i – liczebność w poszczególnych grupach

ma rozkład F Fischera-Snedecora o p – 1 i n – p stopniach swobody. Licznik statystyki (5) nosi nazwę wariancji z próby według badanego czynnika (*ŚK pom. grupami*), a mianownik – wariancji resztowej (*ŚK reszt.).* Wyrażenie:

$\sum_{i=1}^{p} (\overline{Y}_i. - \overline{Y}..)^2 n_i$ w obliczeniach będzie nazwane *SK pom. grupami*, a

$\sum_{i=1}^{p} \sum_{j=1}^{n_i} (Y_{ij} - \overline{Y}_i.)^2$ będzie nazwane *SK reszt*. Statystyka (6) dalej będzie oznaczana literą *F*.

W celu dokładniejszego zbadania różnić pomiędzy poszczególnymi grupami zastosowano test **Newmana-Keulsa**, gdzie statystyka ma postać:

$$| \bar{y}_i - \bar{y}_j | = \left| \frac{1}{\sqrt{2}} t_{\alpha,s} \sqrt{\left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right) \frac{(n_i - 1)\hat{S}_i^2 + (n_j - 1)\hat{S}_j^2}{n_i + n_j - 2}} \right|, \qquad (6)$$

a krytyczne poziomy istotności dla ocen modułów różnic średnich warunkowych określane są jako:

$$P(NIR \geq | \bar{x}_i - \bar{x}_j |) = \alpha_{|\bar{x}_i - \bar{x}_j|} \qquad (7)$$

W przypadku, gdy nie jest spełnione założenie jednorodności wariancji, stosuje się test „ANOVA nieparametryczna" – test Kruskala-Wallisa.

Zgodnie z testem **Kruskala-Wallisa**[346] danych jest k populacji generalnych o dowolnych rozkładach z ciągłymi dystrybuantami $F_1(x)$, ..., $F_k(x)$. Z populacji tych wylosowano niezależnie n_i elementów do próby. Wszystkie elementy razem (bez podziału na podgrupy) są rangowane.

[346] Więcej na ten temat pisze: Domański C., Testy statystyczne, PWE, Warszawa 1980, s. 147; Domański C., Statystyczne testy nieparametryczne, PWE, Warszawa 1979, s. 152 oraz Ferguson G., Takane Y., Analiza statystyczna…, op. cit., s. 463-465.

Hipotezy:

$$\left.\begin{array}{l} H_0: F_1(x) = \ldots = F_k(x) \\ H_1: F_1(x) \neq F_j(x) \text{ dla pewnych par (nie musi być dla wszystkich)} \end{array}\right\} \quad (8)$$

Statystyka:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{i=1}^{k} \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n+1), \quad (9)$$

gdzie:

$n = n_1 + n_2 + \ldots + n_k$

$$R_i = \sum_{j=1}^{n} r_{ij}$$

jest sumą rang w każdej próbie i oddzielnie (składników sumy jest tyle, ile obserwacji w każdej próbie). Jest to liczone dla k populacji.

Statystyka przy założeniu prawdziwości H_0 ma asymptotyczny rozkład χ^2 o k-1 stopniach swobody. Hipotezę zerową odrzucamy, gdy $H \geq \chi_\alpha^2$ przy czym χ_α^2 odczytujemy z tablic rozkładu χ^2 dla przyjętego stopnia istotności α i k-1 stopni swobody.

Sprawdzenie normalności rozkładu wykonano natomiast testem **Shapiro-Wilka**.

Test Shapira Wilka oparty jest na statystykach pozycyjnych. Przy założeniu, że H_0: F(x) – ma rozkład normalny, statystyki pozycyjne mają wartości oczekiwane, wariancje i kowariancje wyrażone znanymi funkcjami liniowych parametrów μ oraz σ. Pozwala to na wykorzystanie metody najmniejszych kwadratów do estymacji tych parametrów.
Statystyka Shapira-Wilka ma postać:

$$W = \frac{\sum_{i=1}^{n/2} a_{n,i} (x_{n-i+1} - x_i)^2}{\sum_{i=1}^{n} (x_i - \bar{x})^2}, \quad (10)$$

przy czym:

$$\sum_{i=1}^{n} a_{n,i} = 0, \sum_{i=1}^{n} a_{n,i}^2 = 0$$

Wartości współczynników $a_{i,n}$ oraz wartości krytyczne zostały stablicowane przez Shapiro-Wilka dla n<50.

Powyższa statystyka jest niezmiennicza względem skali i początku układu, a w związku z tym można ten test stosować do hipotez złożonych (są to hipotezy, które nie są proste tzn. jeżeli w jednoznaczny sposób określa rozkład zmiennej losowej. Oznacza to, że hipoteza prosta określa zarówno typ rozkładu, jaki i wartości wszystkich parametrów, od których zależy rozkład tej zmiennej losowej np.: rozkład normalny, z średnią 5 i odchyleniem 2).
Hipoteza zerowa jest odrzucana, jeśli odczytana z odpowiednich tablic wartość W jest mniejsza od wartości W_{α}.

Ocenę równości wariancji w poszczególnych grupach wykonano natomiast testem **Browna-Forsytha.**

Na wstępie wszystkie wymiary opisujące poszczególne moduły sprawdzono pod kątem normalności rozkładu (dotyczy to podziału według wszystkich kategorii tj. poszczególnych grup jednostek, formy zatrudnienia, systemu czasu pracy itd.). Wyniki testu zostały przedstawione w tabeli nr 7.

Tabela 7. Statystyki opisowe

Wymiar	Wartość testu Shapiro-Wilka (W)	p
Komfort pracy	0,849	**0,000**
Dostępność usługi medycznej	0,821	**0,000**
Organizacja pracy	0,934	**0,037**
Dobór metody	0,912	**0,009**
Wykonanie kontraktu	0,920	**0,015**
Realizacja celów	0,954	0,147
Pobyt pacjenta	0,817	**0,000**
Wskaźnik hospitalizacji	0,884	**0,002**
Potrzeby pacjentów	0,832	**0,000**
Dostępność dla pacjentów	0,776	**0,000**
Jakość usługi	0,872	**0,001**
Efekt medyczny	0,819	**0,000**
Inne elementy zarządzania	0,877	**0,001**
Dostosowanie do UE	0,838	**0,000**
Równowaga ZL	0,845	**0,000**
Uzupełnianie ZL	0,914	**0,009**

Źródło: Opracowanie własne.

Kolorem czerwonym + pogrubienie zaznaczono te przypadki, gdzie hipoteza zerowa jest odrzucana na rzecz hipotezy alternatywnej (wartość p musi być mniejsza lub równa 0,05). W naszym przypadku H_0 mówi, że zmienna ma rozkład normalny, a alternatywna, że nie ma tego rozkładu normalnego. W związku z tym w każdym przypadku (oprócz wymiaru

„realizacja celów") można stwierdzić, że zmienne obrazujące wymiary nie mają rozkładu normalnego, a więc nie można stosować parametrycznej analizy wariancji. We wszystkich analizach zastosowano więc test Kruskala-Wallisa (także w przypadku wymiaru „realizacja celów"). Nie będzie także sprawdzana równość wariancji (przy teście Kruskala-Wallisa nie ma tego obowiązku). Jedynie dla kryteriów „system czasu pracy", „praca w godzinach nadliczbowych", elastyczność czasu pracy" oraz „elastyczność zatrudnienia" – ze względu, iż nie zostało spełnione założenie o normalności rozkładu i nie można było skorzystać z testu t-Studenta – zastosowano nieparametryczny test **U Manna-Whitneya**.

Nieparametryczny test U Manna-Whitneya zakłada, że[347]:

- dwie zmienne są niezależne, ciągłe,
- sprawdzaną hipotezą jest hipoteza postaci:

$$H_0: F(x) = G(y) \qquad (11)$$

która głosi, że dwie próby były wylosowane z populacji o tym samym rozkładzie (czyli są takie same).

Wobec hipotezy alternatywnej:

$$H_1: F(x) \neq G(y) \qquad (12)$$

która głosi, że dwie próby nie są wylosowane z populacji o tym samym rozkładzie (czyli różnią się pomiędzy sobą).

W pierwszym kroku uporządkowano obie grupy łącznie według wielkości i nadano rangi (1 – dla wartości najmniejszej, 2 – dla następnej itd.) wartościom pierwszej i drugiej próby oddzielnie. Sprawdzianem tego testu jest statystyka określona wzorem:

$$U = nm + \frac{n(n+1)}{2} - R_1, \qquad (13)$$

gdzie R_1 jest sumą rang przydzielonych wartościom pierwszej próby. W przypadku, gdy liczebności prób są większe od 10, korzysta się z przybliżenia normalnego, przy czym nadzieja matematyczna wynosi:

[347] Więcej na ten temat Domański C., Testy statystyczne, op. cit., s. 144 oraz Ferguson G., Takane Y., Analiza statystyczna…, op. cit., s. 457 oraz 460-461.

$$E(U) = \frac{1}{2} n_1 n_2 \qquad (14)$$

a wariancja:

$$D(U) = \frac{1}{12} n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1) \qquad (15)$$

Uzyskane wyniki dały możliwość oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy względem poszczególnych kryteriów wyznaczających metody zarządzania czasem pracy w następującej kolejności:

1. Ocena skuteczności dla wszystkich JEDNOSTEK;
2. Ocena skuteczności dla poszczególnych GRUP JEDNOSTEK;
3. Ocena skuteczności dla FORMY ZATRUDNIENIA;
4. Ocena skuteczności dla DYŻURÓW MEDYCZNYCH (razem z kontraktem oraz po wyłączeniu kontraktu);
5. Ocena skuteczności dla SYSTEMU CZASU PRACY;
6. Ocena skuteczności dla PRACY W GODZINACH NADLICZBOWYCH;
7. Ocena skuteczności dla ELASTYCZNOŚCI CZASU PRACY;
8. Ocena skuteczności dla ELASTYCZNOŚCI ZATRUDNIENIA.

Następnie dokonano analizy **korelacji**, czyli zależności między poszczególnymi wymiarami. Korelacja ta została wyliczona ze wzoru[348]:

$$r_{XY} = \frac{\sum_{i=1}^{n}\sum_{j=1}^{n}(X_i - \overline{X})(Y_j - \overline{Y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^{n}(X_i - \overline{X})^2 \cdot \sum_{j=1}^{n}(Y_j - \overline{Y})^2}}, \qquad (16)$$

gdzie n jest liczebnością, a $\overline{X}$ i $\overline{Y}$ - średnie zmiennych X i Y.

Miara ta przyjmuje wartości z przedziału <-1, 1>. Ujemna wartość tego współczynnika mówi o zależności przeciwnej (wzrost wartości pewnej zmiennej będzie powodować spadek wartości drugiej zmiennej). Wartość bliska – 1 świadczy o bardzo dużej zależności liniowej

[348] Por. Pawłowski Z., Statystyka matematyczna, op. cit., s. 248.

ujemnej, a wartości bliska jedności dowodzi silnej zależności dodatniej. Jeśli wartość współczynnika korelacji jest bliska zeru, to w tym przypadku mówimy o braku zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Następnie, w celu stwierdzenia, czy związek jest statystycznie istotny, tzn. czy wartość współczynnika korelacji obliczonego według wzoru (16) statystycznie różni się od zera, należy zweryfikować hipotezę o istotności współczynnika korelacji. Hipoteza zerowa głosi, że wartość współczynnika jest równa zeru – (17), a alternatywna, że wartość współczynnika korelacji różni się od zera – (18):

$$H_0: \ \rho = 0 \qquad (17)$$
$$H_1: \ \rho \neq 0 \qquad (18)$$

W celu zweryfikowania hipotezy zerowej należy obliczyć statystykę[349]:

$$t = \frac{r_{XY}}{\sqrt{1 - r_{XY}^2}} \sqrt{n-2}\,, \qquad (19)$$

gdzie n oznacza liczebność próby.

Statystyka ta ma przy założeniu prawdziwości hipotezy H_0 rozkład t-Studenta z n–2 stopniami swobody. Z tablic rozkładu t-Studenta dla ustalonego z góry poziomu istotności α (w tym przypadku ustalono α na poziomie 0,05) i dla n–2 stopni swobody odczytuje się wartość krytyczną t_α tak, by:

$$P\{|t| \geq t_\alpha\} = \alpha \qquad (20)$$

Jeżeli z porównania obliczonej wartości t z wartością krytyczną t_α otrzymamy nierówność $|t| \geq t_\alpha$, to hipotezę H_0 o braku korelacji (zależności) miedzy zmiennymi należy odrzucić, jeśli znowu otrzymamy nierówność $|t| < t_\alpha$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy H_0, co oznacza, że zmienne X i Y są nieskorelowane (niezależne).

Lepszym rozwiązaniem niż badanie istotności statystycznej wszystkich współczynników korelacji jest obliczenie wartości progowej r^*. Wartości współczynników mniejsze niż wartość progowa są statystycznie nieistotne, a wartości większe są statystycznie istotne. Wartość progową ustala się według następującego wzoru:

[349] Więcej na ten temat Greń J., statystyka matematyczna – modele i zadania, PWN, Warszawa 1978, s. 165.

$$r^* = \sqrt{\frac{t_\alpha^2}{t_\alpha^2 + n - 2}} \ , \qquad (21)$$

gdzie:

t_α – wartość odczytana z tablic dystrybuanty rozkładu t-Studenta dla $(n - 2)$ stopni swobody oraz zadanego poziomu istotności.

Uzyskano wynik $r^* = 0{,}334$ – wartość progowa dla $\alpha = 0{,}05$. W tabeli nr 8 przedstawiono przyjęte w pracy przedziały korelacji.

Tabela 8. Przyjęte przedziały korelacji

Przedział	Korelacja
0 – 0,1	brak zależności
0,1 – 0,2	bardzo słaba zależność
0,2 – 0,4	słaba zależność
0,4 – 0,6	zależność umiarkowana
0,6 – 0,8	silna zależność
0,8 – 0,9	bardzo silna zależność
0,9 – 1	zależność liniowa

Źródło: Opracowanie własne.

W ostatniej kolejności zweryfikowano postawione na początku założenie badawcze oraz hipotezy badawcze.

ROZDZIAŁ VI. ANALIZA BADAŃ EMPIRYCZNYCH

6.1. Opis wyników badań jakościowych

Prowadząc badania jakościowe przebadano osiem losowo wybranych jednostek służby zdrowia na terenie województwa śląskiego[350]. Pierwszą badaną jednostką był Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu. Historia szpitala sięga XIX wieku – mieścił się wówczas w małym domu, posiadał zaledwie kilka łóżek, a pacjentami zajmował się jeden lekarz. W roku 1870 na Placu Poniatowskim został wybudowany nowy Szpital – jak na owe czasy nowoczesny i odpowiadający potrzebom ówczesnego szesnasto-tysięcznego miasta. W 1910 roku Szpital został przejęty przez Spółkę Bracką Tarnowskie Góry (z siedzibą w Berlinie). Od tej chwili oferował on społeczeństwu szeroką gamę usług medycznych (interna, ginekologia, ortopedia, przytułek dla nieuleczalnie chorych). W roku 1924 powstały cztery oddzielne oddziały, mianowicie wewnętrzny (wraz z pediatrią, oraz oddziałem zakaźnym), chirurgiczny, ginekologiczno – położniczy oraz skórno – weneryczny. W 1948 roku szpital stał się jednostką budżetową i podlegał prawu budżetowemu. Trzy lata później – na mocy umowy między rektorem Śląskiej Akademii Medycznej a wojewodą katowickim – utworzono w Szpitalu trzy Kliniki na bazie ortopedii, chirurgii ogólnej oraz położnictwa i ginekologii. Pod koniec lat 50-tych utworzona została kolejna Klinika Chorób Wewnętrznych. W 1971 roku wszystkie jednostki ochrony zdrowia w Bytomiu zostały połączone w jeden Zespół Opieki Zdrowotnej. Stan taki istniał do roku 1993. Od tego też roku szpital stał się ponownie oddzielną jednostką budżetową. Jego organem założycielskim było miasto Bytom. Obecnie szpital zatrudnia około tysiąca osób, oprócz oddziałów klinicznych posiada wszystkie podstawowe oddziały specjalistyczne, takie jak: ginekologia, neonatologia, ortopedia, laryngologia, dermatologia oraz zespół specjalistycznych poradni przyszpitalnych.

Kolejną badaną jednostką był zespół szpitali: Szpital Miejski nr 1, nr 2 oraz nr 3 w Sosnowcu. Stanowi on kompleks trzech dużych jednostek, których organem założycielskim jest prezydent miasta Sosnowiec. Wszystkie trzy obiekty funkcjonowały do dnia 7 lutego 2008 roku niezależnie, natomiast decyzją radnych od dnia 8. lutego 2008 r. nastąpiło formalne połączenie wszystkich jednostek. Od tego też momentu rozpoczęły się intensywne prace nad restrukturyzacją naprawczą. W jednostce nr 3 zlokalizowana jest Izba Przyjęć, która prowadzi całodobowy dyżur internistyczny jako zabezpieczenie mieszkańców Sosnowca

[350] Opracowano na podstawie materiałów wewnętrznych badanych jednostek.

wymagających natychmiastowej hospitalizacji z objawami zagrażającymi zdrowiu i życiu dotyczącymi chorób wewnętrznych, a także neurologicznych, w tym udarów mózgu, działa w pełni wyposażony Pododdział Udarowy oraz dwa Oddziały Neurologiczne, a także Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Pracownia Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego. Dla zapewnienia bezpieczeństwa leczonych tam pacjentów powołano całodobowo dyżurujący Zespół Reanimacyjny. Działalność zabiegowa natomiast została zgrupowana w jednostce nr 1. Całodobowo jest tam dostępny zespół anestezjologiczny i zespół zabiegowy, jako zabezpieczenie mieszkańców Sosnowca z objawami zagrażającymi zdrowiu i życiu wymagających natychmiastowej hospitalizacji z wdrożeniem leczenia operacyjnego. Specjalizacja z zakresu położnictwa i ginekologii oraz neonatologii została zgrupowana w jednostce nr 2. Wszystkie placówki prowadzą ponadto przyszpitalne poradnie specjalistyczne. Łącznie szpitale zatrudniają powyżej tysiąca osób, wszystkie też – poza podstawową działalnością specjalistycznych oddziałów – świadczą usługi w specjalistycznych poradniach przyszpitalnych.

Następną badaną jednostką służby zdrowia był Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie. Jest to placówka zatrudniająca blisko dwustu wysoko wykwalifikowanych specjalistów, wyposażona w wysokiej klasy sprzęt medyczny. Szpital prowadzi działalność medyczną obejmującą lecznictwo stacjonarne (oddziały) oraz otwarte (w oparciu o kilkanaście przyszpitalnych poradni specjalistycznych). Szeroka gama świadczeń medycznych wspierana jest na co dzień przez szpitalne pracownie diagnostyczne oraz laboratorium. W chwili obecnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie jest jednym z najlepiej wyposażonych szpitali w województwie. Dysponuje nowoczesną bazą sprzętowo-diagnostyczną, która pozwala na kompetentną diagnostykę i leczenie chorych. Rocznie w szpitalu hospitalizowanych jest około piętnastu tysięcy pacjentów. Z porad specjalistycznych korzysta blisko pięćdziesiąt tysięcy pacjentów. Jako jedna z nielicznych placówek w Polsce posiada nowoczesny sześćdziesięciocztero rzędowy tomograf. Z początkiem października 2006 roku w Szpitalu rozpoczęto budowę nowoczesnego bloku operacyjnego wraz z modułem sterylizacji. Ponadto, w 2000 roku Szpital został wyróżniony w ogólnopolskie akcji „Rodzić po ludzku", organizowanej przez „Gazetę Wyborczą", został zakwalifikowany do Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, a także uzyskał w 1998 roku tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku" przyznawany przez WHO i UNICEF.

W następnej kolejności badano Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty". Jest to unikalny w skali kraju specjalistyczny szpital rehabilitacyjny, realizujący poszpitalną

rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych, neurologicznych i urazowo-ortopedycznych. Posiada pięćset sześćdziesiąt łóżek i leczy rocznie około ośmiu tysięcy chorych. Liczba porad udzielanych co roku w specjalistycznych poradniach przyszpitalnych dochodzi do dziesięciu tysięcy. Działają tu także Poradnie Logopedyczna i Kardiologiczna. W czterdziestu dwóch specjalistycznych salach gimnastycznych, gabinetach fizjoterapii i hydroterapii przeprowadza się miesięcznie ponad dziewięćdziesiąt tysięcy procedur fizjoterapeutycznych. Szpital posiada niezbędny dla celów rehabilitacji dział diagnostyki medycznej. Ponadto, badana jednostka jest członkiem Krajowej i Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie oraz Polskiej Izby Rehabilitacji. Posiada też uprawnienia do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych dla lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej oraz specjalizacji magistrów fizjoterapii. W centrum prowadzone są ponadto zajęcia z rehabilitacji dla studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach oraz słuchaczy medycznych studiów zawodowych w Zabrzu i Bytomiu. Personel Centrum liczy ok. pięciuset czterdziestu pracowników. W tej liczbie znajdują się wybitni specjaliści rehabilitacji, lekarze i fizjoterapeuci, którzy posiadają znaczny dorobek naukowy. Jest on potwierdzony licznymi publikacjami i stopniami doktora nauk. Kadrę centrum tworzą także doświadczone pielęgniarki oraz inni pracownicy medyczni z wykształceniem wyższym (logopedzi, psycholodzy) oraz wykształceniem średnim (technicy fizjoterapii, technicy elektroradiologii, a także specjaliści z dziedziny ekonomii, organizacji i zarządzania oraz administracji i informatyki).

Kolejną badaną jednostką było Gliwickie Centrum Onkologii. Instytut Onkologii w Gliwicach powstał w 1947 roku, a w 1951 roku przekształcił się w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach. Centrum Onkologii należy do wiodących w Polsce, wysokospecjalistycznych, nowoczesnych i dobrze zorganizowanych ośrodków kliniczno-naukowych. Nowoczesne zaplecze aparaturowe oraz wyspecjalizowany zespół zapewniają pacjentom z całego kraju diagnostykę i leczenie na poziomie standardów światowych, najwyższą precyzję i technologię, wysoką skuteczność i unikalne metody leczenia. Centrum prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i naukowo-badawczą oraz szkolenia specjalizacyjne dla lekarzy z zakresu onkologii. Działalność kliniczna prowadzona jest we współpracy z wieloma ośrodkami onkologicznymi w Polsce i na świecie w oparciu o najnowsze, uznane schematy postępowania terapeutycznego. Jednocześnie wdrażane są nowe metody lecznicze o charakterze nowatorskim i eksperymentalnym. Przedmiotem

szczególnego zainteresowania jest skojarzone leczenie chorób nowotworowych, co pozwala na uzyskiwanie optymalnych wyników leczenia. Kadrę jednostki tworzy wysokokwalifikowany i doświadczony zespół lekarzy specjalistów onkologów, szkolony w najważniejszych europejskich i amerykańskich ośrodkach onkologicznych. Zespół ten wspomagany jest w opiece medycznej przez profesjonalnych techników i pielęgniarki onkologiczne. Instytut od 2006 roku wykonuje Pozytonową Tomografię Emisyjną (PET-CT), która jest nowoczesną techniką obrazowania nowotworów. Metoda ta pozwala dokładnie określić, gdzie znajduje się guz nowotworowy i czy daje przerzuty, co prowadzi do polepszenia prognoz oraz doboru właściwego leczenia. Centrum składa się z następujących jednostek organizacyjnych: Zakładu Radioterapii, Zakładu Brachyterapii, Zakładu Planowania Radioterapii i Brachyterapii, Zakładu Fizyki Medycznej, Zakładu Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, Zakładu Radiodiagnostyki, Zakładu Patologii Nowotworów, Zakładu Analityki i Biochemii Klinicznej, Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Bloku Operacyjnego, Kliniki Radioterapii (I, II i III), Kliniki Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej oraz Pracowni Rehabilitacyjnej.

W ostatniej kolejności zbadano jednostki organizacyjne było Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach. Historia tej jednostki sięga początku XX wieku i związana jest z tworzeniem na Górnym Śląsku Zawodowej Straży Pożarnej. Aktualnie Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach posiada stacje Pogotowia Ratunkowego w Katowicach (oraz dwie podstacje na Osiedlu Tysiąclecia i przy ul. Bednorza oraz dwa tzw. zespoły wyjazdowe na Ochojcu i Wełnowcu), Bytomiu, Radzionkowie, Tarnowskich Górach (oraz zespół wyjazdowy przy ul. Górniczej), Chorzowie, Świętochłowicach, Siemianowicach Śląskich, Mysłowicach, Rudzie Śląskiej, Zabrzu (oraz zespół wyjazdowy w Rokitnicy), Gliwicach, Pyskowicach, Knurowie (oraz zespół wyjazdowy w Czerwionce-Leszczynach), Tychach (oraz zespół wyjazdowy w Bieruniu), Mikołowie (oraz zespół wyjazdowy w Orzeszu), Pszczynie i Jastrzębiu Zdroju. Jednostka dysponuje stu czterdziestoma pięcioma samochodami i sześćdziesięcioma dwoma zespołami ratownictwa medycznego: trzydzieści dwa z nich to zespoły „S", 29 zespoły „P" i jeden zespół „N". Ogółem zatrudnienie w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym wynosi około tysiąc siedemset pięćdziesiąt pracowników. W skali roku ratownicy i lekarze Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego wykonują ok. trzystu tysięcy interwencji, w tym sto osiemdziesiąt tysięcy to wyjazdy ratunkowe, a sto dwadzieścia tysięcy to wizyty i porady ambulatoryjne, wykonywane w

ramach obsługi podstawowej opieki zdrowotnej. Ważnym wydarzeniem w najnowszej historii Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach jest uruchamianie zintegrowanych stanowisk dyspozytorskich. Pierwsze takie stanowisko, gdzie dyspozytorzy medyczni pogotowia pracują z dyżurnym strażakiem, policjantem oraz dyspozytorem straży miejskiej, było Centrum Ratownictwa w Gliwicach (uruchomione w 2004 roku), następnie podobne stanowiska utworzono w Siemianowicach Śląskich, Tarnowskich Górach, a w trakcie tworzenia są takie stanowiska w Świętochłowicach i Mysłowicach. Obecnie trwa rozruch Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Urzędzie Miejskim w Katowicach. 1 sierpnia 2006 roku Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe przejęło Wyjazdową Pomoc Lekarską z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu Zdroju tworząc 17 stację pogotowia.

Na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych ustalono, które z badanych jednostek organizacyjnych stosują poszczególne metody zarządzania czasem pracy oraz jakie stosują kryteria poszczególnych metod (kryteria te zostały szczegółowo opisane w rozdziale poprzednim w matrycy taksonomicznej). Wyniki zawarte zostały w tabeli nr 9.

Tabela 9. Kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy w badanych jednostkach

Lp.	Jednostka organizacyjna	Skrót	System czasu pracy	Harmonogramy (grafiki)	Okres rozliczeniowy	Praca w godzinach nadliczbowych	„Dyżury medyczne”	Elastyczne la czasu pracy	Elastyczne la zatrudnienia
1	Bytom, Oddział Laryngologii Dzieci	b_ld	1	1	2	2	1	2	2
2	Bytom, Oddział Ortopedii Dziecięcej	b_o	1	1	2	2	1	2	2
3	Bytom, Oddział Chirurgii Dzieci	b_chd	1	1	2	2	1	1	1
4	Bytom, Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej	b_g5	2	1	3	1	4	1	1
5	Bytom, Oddział Położnictwa i Ginekologii	b_g3	1	1	3	2	4	1	1
6	Bytom, Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej	b_ch	2	1	3	1	4	1	1
7	Bytom, Oddział Dermatologii	b_d	1	1	2	2	2	2	2
8	Bytom, Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej	b_i	1	1	3	1	4	1	1
9	Bytom, Oddział Noworodków	b_n	1	1	2	2	2	1	2
10	Bytom, poradnie	b_p	2	1	1	3	3	1	1

Tabela 9. Kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy w badanych jednostkach (ciąg dalszy)

11	Sosnowiec, Oddział Skórno-Wenerologiczny	s3_sw	2	1	3	1	1	2	2
12	Sosnowiec, Oddział Położniczo-Ginekologiczny I	s3_pg1	2	1	3	1	4	1	1
13	Sosnowiec, Oddział Chirurgii Ogólnej II	s3_cho2	1	1	3	2	1	2	2
14	Sosnowiec, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	s3_rn	2	1	3	1	4	1	1
15	Sosnowiec, Oddział Wewnętrzny	s3_wew	2	1	3	1	4	1	1
16	Sosnowiec, Oddział Neurologii	s3_n	1	1	3	2	2	2	1
17	Sosnowiec, Oddział Anestezjologii	s3_a	1	1	3	1	2	1	1
18	Sosnowiec, Zagórze, poradnie	s3_pz	2	1	1	1	4	1	1
19	Sosnowiec, Zagórze, poradnie	s3_p	1	1	3	3	3	1	1
20	Sosnowiec, Zegadłowicza, Oddział Wewnętrzny	s1_wew	2	1	3	1	4	1	1
21	Sosnowiec, Zagadłowicza, Oddział Ginekologiczno-Położniczy	s1_pg	2	1	3	1	4	1	1
22	Sosnowiec, Zegadłowicza, Oddział Anestezjologii	s1_a	1	1	3	1	2	1	1
23	Sosnowiec, Zegadłowicza, poradnie	s1_p	1	1	3	3	3	1	1
24	Sosnowiec, 3-go Maja, Oddział Anestezjologii	s2_a	1	1	3	1	2	1	1
25	Sosnowiec, 3-go Maja, Oddział Położnictwa i Ginekologii	s2_pg	1	1	3	1	4	1	1
26	Sosnowiec, 3-go Maja, Oddział Noworodków	s2_n	1	1	3	2	2	2	1
27	Jaworzno, Oddział Chorób Wewnętrznych	j_chw	2	1	3	1	1	1	1
28	Jaworzno, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	j_a	1	1	3	2	2	2	1
29	Jaworzno, Oddział Chirurgii Ogólnej	j_cho	1	1	3	2	2	2	1
30	Jaworzno, Oddział Położniczo-Ginekologiczny	j_pg	2	1	3	1	1	1	1
31	Jaworzno, poradnie	j_p	1	1	3	2	2	2	1
32	Tarnowskie Góry, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji, Oddział Neurologii	tg_n	1	1	3	2	1	2	2
33	Tarnowskie Góry, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji	tg_gcr	1	1	3	2	1	2	1
34	Gliwice, Centrum Onkologii	g_co	2	1	1	1	4	1	1
35	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe	wpr	1	1	3	1	2	1	1

Źródło: Opracowanie własne.

W powyższej tabeli przyjęto następujące oznaczenia: dla systemu czasu pracy 1 oznacza odpowiedź podstawowy system czasu pracy, 2 – równoważny system czasu pracy. Dla harmonogramów („grafików") 1 oznacza TAK (czyli ich opracowywanie), 2 oznacza NIE (czyli brak). Dla okresu rozliczeniowego przyjęto następujące oznaczenia: 1 – jednomiesięczny okres rozliczeniowy, 2 – dwumiesięczny okres rozliczeniowy, 3 – trzymiesięczny okres rozliczeniowy, 4 – czteromiesięczny okres rozliczeniowy. Dla pracy w godzinach nadliczbowych odpowiedź 1 oznacza TAK, czyli dopuszczenie możliwości

wypracowywania nadgodzin, 2 oznacza NIE, czyli brak takiej możliwości, natomiast 3 oznacza odpowiedź „nie dotyczy" (wyłącznie w przypadku metody kontraktowej M3). Dla odpowiedzi dyżury medyczne przyjęto następujący podział: 1 oznacza pełnienie dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej wyłącznie w ramach etatu, 2 oznacza jej pełnienie na podstawie etatu oraz kontraktu, 3 oznacza pełnienie opieki medycznej wyłącznie na podstawie kontraktu, natomiast odpowiedź 4 oznacza dopuszczenie wszelkich form pełnienia dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej (w tym na etacie, kontrakcie oraz umowy cywilnoprawnej). Dla elastyczności czasu pracy oraz elastyczności zatrudnienia przyjęto, że odpowiedź 1 oznacza dopuszczenie takiej możliwości, natomiast odpowiedź 2 oznacza brak takiej możliwości.

Pierwszą badaną jednostką był Oddział Laryngologii Dzieci Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Według przeprowadzonej obserwacji, jest to mały oddział, który stosuje podstawową metodę zarządzania czasem pracy (M1). Metodę tą wyznacza podstawowy system czasu pracy. W metodzie tej wykorzystuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz dwumiesięczny okres rozliczeniowy. Dla stosowanej w tym oddziale metody czasu pracy nie dopuszcza się pracy w godzinach nadliczbowych, dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej, zapewnianej w ramach etatu. W oddziale nie dopuszcza się elastyczność czasu pracy oraz zatrudnienia.

Drugą badaną jednostką był Oddział Ortopedii Dziecięcej Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Zaobserwowano, że – podobnie jak w opisywanym powyżej oddziale – jest to mała jednostka, w której stosowana jest podstawowa metoda zarządzania czasem pracy (M1), wyznacza podstawowym systemem czasu pracy. W oddziale wykorzystuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz dwumiesięczny okres rozliczeniowy. Dla stosowanej metody czasu pracy nie dopuszcza się pracy w godzinach nadliczbowych, dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej, zapewnianej w ramach etatu. W oddziale nie dopuszcza się elastyczność czasu pracy oraz zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką był Oddział Chirurgii Dzieci Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Podobnie jak poprzednie jednostki, jest to mały oddział, w którym stosuje się podstawową metodę zarządzania czasem pracy (M1). Metodę tą wyznacza podstawowy system czasu pracy. W metodzie tej wykorzystuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz dwumiesięczny okres rozliczeniowy. Dla stosowanej w tym oddziale metody czasu pracy dopuszcza się pracę w godzinach nadliczbowych, dyżury medyczne pełnione są w ramach

dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej, zapewnianej w ramach etatu. W oddziale dopuszcza się również elastyczność czasu pracy oraz zatrudnienia.

Następną badaną jednostką była Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, mieszcząca się w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Jest to duża jednostka, która stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczaną równoważnym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Jednostka dopuszcza pracę w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej zapewnianej w ramach pracy lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejnym badanym oddziałem był Oddział Położnictwa i Ginekologii Szpitala Specjalistycznego nr w Bytomiu. Jest to średni oddział, w którym stosuje się hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczaną równoważnym systemem czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Oddział nie dopuszcza pracy w godzinach nadliczbowych, dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej realizowanej przez lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia oddziałowi elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką była Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Jest to duża jednostka, która stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczaną równoważnym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Jednostka dopuszcza pracę w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej zapewnianej w ramach pracy lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejnym badanym oddziałem był Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Jest to mały oddział, który wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Oddział pracuje w podstawowym systemie czasu pracy,

korzysta z harmonogramowania oraz dwumiesięcznego okresu rozliczeniowego. Jednostka nie dopuszcza pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są wyłącznie w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej zapewnianej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie umożliwia jednostce ani elastyczności czasu pracy, ani elastyczności zatrudnienia.

Następną badaną jednostką była Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej, mieszcząca się w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Jest to duża jednostka, która stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczaną podstawowym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Jednostka dopuszcza pracę w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką był Oddział Noworodków Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu. Jest to mały oddział, który wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Oddział pracuje w podstawowym systemie czasu pracy, korzysta z harmonogramowania oraz dwumiesięcznego okresu rozliczeniowego. Jednostka nie dopuszcza pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są wyłącznie w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej zapewnianej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy, ale nie zapewnia elastyczności zatrudnienia.

Ostatnią badaną jednostką, zlokalizowaną w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu, był zespół przyszpitalnych poradni specjalistycznych. Omawiana jednostka różni się od badanych dotąd oddziałów specyfiką funkcjonowania, w tym sposobie świadczenia pracy. Usługi bowiem są tu świadczone zarówno przez oddelegowanych ze specjalistycznych oddziałów szpitalnych lekarzy (w ramach ich czasu pracy), jak i lekarzy zatrudnianych wyłącznie w ramach kontraktu. Ponadto, poradnie te nie pełnią całodobowej opieki medycznej, a jedynie pracują w wydłużonych godzinach. Mimo tych różnic można jednak zaobserwować, że w badanej jednostce wykorzystywana jest kontraktowa metoda zarządzania

czasem pracy (M3), wyznaczana równoważnym systemem czasu pracy, jego harmonogramowaniem oraz jednomiesięcznym okresem rozliczeniowym. W tej metodzie, w badanej jednostce, nie występuje zarówno praca w godzinach nadliczbowych, jak również dyżur medyczny (w rozumieniu dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej). Stosowana metoda daje jednak możliwość elastycznego czasu pracy i elastycznego zatrudnienia.

W dalszej kolejności badano Oddział Skórno-Wenerologiczny, zlokalizowany w Szpitalu Miejskim nr 3 w Sosnowcu. Jest to średni oddział, który wykorzystuje podstawową metodę zarządzania czasem pracy M1, wyznaczoną równoważnym systemem czasu pracy, jej harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. W jednostce tej nie dopuszcza się pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w systemie opieki dwudziestoczterogodzinnej zapewnianej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie w ramach umowy o pracę. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanej jednostce możliwości zarówno elastycznego czasu pracy, jak i elastycznego zatrudnienia.

Następną badaną jednostką, zlokalizowaną w Szpitalu Miejskim nr 3 w Sosnowcu, był Oddział Położniczo Ginekologiczny I. Jest to oddział średniej wielkości, który wykorzystuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczaną równoważnym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje oddziałowi możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką był Oddział Chirurgii Ogólnej II, mieszczący się w Szpitalu Miejskim nr 3 w Sosnowcu. Jest to średni oddział, który stosuje podstawową metodę zarządzania czasem pracy (M1). Metodę tą wyznaczają następujące kryteria: podstawowy system czasu pracy, harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje oddziałowi możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej, zapewnianej przez pracowników zatrudnionych wyłącznie w ramach umowy o pracę. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie zapewnia badanej jednostce elastycznego czasu pracy oraz elastyczności zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala nr 3 w Sosnowcu. Jest to również średniej wielkości oddział, w którym stosowana jest hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy (M4), charakteryzująca się równoważnym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Mimo stosowanej w oddziale metody zarządzania czasem pracy, nie dopuszcza się pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką, zlokalizowaną w Szpitalu Miejskim nr 3 w Sosnowcu, był Oddział Wewnętrzny (I + II). Jest to duży oddział, który stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczoną równoważnym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką był Oddział Neurologii, zlokalizowany w Szpitalu Miejskim nr 3 w Sosnowcu. Jest to średniej wielkości oddział, który stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczoną podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje jednostce możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanemu oddziałowi możliwości elastycznego czasu pracy, zapewnia jednak elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Anestezjologii Szpitala nr 3 w Sosnowcu. Jest to średnia jednostka, która stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczoną podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w

ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje badanemu oddziałowi zarówno możliwość elastycznego czasu pracy, jak i zapewnia elastyczność zatrudnienia.

Ostatnią badaną w Szpitalu nr 3 w Sosnowcu jednostką był zespół poradni przyszpitalnych, przy czym wyróżniono tu dwa rodzaje jednostek: zespół I, wykorzystujący hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczoną równoważnym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz jednomiesięcznym okresem rozliczeniowym. W jednostce tej dopuszcza się pracę w godzinach nadliczbowych, a wydłużona opieka medyczna (zespół nie zapewnia dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej) zapewniana jest przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia. Zespół II natomiast wykorzystuje kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M3), wyznaczoną podstawowym systemem czasu pracy, jego harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. W tej metodzie, w badanej jednostce, nie dopuszcza się zarówno pracy w godzinach nadliczbowych, jak również dyżurów medycznych (w rozumieniu dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej). Stosowana metoda daje jednak możliwość elastycznego czasu pracy i elastycznego zatrudnienia.

W dalszej kolejności badano Oddział Wewnętrzny III, zlokalizowany w Szpitalu Miejskim nr 1 w Sosnowcu. Jest to średniej wielkości oddział, który stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczoną równoważnym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Miejskiego nr 1 w Sosnowcu. Jest to duża jednostka, w której stosowana jest hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczona równoważnym system czasu pracy. W oddziale stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy.

Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Anestezjologii, zlokalizowany w Szpitalu Miejskim nr 1 w Sosnowcu. Jest to średniej wielkości oddział, pracujący według podstawowo-kontraktowej metody zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczonej podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy dopuszcza możliwość pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje badanemu oddziałowi możliwość elastycznego czasu pracy oraz zapewnia elastyczność zatrudnienia.

Ostatnią badaną jednostką zlokalizowaną w Szpitalu Miejskim nr 1 w Sosnowcu był zespół przyszpitalnych poradni specjalistycznych. Podobnie jak wcześniej, badana jednostka różni się od prezentowanych dotąd oddziałów specyfiką funkcjonowania, w tym w sposobie świadczenia pracy. Usługi bowiem są tu świadczone zarówno przez oddelegowanych ze specjalistycznych oddziałów szpitalnych lekarzy (w ramach ich czasu pracy), jak i lekarzy zatrudnianych wyłącznie w ramach kontraktu. Ponadto, poradnie te nie pełnią całodobowej opieki medycznej, a jedynie pracują w wydłużonych godzinach. Mimo tych różnic można jednak zaobserwować, że w badanej jednostce wykorzystywana jest kontraktowa metoda zarządzania czasem pracy (M3), wyznaczana podstawowym systemem czasu pracy, jego harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. W tej metodzie, w badanej jednostce, nie występuje zarówno praca w godzinach nadliczbowych, jak również dyżur medyczny (w rozumieniu dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej). Stosowana metoda daje jednak możliwość elastycznego czasu pracy i elastycznego zatrudnienia.

W następnej kolejności badano Oddział Anestezjologii zlokalizowany w Szpitalu Miejskim nr 2 w Sosnowcu. Jest to średniej wielkości jednostka, pracująca według podstawowo-kontraktowej metody zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczonej podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy

dopuszcza możliwość pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje badanemu oddziałowi możliwość elastycznego czasu pracy oraz zapewnia elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Położnictwa i Ginekologii Szpitala Miejskiego nr 2 w Sosnowcu. Jest to duża jednostka, w której stosowana jest hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczona równoważnym system czasu pracy. W oddziale stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje oddziałowi możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Ostatnią badaną jednostką zlokalizowaną w Szpitalu Miejskim nr 2 w Sosnowcu był Oddział Neonatologiczny. Jest to średniej wielkości jednostka, pracująca według podstawowo-kontraktowej metody zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczonej podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy nie dopuszcza możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem nie pracy zapewnia badanemu oddziałowi możliwości elastycznego czasu pracy, jedynie daje możliwość stosowania elastycznego zatrudnienia.

W dalszej kolejności badano Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Jest to dużej wielkości oddział, który pracuje według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczonej równoważnym system czasu pracy. W oddziale stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje oddziałowi możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są wyłącznie w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Jest to duża jednostka, która stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczaną podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy nie dopuszcza możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanemu oddziałowi możliwości elastycznego czasu pracy, ale zapewnia elastyczność zatrudnienia.

Kolejną badaną jednostką był Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Jest to również duży oddział, który – podobnie jak poprzednio omawiany – stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczaną podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy nie dopuszcza możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę oraz kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanemu oddziałowi możliwości elastycznego czasu pracy, ale zapewnia elastyczność zatrudnienia.

Następną badaną jednostką był Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Jest to duży oddział, który stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczoną równoważnym system czasu pracy. W jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Ostatnią badaną jednostką zlokalizowaną w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie był zespół przyszpitalnych poradni specjalistycznych. Podobnie jak wcześniej, badana jednostka różni się od prezentowanych dotąd oddziałów specyfiką funkcjonowania, w tym w sposobie świadczenia pracy. Usługi bowiem są tu świadczone zarówno przez

oddelegowanych ze specjalistycznych oddziałów szpitalnych lekarzy (w ramach ich czasu pracy), jak i lekarzy zatrudnianych wyłącznie w ramach kontraktu. Ponadto, poradnie te nie pełnią całodobowej opieki medycznej, a jedynie pracują w wydłużonych godzinach. Mimo tych różnic można jednak zaobserwować, że w badanej jednostce wykorzystywana jest hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy (M4), wyznaczana równoważnym systemem czasu pracy, jego harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. W metodzie tej, w badanej jednostce, dopuszcza się pracę w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne (w rozumieniu wydłużonej opieki medycznej) realizowane są w przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie w ramach umowy o pracę. Stosowana metoda daje jednostce możliwość elastycznego czasu pracy i elastycznego zatrudnienia.

W następnej kolejności badano Oddział Rehabilitacji Schorzeń Neurologicznych Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji w Reptach Śląskich. Jest to kompleks sześciu dużych oddziałów, które pracują według podstawowej metody zarządzania czasem pracy (M2), wyznaczonej podstawowym systemem czasu pracy, harmonogramowaniem oraz trzymiesięcznym okresem rozliczeniowym. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy nie dopuszcza możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanemu kompleksowi możliwości elastycznego czasu pracy, ani nie zapewnia elastyczności zatrudnienia.

Następnie badano pozostałe oddziały Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji w Reptach Śląskich. Jest to duży kompleks siedmiu jednostek o podobnym profilu działalności. We wszystkich jednostkach stosowana jest podstawowa metoda zarządzania czasem pracy (M2), którą wyznacza podstawowy systemem czasu pracy, harmonogramowanie pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy nie dopuszcza możliwości pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje badanemu kompleksowi możliwości elastycznego czasu pracy, jednak zapewnia elastyczność zatrudnienia.

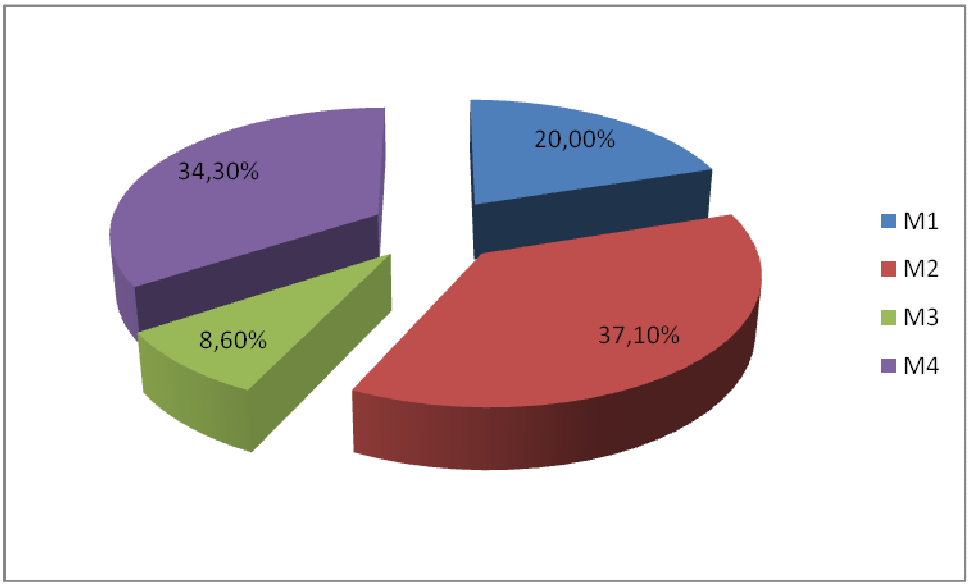
W dalszej kolejności badano jednostki organizacyjne Gliwickiego Centrum Onkologii. Ze względu na zaobserwowaną specyfikę funkcjonowania przyjęto, że wszystkie tu zlokalizowane jednostki wykorzystują hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4),

wyznaczoną równoważnym system czasu pracy. W badanej jednostce stosuje się harmonogramowanie czasu pracy oraz jednomiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje jednostce możliwość pracy w godzinach nadliczbowych. Dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu bądź umowy cywilnoprawnej. Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia badanej jednostce elastyczność czasu pracy oraz elastyczność zatrudnienia.

Ostatnią badaną jednostką było Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach – Oddział Gliwice. Zaobserwowano, że jednostka ta wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), którą wyznacza podstawowy systemem czasu pracy, harmonogramowanie pracy oraz trzymiesięczny okres rozliczeniowy. Stosowana w badanej jednostce metoda zarządzania czasem pracy dopuszcza możliwość pracy w godzinach nadliczbowych, a dyżury medyczne pełnione są w ramach dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie kontraktu. Ponadto, stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje badanej jednostce zarówno możliwość elastycznego czasu pracy, jednak i elastycznego zatrudnienia.

Najwięcej, bo trzynaście z trzydziestu pięciu badanych jednostek (co stanowi 37,1%), pracuje według podstawowo-kontraktowej metody zarządzania czasem pracy (M2). Na drugim miejscu jest 12 jednostek organizacyjnych (stanowiących 34,3%) wykorzystujących metodę hybrydową (M4). 7 jednostek (20% ogółu badanej próby) korzysta z podstawowej metody zarządzania czasem pracy (M1), natomiast najmniej, bo tylko 3 jednostki, korzysta z kontraktowej metody zarządzania czasem pracy (stanowi to 8,6% ogółu przebadanej grupy). Graficzne odwzorowanie procentowego udziału metod zarządzania czasem pracy w ogóle badanych jednostek przedstawia rysunek nr 14.

Rysunek 14. Procentowy udział metod zarządzania czasem pracy w ogóle badanych jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Na potrzeby dalszych badań, wyodrębniono grupy oddziałów charakteryzujących się podobnym profilem działalności. Grupy te zostały przedstawione w tabeli nr 10.

Tabela 10. Grupy oddziałów o podobnym profilu działalności

Lp.	Grupa	Oddział (skrót)	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy	%
1	Ginekologia	b_g3 s2_pg b_g5 s3_pg1 s1_pg j_pg	M2 M2 M4 M4 M4 M4	17,1
2	Chirurgia	s3_cho2 j_cho b_ch	M1 M2 M4	8,6
3	Interna	b_i s3_wew s1_wew j_chw	M4 M4 M4 M4	11,4
4	Poradnie	j_p b_p s3_p s1_p s3_pz	M2 M3 M3 M3 M4	14,3

Tabela 10. Grupy oddziałów o podobnym profilu działalności (ciąg dalszy)

5	Anestezjologia	s3_a s1_a s2_a j_a	M2 M2 M2 M2	11,4
6	Pozostałe	-	-	37,2

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z powyższej tabeli, wśród grupy ginekologii, stanowiącej 17,1% ogółu badanych jednostek, 66% pracuje według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4), natomiast 34% wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Wśród grupy chirurgii, stanowiącej 8,6% ogółu badanych jednostek, 33,3% pracuje według podstawowej metody zarządzania czasem pracy (M1), 33,3% wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), natomiast pozostałe 33,3% stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4). Wśród grupy interny, stanowiącej 11,4% ogółu badanych jednostek, wszystkie oddziały – 100% – stosują hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4). Natomiast w przypadku poradni, stanowiących 14,3% ogółu badanych jednostek, 20% stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), 60% wykorzystuje kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M3), a pozostałe 20% pracuje według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4). W przypadku grupy anestezjologii, stanowiącej 11,4% ogółu badanych jednostek, wszystkie oddziały – 100% – stosują podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Pozostała grupa, stanowiąca 37,2% ogółu badanych jednostek, składa się z oddziałów małych, pojedynczych, których nie można połączyć w podobne grupy.

6.2. Opis wyników badań ilościowych

Ocena skuteczności metod zarządzania czasem pracy względem poszczególnych kryteriów wyznaczających metody zarządzania czasem pracy, dokonana została za pomocą metod ilościowych w następującej kolejności:

- ocena skuteczności dla wszystkich JEDNOSTEK,
- ocena skuteczności dla poszczególnych GRUP JEDNOSTEK,
- ocena skuteczności dla FORMY ZATRUDNIENIA,
- ocena skuteczności dla DYŻURÓW MEDYCZNYCH (razem z kontraktem oraz po wyłączeniu kontraktu),
- ocena skuteczności dla SYSTEMU CZASU PRACY,

- ocena skuteczności dla PRACY W GODZINACH NADLICZBOWYCH,
- ocena skuteczności dla ELASTYCZNOŚCI CZASU PRACY,
- ocena skuteczności dla ELASTYCZNOŚCI ZATRUDNIENIA,
- analiza korelacji wymiarów.

W ostatniej kolejności zweryfikowano statystycznie postawioną w pracy tezę oraz hipotezy badawcze.

6.2.1. Ocena skuteczności metod zarządzania czasem pracy dla wszystkich jednostek

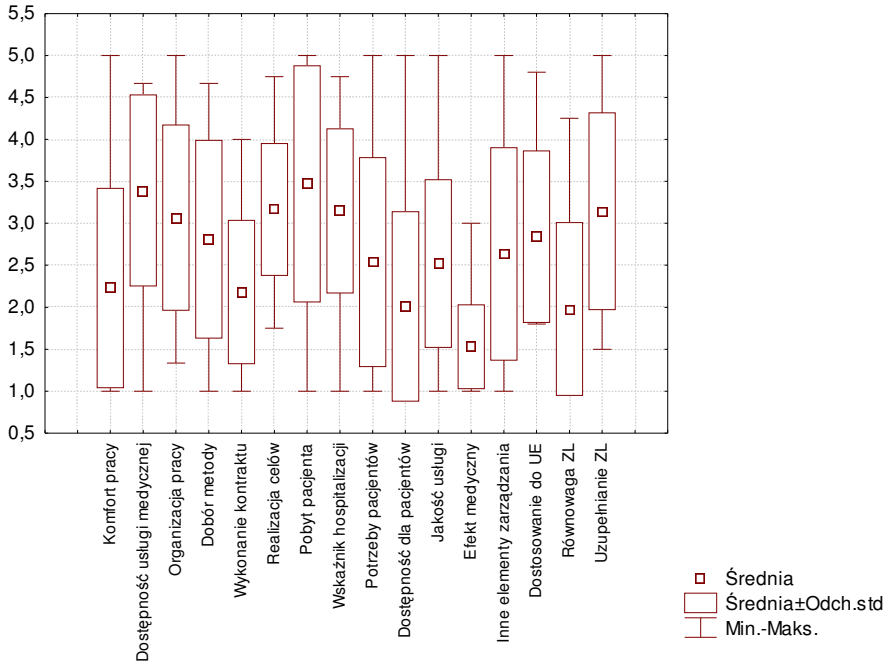
Pierwszym krokiem w ocenie skuteczności metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia jest ich ocena dokonana dla wszystkich trzydziestu pięciu jednostek organizacyjnych. W ocenie tej nie wyróżniano metod zarządzania czasem pracy, według których pracują poszczególne jednostki, ale skupiono się na ogólnej ocenie stosowanych metod zarządzania czasem pracy. Wyniki zostały zestawione w tabeli nr 11, natomiast graficzne odwzorowanie średniej oraz mediany przedstawiają odpowiednio rysunek nr 15 oraz rysunek nr 16.

Tabela 11. Ocena skuteczności dla wszystkich jednostek organizacyjnych

Wymiar	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	35	2,23	1,33	1,67	3,33	1,19	1,00	5,00
Dostępność usługi medycznej	35	3,39	3,00	3,67	4,33	1,14	1,00	4,67
Organizacja pracy	35	3,07	2,00	3,33	3,67	1,10	1,33	5,00
Dobór metody	35	2,81	1,67	2,67	4,00	1,18	1,00	4,67
Wykonanie kontraktu	35	2,18	1,33	2,00	2,67	0,85	1,00	4,00
Realizacja celów	35	3,16	2,75	3,00	3,50	0,79	1,75	4,75
Pobyt pacjenta	35	3,47	2,50	4,25	4,50	1,41	1,00	5,00
Wskaźnik hospitalizacji	35	3,15	2,25	3,50	3,75	0,98	1,00	4,75
Potrzeby pacjentów	35	2,54	1,60	2,00	3,20	1,25	1,00	5,00
Dostępność dla pacjentów	35	2,01	1,33	1,67	2,33	1,13	1,00	5,00
Jakość usługi	35	2,52	1,75	2,25	3,00	1,00	1,00	5,00
Efekt medyczny	35	1,53	1,00	1,50	2,00	0,50	1,00	3,00
Inne elementy zarządzania	35	2,63	1,60	2,40	3,00	1,27	1,00	5,00
Dostosowanie do UE	35	2,84	2,00	2,40	3,80	1,02	1,80	4,80
Równowaga ZL	35	1,98	1,00	1,75	2,50	1,03	1,00	4,25
Uzupełnianie ZL	35	3,14	2,00	3,00	4,00	1,17	1,50	5,00

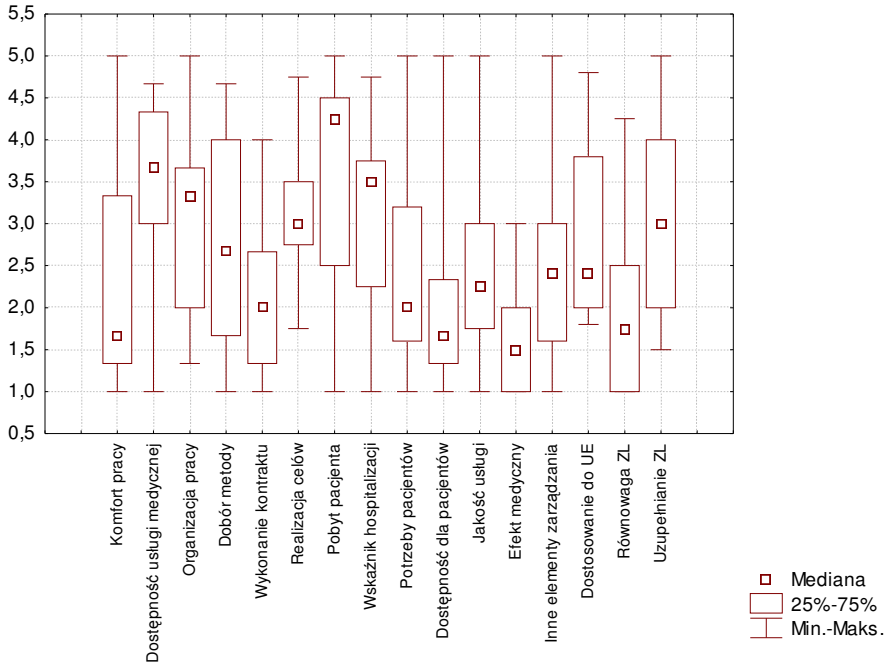
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 15. Rozkład średnich dla wszystkich jednostek organizacyjnych



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 16. Rozkład mediany dla wszystkich jednostek organizacyjnych



Źródło: Opracowanie własne.

Moduł CZAS PRACY

Jak wynika z tabeli nr 11, średnia odpowiedzi dla wymiaru „komfort pracy" wyniosła 2,23 punktu przy medianie równej 1,67. Oznacza to, iż respondenci raczej zgadzają się (przynajmniej 25% respondentów wskazało wynik nie wyższy niż 1,33 punktu, a co najmniej 75% respondentów nie przekroczyło granicy 3,33 punktu), iż przyjęcie i „odgórne" wprowadzenie w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do prawa europejskiego, pogorszyło zarówno realizację celów danej jednostki organizacyjnej, jak i zdeterminowało gorszą jakość pracy w danej jednostce.

Równocześnie respondenci oceniając wymiar „dostępność usługi medycznej' raczej nie zgadzają się, że nowe wymogi w zakresie czasu pracy wpłynęły negatywie na jakość świadczonych usług medycznych. Średnia odpowiedzi dla tego wymiaru wyniosła 3,39 przy medianie równej 3,67. Przy takich wartościach co najmniej 25% respondentów nie miało zdania (wartość dolnego kwartyla nie przekroczyła 3 punktów), natomiast co najmniej 75% respondentów wskazało odpowiedzi pomiędzy „zdecydowani nie zgadzam się" a „raczej zgadzam się" (wartość górnego kwartyla wyniosła 4,33). Można więc uznać, iż respondenci nie tylko nie zgadzają się, że wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy ograniczyło dostępność do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, ale także uważają, iż wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, iż pracownicy wykonują więcej obowiązków.

Respondentom trudno jest ocenić wymiar „organizacja pracy". Średnia odpowiedzi wyniosła 3,07 punktu przy medianie równej 3,33. Oznacza to, że co najmniej 25% respondentów zaznaczyło odpowiedź „raczej zgadzam się" wartość dolnego kwartyla wyniosła 2 punkty), ale co najmniej 75% respondentów zaznaczyło odpowiedź „nie mam zdania" lub „raczej nie zgadzam się" (wartość górnego kwartyla wyniosła 3,67 punktu). Trudno im zatem ocenić, czy wdrożenie metody podyktowane było realnymi potrzebami jednostki. Respondentom trudno też jest określić ich dostępność dla pacjentów oraz organizację pracy – zarówno jednostki, jak i zespołu pracowników. Takie ukształtowanie się odpowiedzi jest jak najbardziej zrozumiałe – pracownicy (respondenci) raczej nie są zaangażowani w sprawy organizacyjne, administracyjne. Ich podstawowym zadaniem jest leczenie pacjentów, dlatego też nie są oni w stanie określić sposobu organizacji ich pracy, która cały czas odbywa się w ten sam sposób.

Respondentom również trudno jest ocenić wymiar „dobór metody". Nie mają oni wyrobionego zdania dotyczącego wdrożenia danej metody. Trudno jest im ocenić, czy

wdrożenie danej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z przyjętych regulacji Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy, dokonane w sposób subiektywny przez kierownictwo, pogorszyło organizację pracy w danej jednostce organizacyjnej. Świadczą o tym uzyskane wyniki: średnia odpowiedzi wyniosła 2,81 punktu przy medianie równej 2,67, przy czym co najmniej 25% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie zgadzam się" lub „raczej zgadzam się" (dolny kwartyl na poziomie 1,67), a co najmniej 75% respondentów nie wskazało odpowiedzi innej niż „raczej nie zgadzam się (wartość górnego kwartyla na poziomie 4 punktów).

Moduł POSTRZEGANA SKUTECZNOŚĆ

Oceniając wymiar „wykonanie kontraktu" respondenci raczej zgadzają się, iż stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na skuteczne wykorzystanie personelu oraz skuteczną pracę zespołu, a tym samym umożliwia pełną realizację kontraktu z NFZ. Świadczą o tym następujące statystyki: średnia odpowiedzi dla tego wymiaru wyniosła 2,18 punktu przy medianie równej 2 punkty. Dolny kwartyl wyniósł 1,33, czyli co najmniej 25% respondentów odpowiedziało „raczej zgadzam się", a górny kwartyl wyniósł 2,67, czyli co najmniej 75% respondentów nie przekroczyło wartości odpowiedzi „nie mam zdania".

Nieco trudniej jest ocenić respondentom wymiar „realizacja celów", czyli zależność pomiędzy dostosowaniem do wymogów UE a realizacją celów jednostki. Średnia odpowiedzi w tym module wyniosła 3,16 punktu przy medianie równej 3 punkty. Oznacza to, że respondenci raczej nie mają wyrobionego zdania. Trudno jest im ocenić, jak przyjęte uregulowania wpływają na realizację celów jednostki. Jest to bardzo podobna sytuacja jak w przypadku wymiaru „organizacja pracy". Również tu uzasadnienia takiego rozkładu odpowiedzi (dolny kwartyl 2,75 punktu, górny – 3,50 punktu) należy szukać w zaangażowaniu pracowników w sprawy administracyjne, wykraczające poza zakresy ich normalnych obowiązków.

Moduł EFEKTYWNOŚĆ

Kolejnym ocenianym przez respondentów wymiarem jest „pobyt pacjenta", interpretowany jako wpływ wdrożenia metody zarządzania czasem pracy na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta oraz wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizację kontraktu z NFZ. W tym przypadku respondenci nie zgadzają się z opinią, iż wdrożenie metody zarządzania czasem pracy spowodowało jakiekolwiek ograniczenia dla pacjentów. W szczególności nie zgadzają się oni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy spowodowała przykładowo odmówienie przyjęcia pacjenta bądź wydłużenie czasu jego

oczekiwania na przyjęcie. Respondenci również nie zgadzają się z opinią, że dana metoda zarządzania czasem pracy zmusiła ich do poszukiwania oszczędności w procedurach medycznych oraz ograniczeniu kontraktu z NFZ, co w efekcie miałoby się przełożyć na pobyt pacjenta w danej jednostce. Świadczą o tym następujące statystyki: średnia odpowiedzi wyniosła 3,47 punktu przy medianie równej 4,25. Oznacza to, iż co najmniej 25% respondentów zaznaczyło odpowiedź „pomiędzy „nie mam zdania" a „raczej zgadzam się" (dolny kwartyl 2,50 punktu), natomiast co najmniej 75% respondentów zaznaczyło odpowiedzi pomiędzy „raczej nie zgadzam się" oraz „zdecydowanie nie zgadzam się" (górny kwartyl na poziomie 4,50 punktu).

Podobnie wypowiadają się respondenci w wymiarze „wskaźnik hospitalizacji", raczej nie zgadzając się z opinią, że wdrożenie norm unijnych w zakresie czasu pracy obniżyło wskaźnik hospitalizacji, co przejawiałoby się „odpływem" pacjentów do innych jednostek, oraz wydłużeniem się średniego czasu ich oczekiwania na przyjęcie. Potwierdzeniem tego jest średnia odpowiedzi na poziomie 3,15 punktu przy medianie równej 3,50 oraz odpowiednich wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3,15 punktu oraz górnego na poziomie 3,75 punktu.

Moduł DOSTĘPNOŚĆ

Moduł ten opisywany jest przez dwa wymiary – „potrzeby pacjentów" oraz „dostępność dla pacjentów". Oceniając oba moduły respondenci wypowiadali się pozytywnie. Dla modułu „potrzeby pacjentów" średnia odpowiedzi wyniosła 2,54 punktu przy medianie równej 2 punkty. Oznacza to, że co najmniej 25% respondentów zgadza się lub zdecydowanie zgadza się, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia pełną dostępność personelu dla pacjentów, są oni zawsze przyjmowani, a ich potrzeby są zawsze zaspokajane. Podobnie respondenci uważają, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje możliwość stopniowego rozwoju jednostki oraz stwarza lepsze możliwości wykorzystania infrastruktury medycznej pod kątem realizacji potrzeb pacjentów. Potwierdzeniem tego jest wartość górnego kwartyla na poziomie 3,20 punktu, co należy interpretować, iż co najmniej 75% respondentów nie wskazało wartości powyżej 3,20, czyli między „nie mam zdania" a „raczej nie zgadzam się".

Podobnie oceniony został przez respondentów wymiar „dostępność dla pacjentów". Respondenci zdecydowanie zgadzają się, że dostosowanie do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów (należy pamiętać, że pytania d_39 oraz d_40 są pytaniami odwrotnymi) oraz nie ograniczyło ilości hospitalizacji. Co więcej,

respondenci są zgodni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy umożliwia racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Potwierdzeniem tej opinii jest średnia odpowiedzi na poziomie 2,01 punktu przy medianie równej 1,67 oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 oraz górnego na poziomie 2,33.

Moduł JAKOŚĆ

Kolejnym ocenianym wymiarem jest „jakość usługi". Wymiar ten określa wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów. Respondenci ocenili ten wymiar na średnim poziomie 2,52 punktu przy medianie równej 2,25 punktu. Oznacza to, że respondenci raczej zgadzają się, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na realizację usług medycznych na wysokim poziomie oraz pełne wykorzystanie dostępnych technik medycznych. Ponadto uważają oni, że poprawiła się jakość dotychczasowej pracy zespołu, co wpływa na zadowolenie pacjentów. Potwierdzają to następujące wyniki: co najmniej 25% respondentów wskazała odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się" lub „raczej zgadzam się" (wartość dolnego kwartyla na poziomie 1,75) oraz to, że co najmniej 75% respondentów nie wskazało odpowiedzi wyższej niż „nie mam zdania" (wartość górnego kwartyla na poziomie 3 punktów).

Drugim wymiarem tego modułu jest „efekt medyczny". Respondenci zdecydowanie zgadzają się, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na świadczenie wyspecjalizowanych usług medycznych na najwyższym poziomie, co przekłada się na zadowolenie pacjentów z jakości świadczonych usług oraz jakości ich obsługi. Dowodem na to jest średnia wartość odpowiedzi na poziomie 1,53 punktu przy medianie równej 1,50 punktu. Potwierdzają to również wartości dolnego kwartyla na poziomie 1 punktu oraz górnego kwartyla na poziomie 2 punktów.

Moduł INNE ELMENTY ZARZĄDZANIA

Ten moduł został oceniony przez respondentów dość pozytywnie, tzn. raczej zgadzają się oni, że stosowana w danej jednostce organizacyjnej metoda zarządzania czasem pracy w pełni umożliwia dostosowanie się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), a także umożliwia skuteczne planowanie i organizowanie procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz zarządzanie daną jednostką. Co więcej, respondenci zgodnie oceniają, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje możliwość koordynacji działań z innymi jednostkami oraz daje możliwość formułowania oczekiwań względem poszczególnych osób i ról pełnionych przez nie w danej jednostce.

Potwierdzeniem tego jest średnia wartość odpowiedzi wynosząca 2,63 punktu przy medianie równej 2,40 punktu. Co najmniej 25% respondentów wskazało wartość odpowiedzi nie większą niż 1,60 punktu, natomiast co najmniej 75% respondentów wskazało wynik nie wyższy niż 3 punkty.

Moduł ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

Pierwszym wymiarem określającym ten moduł był wymiar „dostosowanie do UE". Wymiar ten miał na celu określenie wpływu stosowanej metody zarządzania czasem pracy, spełniającej założenia wymagań UE, na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki. Respondentom jest dosyć trudno ocenić skuteczność danej metody w tym wymiarze. Wskazują oni, iż stosowana metoda zarządzania czasem pracy raczej – z tendencją do „nie mam zdania" – spełnia wymagania Unii Europejskiej, a tym samym zapewnia pracownikom wysoki (pod względem czasu pracy) komfort pracy. Równocześnie respondenci zaznaczają, iż dostosowanie metody zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej zwiększyło migrację personelu i nie wpłynęło w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń pracowników. Ponadto respondenci zaznaczają, iż stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia realizację celów jednostki organizacyjnej. Świadczą o tym wyniki statystyki – respondenci wskazali średnio 2,84 punktu przy medianie równej 2,40 punktu, co należy interpretować jako odpowiedź pomiędzy „raczej zgadzam się" a „nie mam zdania" (co najmniej 25% respondentów wskazało odpowiedź „raczej zgadzam się" – dolny kwartyl wyniósł 2 punkty, natomiast co najmniej 75% respondentów nie wskazało odpowiedzi wyższej niż wartość górnego kwartyla, wynoszącego 3,80 punktu).

Oceniając wymiar „równowaga ZL" na poziomie średniej wynoszącej 1,98 punktu, respondenci raczej zgodzili się, że dostosowanie metody zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej spowodowało braki kadrowe i konieczność zwiększenia zatrudnienia. Co więcej, raczej zgadzają się oni z opinią, iż taka sama ilość pracowników obarczona została większą ilością obowiązków, ale równocześnie podkreślają oni, że nastąpiło tym samym lepsze wykorzystanie potencjału zatrudnionego personelu. Potwierdza to mediana równa 1,75 punktu oraz wartości dolnego i górnego kwartla – odpowiednio 1 oraz 2,50 punktu.

Ostatnim wymiarem tego modułu jest wymiar „uzupełnianie ZL". Średnia wartość odpowiedzi, wynosząca 3,14 punktu, pozwala wnioskować, że sposób pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania

czasem pracy jest dla respondentów obojętny i nie mają oni wyrobionego na ten temat zdania. Potwierdzają to wartości dolnego kwartyla (co najmniej 25% respondentów wskazało odpowiedzi :raczej zgadzam się – wartość 2 punkty, natomiast co najmniej 75% respondentów wskazało wartość nie wyższą niż 4 punkty, czyli „raczej nie zgadzam się").

6.2.2. Ocena skuteczności dla grup jednostek

Następnym krokiem w ocenie skuteczności metod zarządzania czasem pracy jest analiza danych pod kątem zależności pomiędzy kryteriami wyznaczającymi poszczególne metody zarządzania czasem pracy a wyodrębnionymi w badaniach jakościowych grupach jednostek – ginekologii, chirurgii, interny, poradni specjalistycznych oraz anestezjologii.

Ocenę skuteczności dla poszczególnych grup jednostek pod względem „komfortu pracy" przedstawia tabela nr 12.

Tabela 12. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „komfort pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	1,611	1,000	1,500	1,667	0,743	1,000	3,000
CH	3	2,222	1,667	1,667	3,333	0,962	1,667	3,333
I	4	1,083	1,000	1,000	1,167	0,167	1,000	1,333
PP	5	2,600	1,667	2,000	3,667	1,321	1,333	4,333
A	4	2,500	1,833	2,667	3,167	0,882	1,333	3,333
Ogół grup	22	1,985	1,333	1,667	3,000	1,005	1,000	4,333

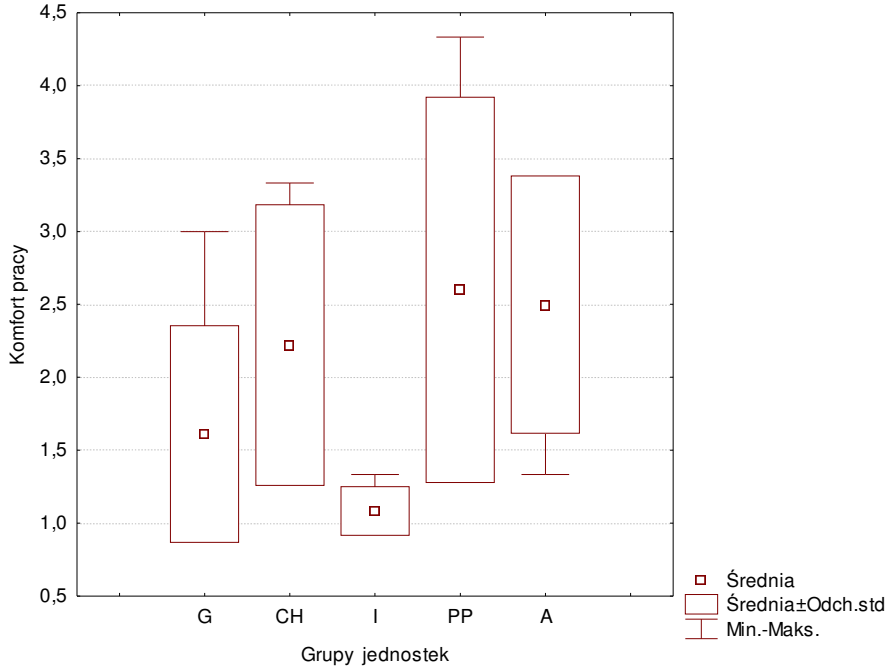
Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}040$

$\alpha = 0{,}05$

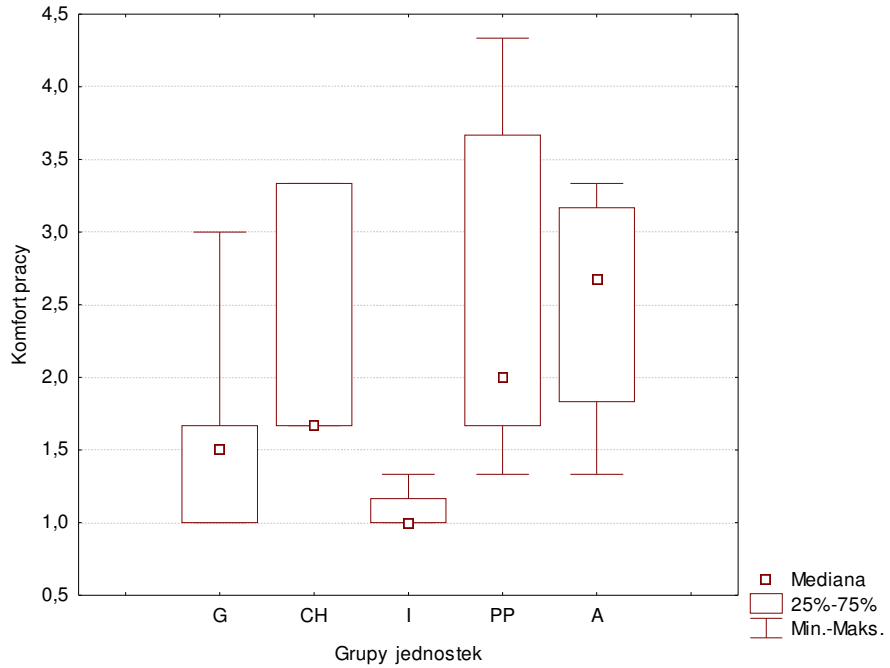
Graficzne odwzorowanie średniej oraz mediany przedstawiają odpowiednio rysunek nr 17 oraz rysunek nr 18.

Rysunek 17. Rozkład średniej dla wymiaru „komfort pracy” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 18. Rozkład mediany dla wymiaru „komfort pracy” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Jak wskazują wyniki zaprezentowane w tabeli nr 12, istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy, przez respondentów pracujących

w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek, pod kątem komfortu pracy. Oznacza to, że istnieje zależność pomiędzy sposobem wprowadzenia metody czasu pracy w danej grupie jednostek organizacyjnych, wynikająca z dostosowania do wymogów UE a jakością pracy w jednostkach oraz wynikająca z tego realizacja celów tych jednostek. Najniższa średnia odpowiedzi dla wymiaru „komfort pracy" wyniosła 1,08 dla interny (przy medianie równej 1 punkt, dolnym kwartylu na poziomie 1 punktu oraz górnym kwartylu wynoszącym 1,16 punktu). Kolejna średnia odpowiedzi wyniosła 1,61 dla ginekologii (przy medianie równej 1,50 punktu, dolnym kwartylu na poziomie 1 punktu oraz górnym kwartylu wynoszącym 1,66 punktu). W następnej kolejności znalazła się chirurgia ze średnią odpowiedzi równą 2,22 punktu (przy medianie równej 1,66 punktu, dolnym kwartylu na poziomie 1,67 punktu oraz górnym kwartylu wynoszącym 3,33 punktu). Średnia odpowiedzi dla anestezjologii wyniosła 2,50 punktu (przy medianie równej 2,66, dolnym kwartylu na poziomie 1,83 punktu oraz górnym kwartylu wynoszącym 3,16 punktu). Najwyższa średnia odpowiedzi wyniosła 2,60 punktu dla poradni przyszpitalnych (mediana równa 2,66 punktu, dolny kwartyl 1,83 punktu, górny kwartyl 3.16 punktu). Taki rozkład wyników oznacza, iż przyjęcie i „odgórne" wprowadzenie w danej grupie jednostek organizacyjnych metod zarządzania czasem pracy, wynikających z dostosowania do prawa europejskiego, pogorszyło zarówno realizację celów danej grupy jednostek organizacyjnych, jak i zdeterminowało gorszą jakość pracy w danej jednostce. W szczególności odczuwalne jest to przez pracowników oddziałów internistycznych, gdzie w tej grupie wszystkie jednostki pracują w metodzie M4, i ginekologicznych, gdzie dwie jednostki pracują według metody M2, natomiast cztery jednostki pracują według metody M4. Średnie dla obu grup kształtują się odpowiednio na poziomie 1,08 punktu oraz 1,61 punktu. Z takimi opiniami raczej zgadzają się również pracownicy trzech oddziałów chirurgicznych (pracujących według metody zarządzania czasem pracy M1, M2 oraz M3) i anestezjologicznych (wszystkie jednostki pracują według metody M2). Świadczą o tym uzyskane średnie – odpowiednio na poziomie 2,22 punktu oraz 2,50 punktu. Natomiast dla pracowników poradni przyszpitalnych, z których najwięcej pracuje według metody M3, a pozostałe według metody M2 i M4, zmiany są raczej trudne do określenia. Takiego uzasadnienia należy poszukiwać w specyfice funkcjonowania dużych oddziałów internistycznych i ginekologicznych, których specyfika funkcjonowania zdecydowanie różni się od warunków funkcjonowania poradni przyszpitalnych.

Tabela 13. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostępność usługi medycznej"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,222	1,000	4,167	4,333	1,734	1,000	4,667
CH	3	3,778	3,333	4,000	4,000	0,385	3,333	4,000
I	4	3,917	3,667	3,833	4,167	0,319	3,667	4,333
PP	5	4,000	3,667	4,000	4,333	0,333	3,667	4,333
A	4	4,167	3,667	4,333	4,667	0,638	3,333	4,667
Ogół grup	22	3,773	3,667	4,000	4,333	0,978	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,843$

$\alpha = 0,05$

Wyniki zaprezentowane w tabeli nr 13 wskazują, że nie istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem dostępności usługi medycznej przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że ilość pracowników zatrudnionych w danej grupie jednostek organizacyjnych nie ma wpływu na dostępność oraz jakość świadczonych przez nich usług medycznych wynikających z wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy.

Podobnie sytuacja przedstawia się dla oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy przez respondentów poszczególnych grup jednostek dla kryterium „organizacja pracy". Statystyczne dane przedstawia tabela nr 14.

Tabela 14. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „organizacja pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,889	3,667	3,833	5,000	1,109	2,000	5,000
CH	3	2,889	2,333	2,667	3,667	0,694	2,333	3,667
I	4	3,417	2,667	3,167	4,167	1,134	2,333	5,000
PP	5	2,067	1,667	1,667	2,000	0,723	1,667	3,333
A	4	3,250	2,500	3,833	4,000	1,287	1,333	4,000
Ogół grup	22	3,136	2,000	3,333	4,000	1,149	1,333	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,101$

$\alpha = 0,05$

Jak wskazują wyniki zaprezentowane w powyższej tabeli, nie istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem organizacji pracy przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że nie występuje wpływ wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikający z realnych potrzeb danych jednostek organizacyjnych, na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów. Świadczy o tym średnia odpowiedzi dla ogółu grup, wynosząca 3,13 punktu przy medianie równej 3,33 punktu, wartość dolnego kwartyla na poziomie 2 punktów oraz górnego kwartyla na poziomie 4 punktów.

W przypadku oceny skuteczności dla grup jednostek dla kryterium „dobór metody" istnieją statystycznie istotne różnice. Przedstawia je tabela nr 15.

Tabela 15. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dobór metody"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	1,944	1,000	1,667	2,333	1,124	1,000	4,000
CH	3	2,333	1,667	1,667	3,667	1,155	1,667	3,667
I	4	1,500	1,333	1,667	1,667	0,333	1,000	1,667
PP	5	2,933	2,000	3,000	3,333	0,983	2,000	4,333
A	4	4,250	4,000	4,167	4,500	0,319	4,000	4,667
Ogół grup	22	2,561	1,667	2,000	4,000	1,245	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

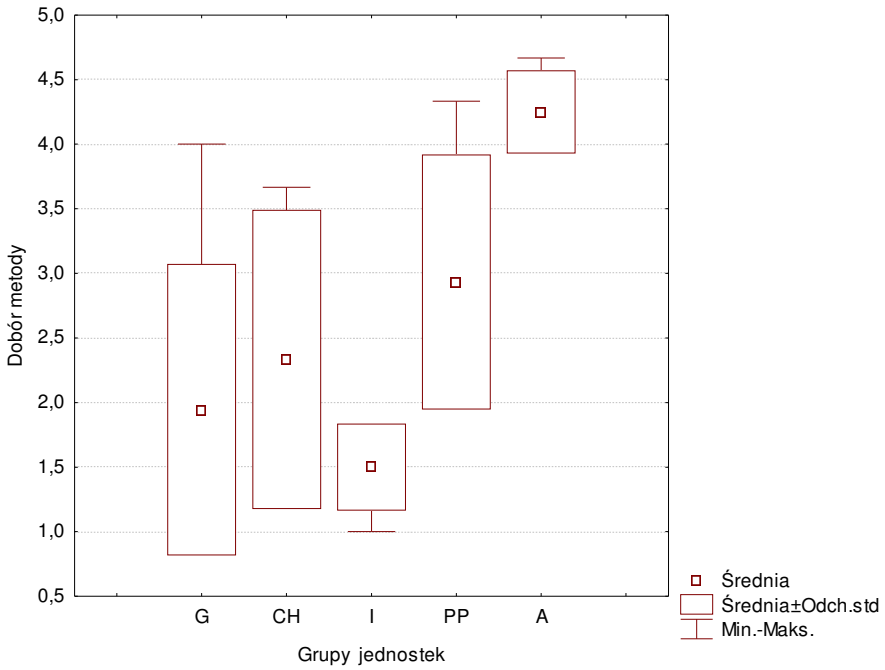
$p = 0,013$

$\alpha = 0,05$

Podobnie jak dla wymiaru „komfort pracy", tak i dla omawianego wymiaru „dobór metody" można zaobserwować zbliżone trendy. Najniższa średnia wskazana została dla grup jednostek: interna (średnia 1,50 punktu przy medianie równej 1,66 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 punktu i górnego na poziomie 1,66 punktu), ginekologia (średnia 1,94 punktu przy medianie równej 1,66 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,00 punktu i górnego na poziomie 2,33 punktu) oraz chirurgia (średnia 2,33 punktu przy medianie równej 1,66 oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,66 punktu i górnego na poziomie 3,66 punktu). Oznacza to, że respondenci zatrudnieni w tych grupach oddziałów zdecydowanie (lub raczej) zgadzają się, że wdrożenie danej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z przyjętych regulacji Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy,

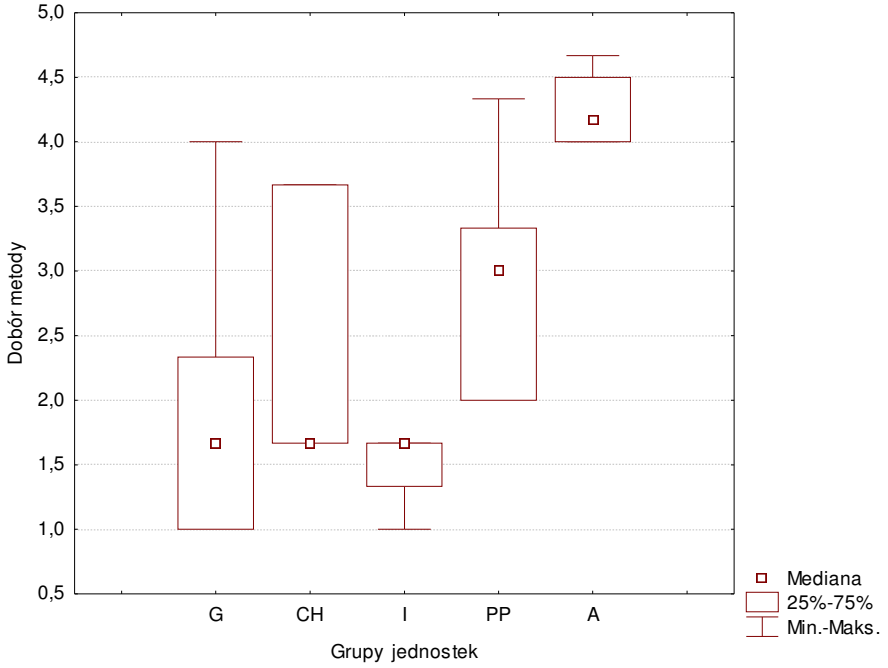
dokonane w sposób subiektywny przez kierownictwo, pogorszyło organizację pracy w analizowanych grupach jednostek organizacyjnych. Odmiennego zdania są respondenci zatrudnieni w oddziałach anestezjologicznych (średnia 4,25 punktu przy medianie równej 4,16 i wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 4,00 punktu i górnego na poziomie 4m50 punktu) – raczej nie zgadzają się oni, iż wdrożenie danej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z przyjętych regulacji Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy, dokonane w sposób subiektywny przez kierownictwo, pogorszyło organizację pracy w analizowanej grupie jednostek. Trudno natomiast jest ocenić wpływ wdrożenia metody zarządzania czasem pracy, wynikający z przyjętych regulacji unijnych, na organizację pracy poradni przyszpitalnych. Respondenci wskazali średnio odpowiedzi na poziomie 2,93 punktu przy medianie równej 3,00 punktu i wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punkty i górnego na poziomie 3,33 punktu. Graficzne odwzorowanie średnich oraz mediany przedstawiają odpowiednio rysunek nr 19 oraz rysunek nr 20.

Rysunek 19. Rozkład średniej dla wymiaru „dobór metody" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 20. Rozkład mediany dla wymiaru „dobór metody" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Uzasadnienia takiego rozkładu odpowiedzi należy szukać – podobnie jak w przypadku kryterium „komfort pracy" – w specyfice funkcjonowania poszczególnych grup oddziałów.

Tabela 16. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „wykonanie kontraktu"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	2,222	1,333	2,000	3,333	1,004	1,333	3,333
CH	3	2,111	1,333	1,333	3,667	1,347	1,333	3,667
I	4	2,250	1,833	2,000	2,667	0,739	1,667	3,333
PP	5	2,267	2,000	2,333	2,333	0,279	2,000	2,667
A	4	2,417	2,000	2,667	2,833	0,739	1,333	3,000
Ogół grup	22	2,258	1,333	2,167	2,667	0,769	1,333	3,667

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,967$

$\alpha = 0,05$

Zaprezentowane w tabeli nr 16 wyniki wskazują, nie istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem wykonania kontraktu przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że dla badanych grup jednostek organizacyjnych stosowane

metody zarządzania czasem pracy nie mają wpływu na skuteczne wykorzystanie personelu oraz skuteczną pracę zespołu, umożliwiającą realizację kontraktu z NFZ.

Tabela 17. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „realizacja celów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,833	3,500	3,750	4,250	0,626	3,000	4,750
CH	3	3,333	3,250	3,250	3,500	0,144	3,250	3,500
I	4	3,750	3,000	3,750	4,500	0,913	2,750	4,750
PP	5	2,300	2,000	2,250	2,500	0,326	2,000	2,750
A	4	2,938	2,875	3,000	3,000	0,125	2,750	3,000
Ogół grup	22	3,239	2,750	3,125	3,500	0,785	2,000	4,750

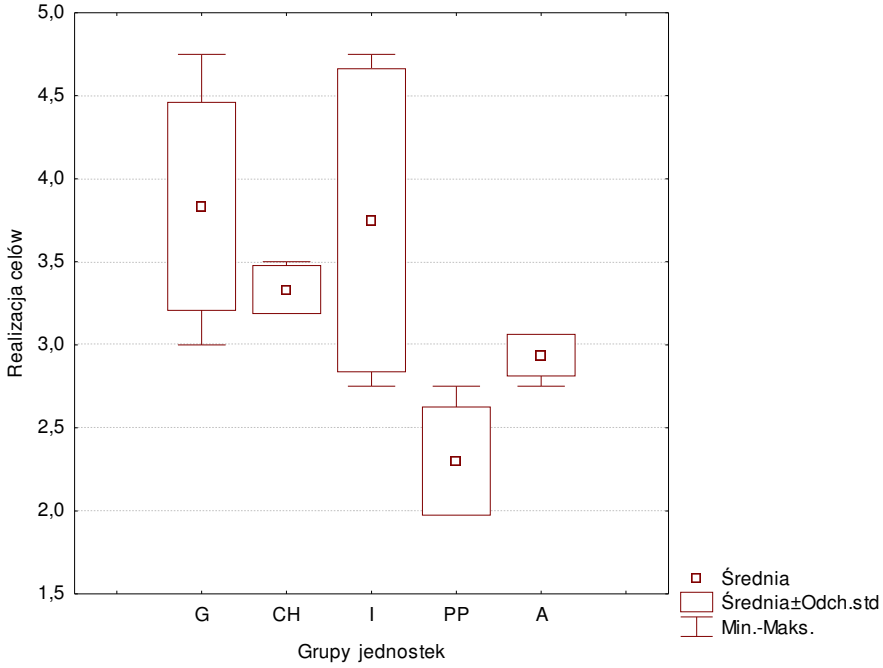
Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,005$

$\alpha = 0,05$

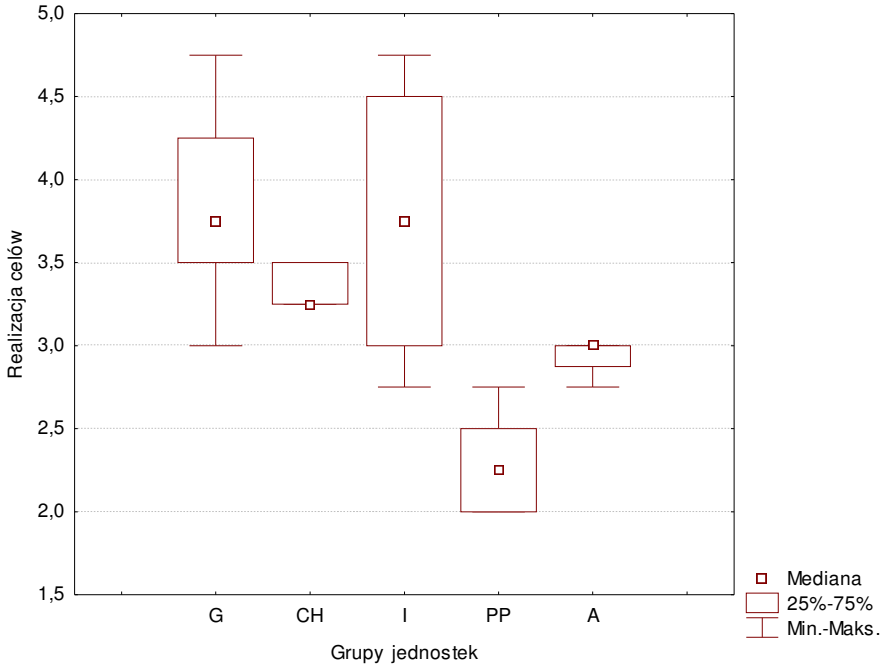
Jak wskazują wyniki zaprezentowane w powyższej tabeli, istnieją statystycznie istotne różnice w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem realizacji celów przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że dostosowanie do wymogów UE wpływa na realizację celów danych badanych jednostek, przy czym tendencja ta wskazuje na kierunek pomiędzy „raczej nie zgadzam się" a „nie mam zdania". Z pogorszeniem realizacji celów na skutek wdrożenia poszczególnych metod zarządzania czasem pracy raczej nie zgadzają się respondenci oddziałów ginekologicznych (średnia 3,83 przy medianie równej 3,50 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3,50 punktu górnego na poziomie 4,25 punktu), internistycznych (średnia 3,75 punktu przy medianie równej 3,75 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3 punkty i górnego na poziomie 4,50 punktu), a także – można przyjąć to z pewnym przybliżeniem z graficznych odwzorowań średniej oraz mediany, zawartych odpowiednio na rysunku nr 21 oraz rysunku nr 22 – chirurgicznych (średnia 3,33 punktu przy medianie równej 3,25 oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3,25 punktu i górnego na poziomie 3,50 punktu).

Rysunek 21. Rozkład średniej dla wymiaru „realizacja celów” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 22. Rozkład mediany dla wymiaru „realizacja celów” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Trudno jest ocenić ten wymiar pracownikom oddziałów anestezjologicznych, którzy wskazali odpowiedzi na poziomie średnio 2,93 punktu, a więc bardzo bliskie „nie mam

zdania" (mediana wyniosła równo 3 punkty, natomiast wartość dolnego kwartyla wyniosła 2, 87 punktu, a górnego 3 punkty).

Z pogorszeniem realizacji celów na skutek wdrożenia poszczególnych metod zarządzania czasem pracy raczej zgadzają się natomiast respondenci poradni przyszpitalnych, którzy wskazali odpowiedzi średnio na poziomie 2,30 punktu (przy medianie równej 2,25 punktu i wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punktów i górnego na poziomie 2,50 punktu).

Tabela 18. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „pobyt pacjenta"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	2,208	1,000	1,250	4,250	1,684	1,000	4,500
CH	3	4,333	4,000	4,000	5,000	0,577	4,000	5,000
I	4	3,375	2,500	4,125	4,250	1,588	1,000	4,250
PP	5	3,750	3,000	4,250	4,500	0,935	2,500	4,500
A	4	4,500	4,250	4,375	4,750	0,354	4,250	5,000
Ogół grup	22	3,477	2,500	4,250	4,500	1,427	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,213$

$\alpha = 0,05$

Wyniki zaprezentowane w tabeli nr 18 wskazują brak statystycznie istotnych różnic w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem pobytu pacjenta przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że dla badanych grup jednostek organizacyjnych wdrożenie stosowanych metod zarządzania czasem pracy nie ma wpływu na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta oraz wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizację kontraktu z NFZ.

Tabela 19. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „wskaźnik hospitalizacji"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	2,292	1,000	2,250	3,500	1,177	1,000	3,750
CH	3	3,667	3,500	3,500	4,000	0,289	3,500	4,000
I	4	3,000	2,250	3,625	3,750	1,339	1,000	3,750
PP	5	4,000	3,750	4,000	4,750	0,829	2,750	4,750
A	4	3,688	3,625	3,750	3,750	0,125	3,500	3,750
Ogół grup	22	3,250	2,750	3,625	3,750	1,094	1,000	4,750

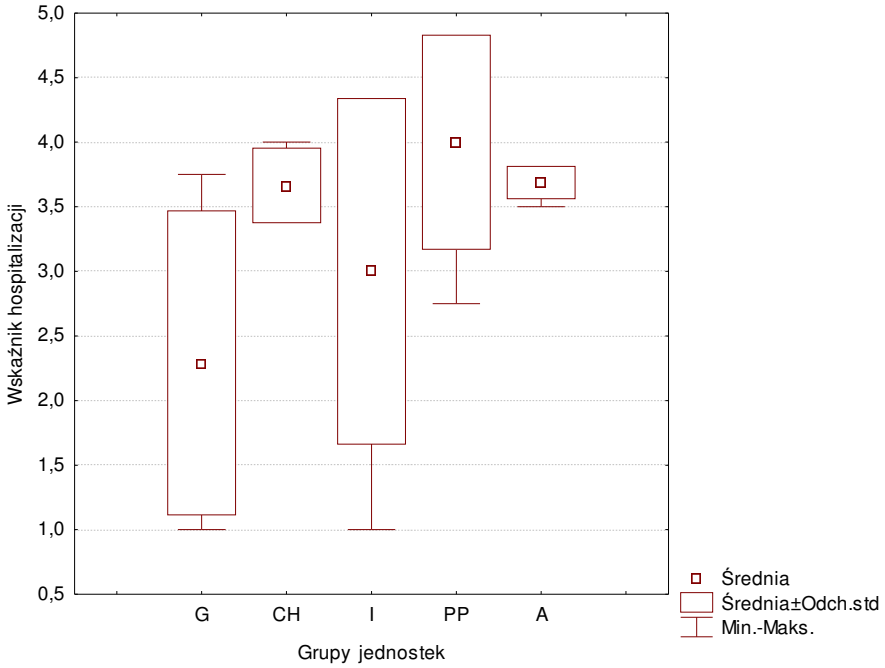
Źródło: Opracowanie własne

p = 0,083

$\alpha = 0,05$

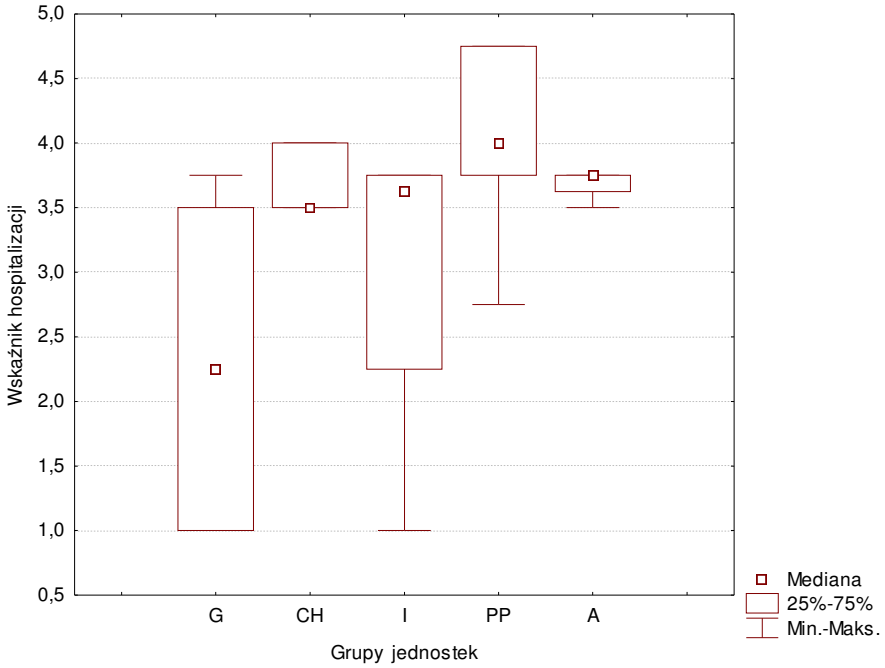
Analizując dane zawarte w tabeli nr 19, trudno jest jednoznacznie zinterpretować jej wyniki przy statystyce p = 0,083. Z jednej strony, taki wynik statystyki wskazuje na odrzucenie hipotez i brak różnic statystycznie istotnych. Z drugiej strony, analizując graficzne odwzorowanie wyników w postaci wartości średniej oraz mediany, zawarte odpowiednio na rysunku nr 23 oraz rysunku nr 24, można zauważyć pewną prawidłowość i podjąć się interpretacji, iż respondenci w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych bardzo różnie oceniają kwestie związane ze wskaźnikiem hospitalizacji.

Rysunek 23. Rozkład średniej dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 24. Rozkład mediany dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rysunki oraz dane zawarte w tabeli nr 19 można uznać, iż respondenci zatrudnieni w oddziałach ginekologicznych raczej zgadzają się z opinią, że wdrożenie norm unijnych w zakresie czasu pracy obniżyło wskaźnik hospitalizacji, co przejawia się „odpływem" pacjentów do innych jednostek oraz wydłużeniem średniego czasu ich oczekiwania na przyjęcie. Świadczy o tym średnia odpowiedzi wynosząca w tej grupie jednostek 2,29 punktu przy medianie równej 2,25 punktu (wartość dolnego kwartyla na poziomie 1 punktu, górnego na poziomie 3,50 punktu). Zdecydowanie przeciwni takiej opinii są pracownicy zatrudnieni w poradniach przyszpitalnych. Według nich, wdrożenie norm unijnych w zakresie czasu pracy nie obniżyło wskaźnika hospitalizacji, co przejawiałoby się „odpływem" pacjentów do innych jednostek oraz wydłużeniem średniego czasu ich oczekiwania na przyjęcie. Potwierdza to wartość średniej dla tej grupy jednostek organizacyjnych na poziomie 4 punktów przy medianie równej również 4 punkty (wartość dolnego kwartyla na poziomie 3,75 punktu, górnego na poziomie 4,75 punktu). Podobnego zdania – ale z tendencją do „trudno powiedzieć" – są pracownicy oddziałów chirurgicznych oraz anestezjologicznych. Dla tych grup jednostek organizacyjnych średnie odpowiedzi wynoszą odpowiednio 3,66 punktu (przy medianie równej 3,50 punktu, dolnym kwartylu na poziomie 3,50 punktu oraz górnym kwartylu na poziomie 4 punktów) dla chirurgii oraz 3,68 punktu (przy medianie równej 3,75 punktu, dolnym kwartylu na poziomie 3,62 oraz górnym kwartylu na poziomie 3,75 punktu) dla anestezjologii. Pracownikom oddziałów internistycznych natomiast jest trudno określić ewentualny wpływ wdrożenia norm unijnych na wskaźnik hospitalizacji. Potwierdza to wartość średniej, która wyniosła równo 3 punkty („nie mam zdania") przy medianie na poziomie 3,65 punktu oraz kwartylach: dolnym na poziomie 2,25 punktu i górnym na poziomie 3,75 punktu. Po raz kolejny takiej interpretacji odpowiedzi należy szukać w specyfice funkcjonowania poszczególnych grup jednostek organizacyjnych: oddziały internistyczne zazwyczaj mają stałe i ciągłe obłożenie pacjentów, stąd trudno jest ich pracownikom określić skutki ewentualnych zmian. Taka sytuacja dotyczy również oddziałów chirurgicznych i anestezjologicznych. Podobnie sytuację należy interpretować w przypadku poradni przyszpitalnych. Należy tu jednak dodać i wyraźnie podkreślić, że w większości z nich dominującą metodą zarządzania czasem pracy jest metoda M3 (kontraktowa), której niejako nie dotyczą bezpośrednio zmiany związane z dostosowaniem norm czasu pracy do wymogów Unii Europejskiej. Największych zmian należy poszukiwać więc w oddziałach ginekologicznych, które na skutek zmian w prawie pracy i wdrożenia norm unijnych w zakresie czasu pracy muszą zmierzyć się z obniżeniem

wskaźnika hospitalizacji, co przejawia się „odpływem" pacjentek do innych jednostek oraz wydłużeniem średniego czasu ich oczekiwania na przyjęcie.

Tabela 20. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „potrzeby pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	4,000	2,600	4,600	5,000	1,259	2,200	5,000
CH	3	1,867	1,800	1,800	2,000	0,115	1,800	2,000
I	4	2,700	1,600	2,100	3,800	1,604	1,600	5,000
PP	5	1,840	1,600	2,000	2,000	0,219	1,600	2,000
A	4	2,000	1,800	2,200	2,200	0,400	1,400	2,200
Ogół grup	22	2,618	1,800	2,100	2,600	1,274	1,400	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

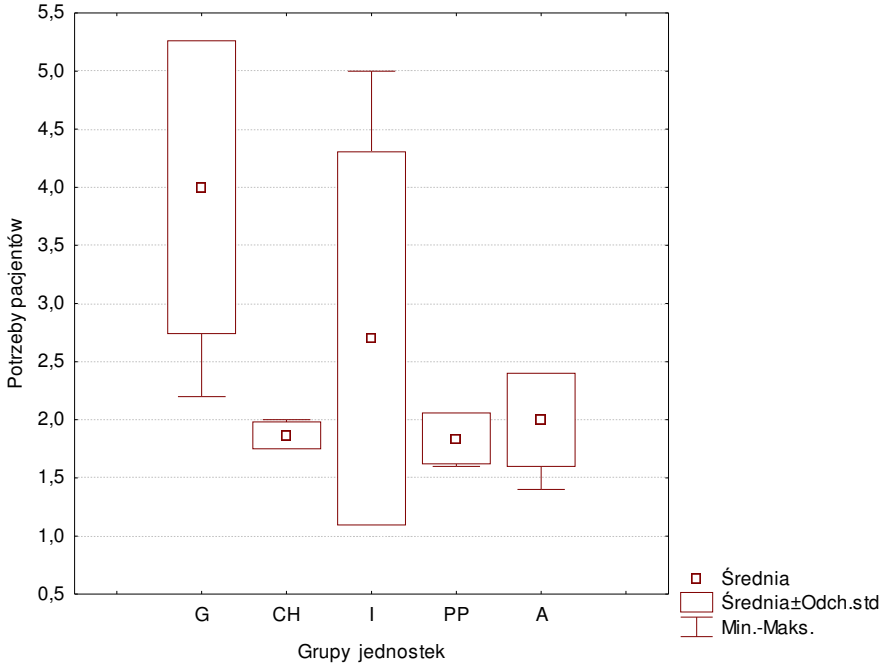
$p = 0,039$

$\alpha = 0,05$

Prezentowane w tabeli nr 20 wyniki dotyczące potrzeb pacjentów wskazują na statystycznie istotne różnice pomiędzy odpowiedziami respondentów zatrudnionych w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych. Oznacza to, że różnie oceniają oni wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej. Podobnie jak w poprzednio omawianym kryterium „wskaźnik hospitalizacji", tak i w przypadku kryterium „potrzeby pacjentów" pracownicy poradni przyszpitalnych, oddziałów chirurgicznych, anestezjologicznych oraz internistycznych zgadzają się, że stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają pełną dostępność personelu dla pacjentów, są oni zawsze przyjmowani, a ich potrzeby są zawsze zaspokajane. Podobnie respondenci uważają, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje możliwość stopniowego rozwoju jednostki oraz stwarza lepsze możliwości wykorzystania infrastruktury medycznej pod kątem realizacji potrzeb pacjentów. Potwierdzeniem tego są odpowiednie wartości średnich odpowiedzi: 1,84 punktu (przy medianie równej 2 punkty, wartości dolnego kwartyla na poziomie 1,60 punktu i górnego kwartyla na poziomie 2 punktów) dla poradni przyszpitalnych, 1,86 punktu (przy medianie równej 1,80 punktu, wartości dolnego kwartyla na poziomie 1,80 punktu i górnego kwartyla na poziomie 2 punktów) dla oddziałów chirurgicznych, 2 punkty (przy medianie równej 2,20

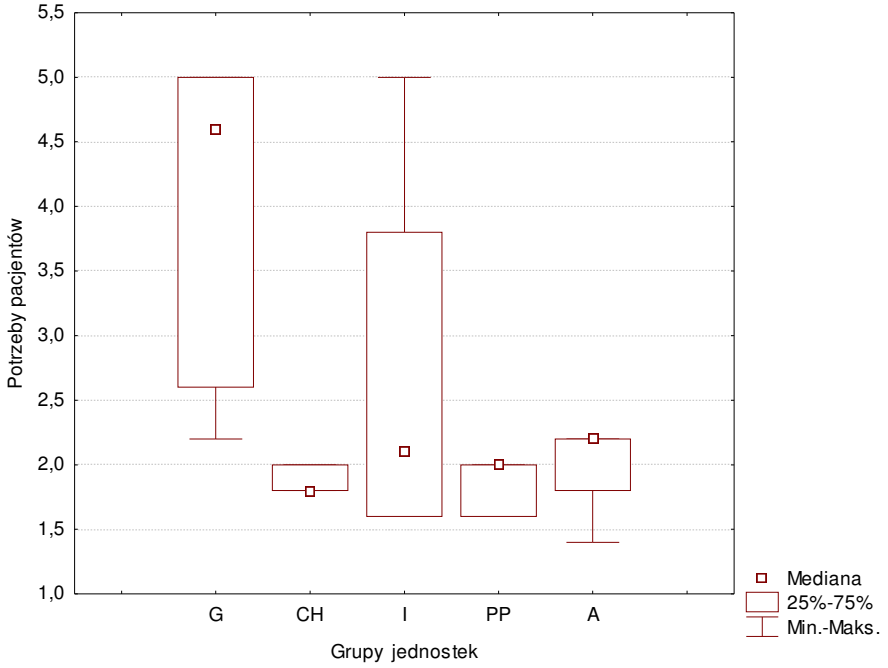
punktu, wartości dolnego kwartyla na poziomie 1,80 punktu i górnego kwartyla na poziomie 2,20 punktu) dla oddziałów anestezjologicznych oraz 2,70 punktu (przy medianie równej 2,10 punktu, wartości dolnego kwartyla na poziomie 1,60 punktu i górnego kwartyla na poziomie 3,80 punktu) dla oddziałów internistycznych. Jedynie pracownicy oddziałów ginekologicznych – podobnie jak w przypadku wymiaru „wskaźnik hospitalizacji" – nie zgadzają się ze stwierdzeniem, że stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają pełną dostępność personelu dla pacjentów, którzy są zawsze przyjmowani, a ich potrzeby są zawsze zaspokajane. Podobnie respondenci tej grupy oddziałów uważają, że stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie daje możliwości stopniowego rozwoju jednostki oraz nie stwarza lepszych możliwości wykorzystania infrastruktury medycznej pod kątem realizacji potrzeb pacjentów. Potwierdzeniem tej opinii jest zarówno graficzne odwzorowanie rozkładu średniej oraz mediany, zaprezentowane odpowiednio na rysunku nr 25 oraz rysunku nr 26, jak i wartość średniej odpowiedzi, wynoszącej 4 punkty przy medianie równej 4,60 punktu oraz wartości kwartyli: dolnego, wynoszącego 2,60 punktu, oraz górnego, wynoszącego 5 punktów.

Rysunek 25. Rozkład średniej dla wymiaru „potrzeby pacjentów" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 26. Rozkład mediany dla wymiaru „potrzeby pacjentów" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Tak jak w przypadku oceny poprzedniego wymiaru, także w omawianym wymiarze przyczyn takiego rozkładu odpowiedzi należy poszukiwać w specyfice funkcjonowania poradni przyszpitalnych, oddziałów chirurgicznych, anestezjologicznych oraz internistycznych, a także nieco odmiennych warunkach pracy oddziałów ginekologicznych.

Tabela 21. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostępność dla pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	2,778	1,333	2,000	5,000	1,747	1,333	5,000
CH	3	1,556	1,333	1,667	1,667	0,192	1,333	1,667
I	4	2,417	1,500	1,667	3,333	1,729	1,333	5,000
PP	5	2,067	1,333	2,000	2,667	0,760	1,333	3,000
A	4	1,083	1,000	1,000	1,167	0,167	1,000	1,333
Ogół grup	22	2,076	1,333	1,667	2,000	1,289	1,000	5,000

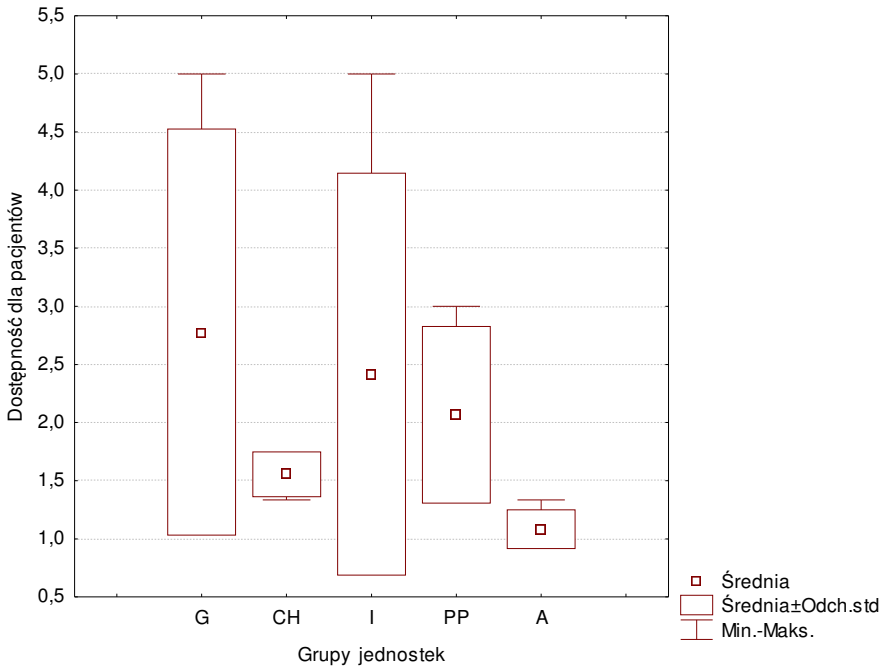
Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,060

α = 0,05

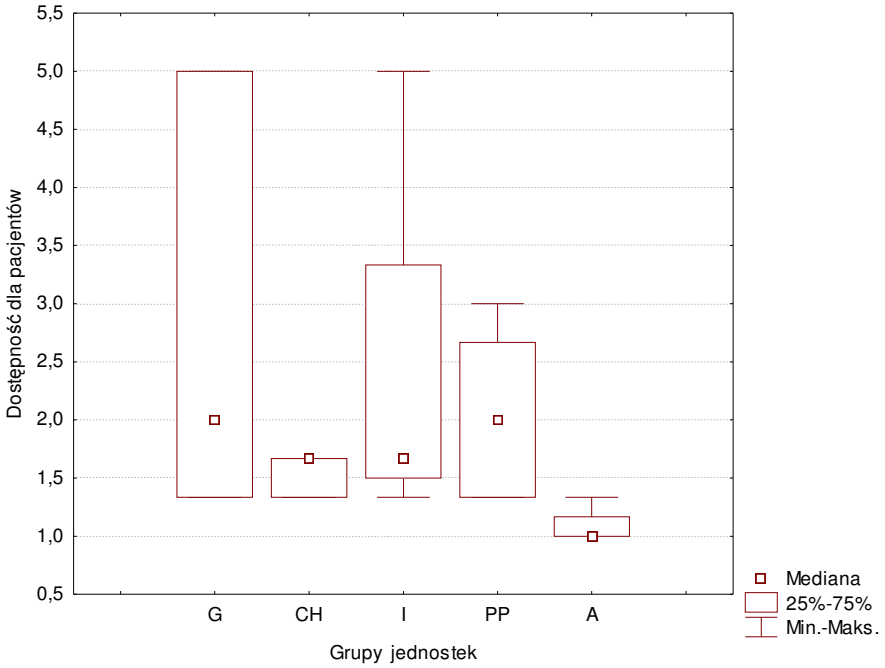
Podobnie jak w przypadku oceny wymiaru „wskaźnik hospitalizacji", tak i dla omawianego wymiaru trudno jest jednoznacznie zinterpretować jego wyniki przy statystyce p = 0,060. Z jednej strony, taki wynik statystyki wskazuje na odrzucenie hipotez i brak różnic statystycznie istotnych. Z drugiej strony – analizując graficzne odwzorowanie wyników w postaci wartości średniej oraz mediany, zawarte odpowiednio na rysunku nr 27 oraz rysunku nr 28 – można zauważyć pewną prawidłowość i podjąć się interpretacji, iż respondenci w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych bardzo różnie oceniają kwestie związane z dostępnością dla pacjentów.

Rysunek 27. Rozkład średniej dla wymiaru „dostępność dla pacjentów" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 28. Rozkład mediany dla wymiaru „dostępność dla pacjentów” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rysunki oraz dane zawarte w tabeli nr 21 można uznać, iż respondenci zatrudnieni w oddziałach anestezjologicznych i chirurgicznych zdecydowanie bardziej zgadzają się niż pracownicy poradni przyszpitalnych oraz oddziałów internistycznych i ginekologicznych (którzy „raczej zgadzają się”), że dostosowanie do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów (należy pamiętać, że pytania d_39 oraz d_40 są pytaniami odwrotnymi) oraz nie ograniczyło ilości hospitalizacji. Co więcej, wszyscy respondenci są zgodni, że wdrożone metody zarządzania czasem pracy umożliwiają racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Potwierdzeniem tej opinii są odpowiednie średnie: 1,08 punktu (przy medianie równej 1 punkt, wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punkt i górnego na poziomie 1,16 punktu) dla oddziałów anestezjologicznych oraz 1,55 punktu (przy medianie równej 1,66 punktu i wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 punktu i górnego na poziomie 1,66 punktu) dla oddziałów chirurgicznych. Natomiast dla poradni przyszpitalnych średnia ta była już niższa i wyniosła2,06 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 punktu i górnego na poziomie 2,66 punktu). Dla oddziałów internistycznych średnia odpowiedzi była jeszcze niższa i wyniosła 2,41 punktu (przy medianie równej 1,66 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego

na poziomie 1,50 punktu i górnego na poziomie 3,33 punktu). Najniższa średnia wystąpiła dla oddziałów ginekologicznych i wyniosła 2,77 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 punktu i górnego na poziomie 5 punktów).

Tabela 22. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „jakość usługi"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,417	2,500	3,000	5,000	1,281	2,000	5,000
CH	3	2,333	2,250	2,250	2,500	0,144	2,250	2,500
I	4	2,625	1,500	2,000	3,750	1,652	1,500	5,000
PP	5	2,050	2,000	2,000	2,000	0,447	1,500	2,750
A	4	1,938	1,875	2,000	2,000	0,125	1,750	2,000
Ogół grup	22	2,545	2,000	2,125	2,750	1,085	1,500	5,000

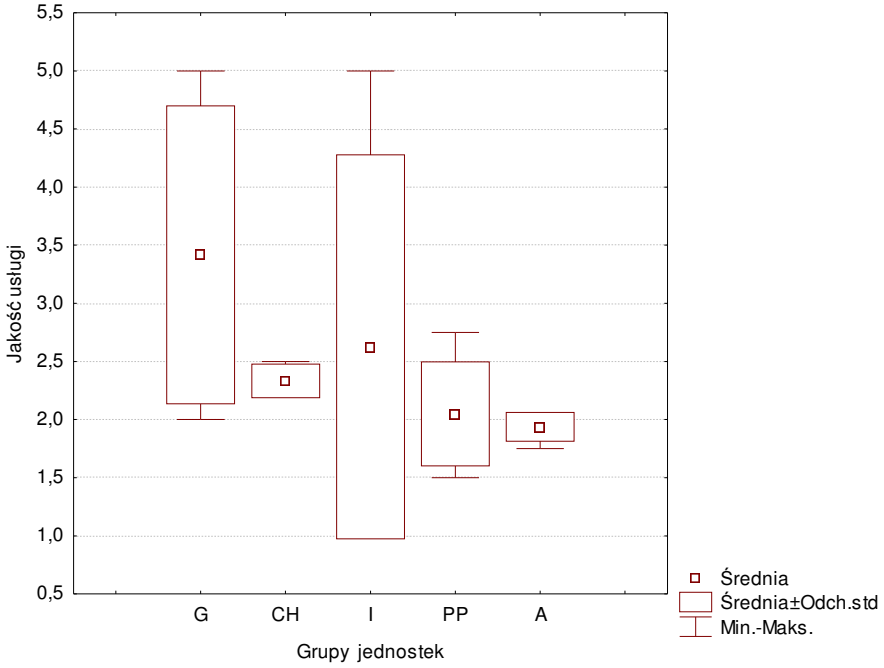
Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,092

$\alpha = 0,05$

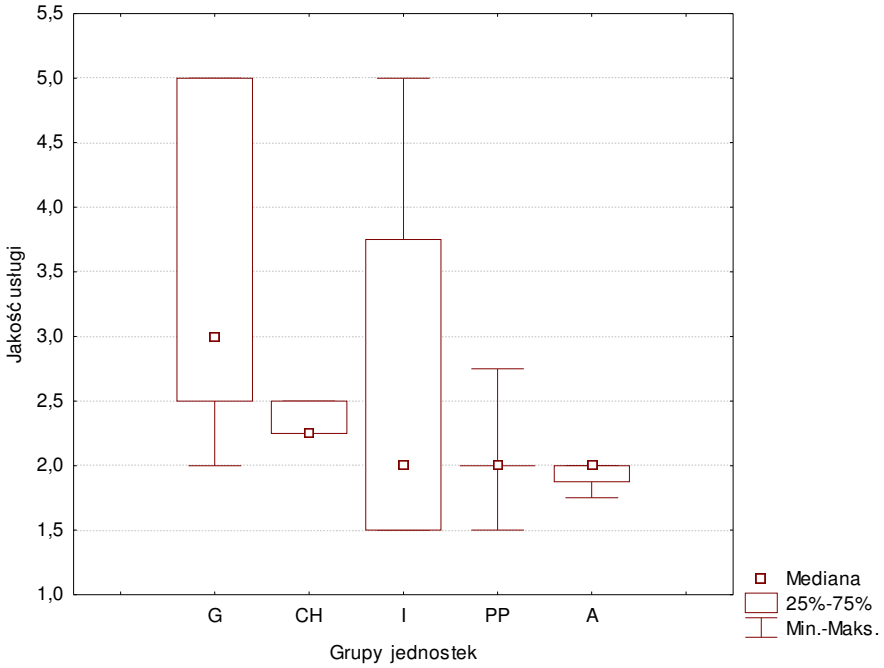
Podobnie jak w poprzednim przypadku, tak i dla omawianego wymiaru trudno jest jednoznacznie zinterpretować jego wyniki przy statystyce p = 0,092. Z jednej strony, taki wynik statystyki wskazuje na odrzucenie hipotez i brak różnic statystycznie istotnych. Z drugiej strony – analizując graficzne odwzorowanie wyników w postaci wartości średniej oraz mediany, zawarte odpowiednio na rysunku nr 29 oraz rysunku nr 30 – można zauważyć pewną prawidłowość i podjąć się interpretacji, iż respondenci w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych bardzo różnie oceniają kwestie związane z jakością usługi medycznej.

Rysunek 29. Rozkład średniej dla wymiaru „jakość usługi" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 30. Rozkład mediany dla wymiaru „jakość usługi" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rysunki oraz dane zawarte w tabeli nr 22 można uznać, iż respondenci zatrudnieni w oddziałach anestezjologicznych, chirurgicznych, internistycznych

oraz w poradniach przyszpitalnych raczej zgadzają się, że stosowane w poszczególnych grupach jednostek metody zarządzania czasem pracy pozwalają na realizację usług medycznych na wysokim poziomie oraz pełne wykorzystanie dostępnych technik medycznych. Ponadto uważają oni, że poprawiła się jakość dotychczasowej pracy zespołu, co wpływa na zadowolenie pacjentów. Potwierdzają to następujące wyniki: średnia odpowiedzi dla oddziałów anestezjologicznych wyniosła 1,93 punktu (przy medianie równej 2 punkty – „raczej zgadzam się" – oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,87 punktu i górnego na poziomie 2 punktów), dla oddziałów chirurgicznych średnia odpowiedzi wyniosła 2,33 punktu (przy medianie równej 2,25 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2,25 punktu i górnego na poziomie 2,50 punktu), dla oddziałów internistycznych wartość średniej wyniosła 2,65 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,50 punktu i górnego na poziomie 3,75 punktu), natomiast dla poradni przyszpitalnych wartość średniej wyniosła 2,05 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego i górnego na poziomie 2 punktów). Jedynie pracownikom oddziałów ginekologicznych trudno jest ocenić ten wymiar – świadczy o tym wartość średniej, wynosząca 3, 41 punktu (przy medianie równej 3 punkty – „nie mam zdania" – oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2,50 punktu i górnego na poziomie 5 punktów).

Tabela 23. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „efekt medyczny"

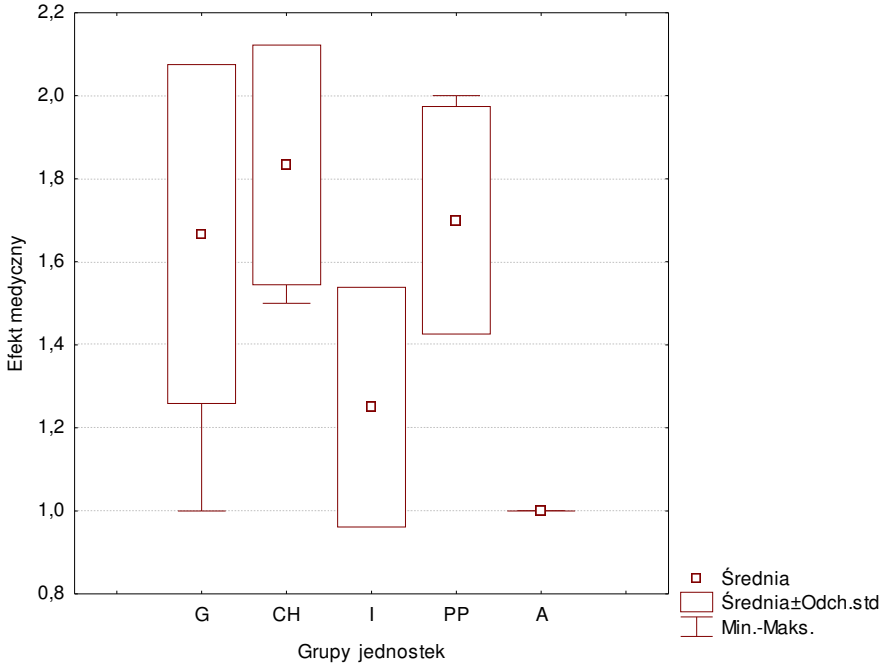
	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max
G	6	1,667	1,500	1,750	2,000	0,408	1,000	2,000
CH	3	1,833	1,500	2,000	2,000	0,289	1,500	2,000
I	4	1,250	1,000	1,250	1,500	0,289	1,000	1,500
PP	5	1,700	1,500	1,500	2,000	0,274	1,500	2,000
A	4	1,000	1,000	1,000	1,000	0,000	1,000	1,000
Ogół grup	22	1,500	1,000	1,500	2,000	0,408	1,000	2,000

Źródło: Opracowanie własne

$p = 0{,}020$

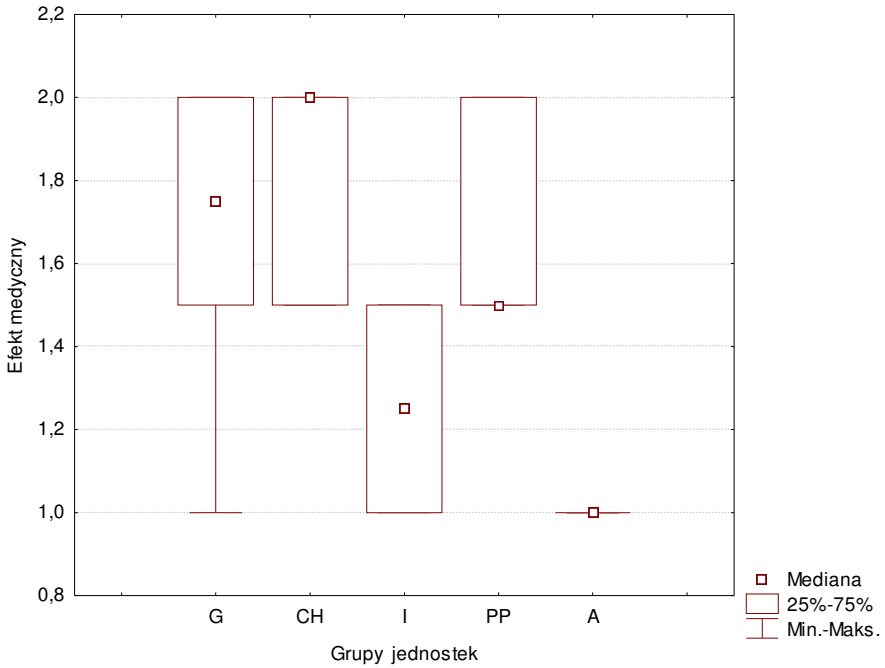
$\alpha = 0{,}05$

Rysunek 31. Rozkład średniej dla wymiaru „efekt medyczny” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 32. Rozkład mediany dla wymiaru „efekt medyczny” dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane przedstawione w tabeli nr 23 oraz rysunki przedstawiające graficzne odwzorowanie średniej oraz mediany (rysunek nr 31 oraz rysunek nr 32) należy stwierdzić, że

– dla statystyki p = 0,02 – zachodzą statystycznie istotne różnice w ocenie wymiaru „efekt medyczny" przez respondentów poszczególnych grup jednostek. Pracownicy oddziałów anestezjologicznych oraz internistycznych zdecydowanie zgadzają się, że stosowane na tych oddziałach metody zarządzania czasem pracy pozwalają na świadczenie wyspecjalizowanych usług medycznych na najwyższym poziomie, co przekłada się na zadowolenie pacjentów z jakości świadczonych usług oraz jakości ich obsługi. Świadczą o tym dane statystyczne: średnia dla oddziałów anestezjologicznych wyniosła 1 punkt – „zdecydowanie zgadzam się" (przy medianie równej również 1 punkt oraz wartościach kwartyli: dolnego i górnego na poziomie 1 punktu), natomiast dla oddziałów internistycznych średnia odpowiedzi wyniosła 1,25 punktu (przy medianie równej 1,25 punktu oraz wartości kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 1,50 punktu). Odpowiedzi pracowników pozostałych grup jednostek organizacyjnych zakwalifikować należy do przedziału „raczej zgadzam się". Świadczą o tym następujące średnie: dla oddziałów ginekologicznych średnia wyniosła 1,66 punktu (przy medianie równej 1,75 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,50 punktu i górnego na poziomie 2 punktów), dla oddziałów chirurgicznych średnia wyniosła 1,83 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,50 punktu i górnego na poziomie 2 punktów), natomiast średnia dla poradni przyszpitalnych wyniosła 1,70 punktu (przy medianie równej 1,50 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,50 punktu i górnego na poziomie 2 punktów).

Tabela 24. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „inne elementy zarządzania"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max
G	6	3,900	2,900	4,600	5,000	1,494	1,300	5,000
CH	3	1,900	1,500	1,600	2,600	0,608	1,500	2,600
I	4	2,125	1,000	1,450	3,250	1,704	1,000	4,600
PP	5	2,240	1,900	2,000	2,400	0,472	1,900	3,000
A	4	2,525	2,150	2,800	2,900	0,624	1,600	2,900
Ogół grup	22	2,677	1,600	2,500	3,000	1,304	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,161

α = 0,05

Wyniki zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują na brak statystycznie istotnych różnic w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem innych

elementów zarządzania przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że dla badanych grup jednostek organizacyjnych respondenci nie wskazują zależności pomiędzy stosowanymi metodami zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej grupy jednostek organizacyjnych do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalania celów i zadań oraz zarządzania danymi grupami jednostek.

Tabela 25. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostosowanie do UE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,700	2,200	4,200	4,800	1,270	2,000	4,800
CH	3	2,600	2,200	2,200	3,400	0,693	2,200	3,400
I	4	2,650	2,000	2,200	3,300	1,050	2,000	4,200
PP	5	2,840	2,000	3,200	3,200	0,805	2,000	3,800
A	4	1,950	1,900	2,000	2,000	0,100	1,800	2,000
Ogół grup	22	2,845	2,000	2,200	3,800	1,044	1,800	4,800

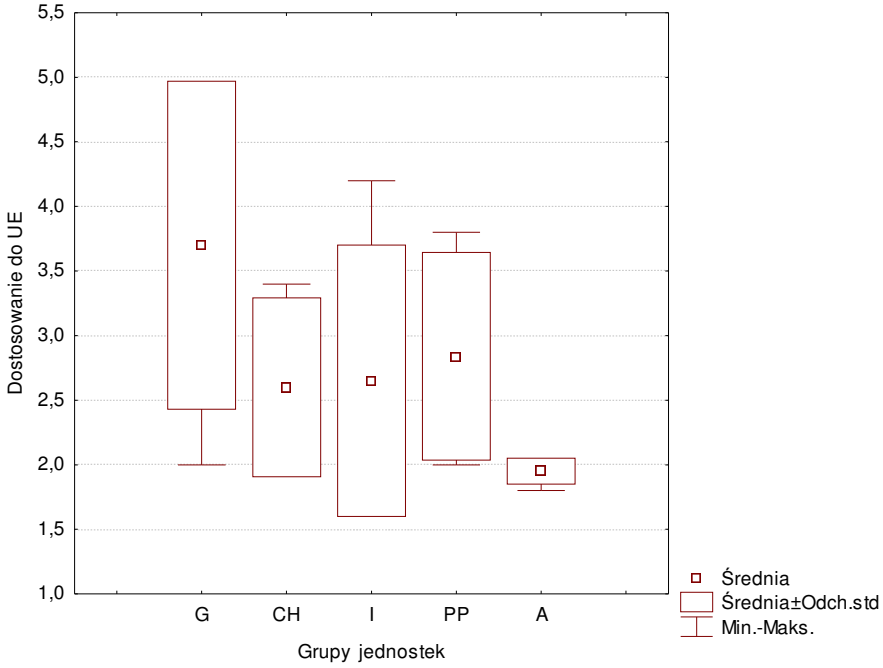
Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,071

$\alpha = 0,05$

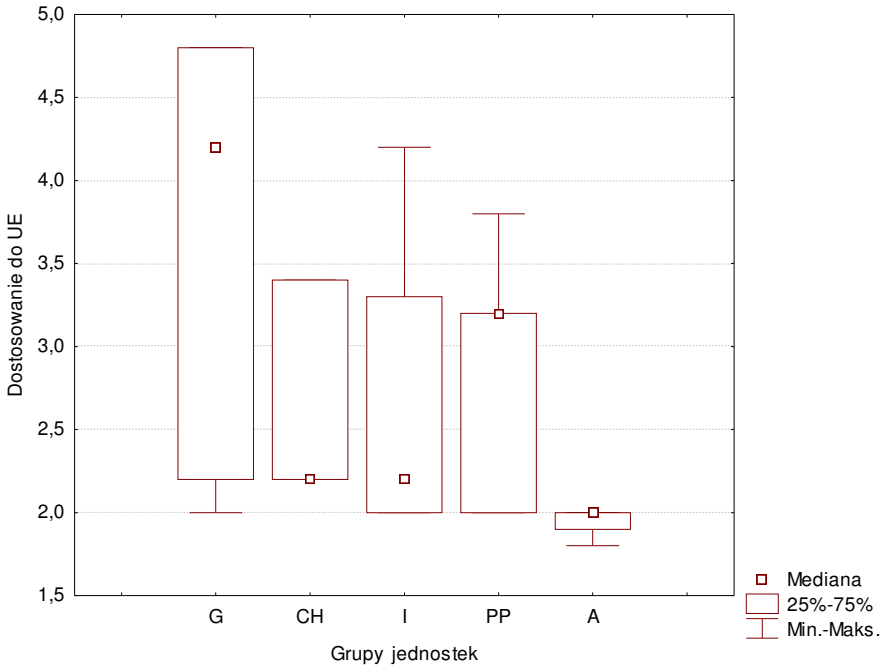
Dla omawianego wymiaru trudno jest jednoznacznie zinterpretować jego wyniki przy statystyce p = 0,071. Z jednej strony, taki wynik statystyki wskazuje na odrzucenie hipotez i brak różnic statystycznie istotnych. Z drugiej strony – analizując graficzne odwzorowanie wyników w postaci wartości średniej oraz mediany, zawarte odpowiednio na rysunku nr 33 oraz rysunku nr 34 – można zauważyć pewną prawidłowość i podjąć się interpretacji, iż respondenci w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych różnie oceniają kwestie związane z dostosowaniem poszczególnych grup jednostek do wymogów Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy.

Rysunek 33. Rozkład średniej dla wymiaru „dostosowanie do UE" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 34. Rozkład mediany dla wymiaru „dostosowanie do UE" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rysunki oraz dane zawarte w tabeli nr 25 można uznać, iż respondenci zatrudnieni w poradniach przyszpitalnych oraz we wszystkich oddziałach – poza

oddziałami ginekologicznymi – raczej zgadzają się – z tendencją do „nie mam zdania" – że stosowane metody zarządzania czasem pracy spełniają wymagania Unii Europejskiej, a tym samym zapewniają pracownikom wysoki (pod względem czasu pracy) komfort pracy. Równocześnie respondenci zaznaczają, iż dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej zwiększyło migrację personelu i nie wpłynęło w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń pracowników. Ponadto respondenci zaznaczają, iż stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają realizację celów jednostek organizacyjnych. Świadczą o tym wyniki statystyki: średnia dla poradni przyszpitalnych wyniosła 2,84 punktu (przy medianie równej 3,20 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punkty i górnego na poziomie 3,20 punktu), oddziałów anestezjologicznych średnia wyniosła 1,95 punktu (przy medianie równej 2 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,90 punktu i górnego kwartyla na poziomie 2 punktów), dla oddziałów chirurgicznych średnia wyniosła 2,60 punktu (przy medianie równej 2,20 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2,20 punktu i górnego na poziomie 3,40 punktu), natomiast dla oddziałów internistycznych średnia wyniosła 2,65 punktu (przy medianie równej 2,20 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punktów i górnego na poziomie 3,30 punktu). Jedynie, co zaznaczono wcześniej, pracownicy oddziałów ginekologicznych nie zgadzają się, że stosowane w ich jednostkach metody zarządzania czasem pracy spełniają wymagania Unii Europejskiej, a tym samym nie zapewniają one pracownikom wysokiego (pod względem czasu pracy) komfortu pracy. Równocześnie respondenci zaznaczają, iż dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej nie zwiększyło migracji personelu i nie wpłynęło w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń pracowników. Ponadto respondenci zaznaczają, iż nie zgadzają się, że stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają realizację celów jednostek organizacyjnych. Potwierdza to wartość średniej, wynosząca 3,70 punktu przy medianie równej 4,20 punktu oraz wartości kwartyli: dolnego na poziomie 2,20 punktu i górnego na poziomie 4,80 punktu. Uzasadnienia takiej interpretacji po raz kolejny należy upatrywać w specyfice funkcjonowania oddziałów ginekologicznych.

Tabela 26. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „równowaga ZL”

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	1,833	1,000	1,000	2,750	1,375	1,000	4,250
CH	3	1,583	1,250	1,750	1,750	0,289	1,250	1,750
I	4	1,188	1,000	1,000	1,375	0,375	1,000	1,750
PP	5	2,150	2,000	2,250	2,500	0,418	1,500	2,500
A	4	3,438	2,625	4,125	4,250	1,463	1,250	4,250
Ogół grup	22	2,045	1,000	1,750	2,500	1,172	1,000	4,250

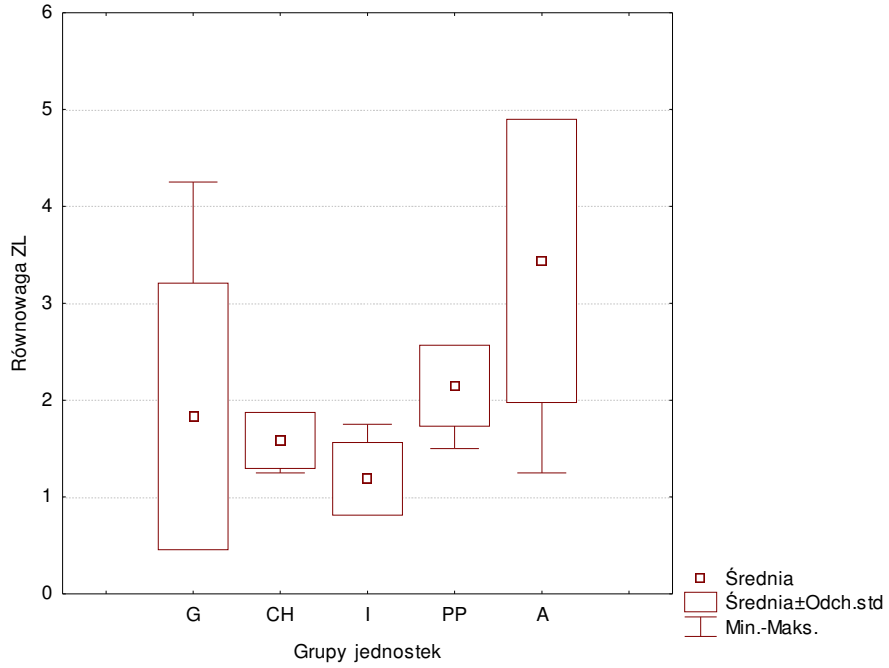
Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,083

$\alpha = 0,05$

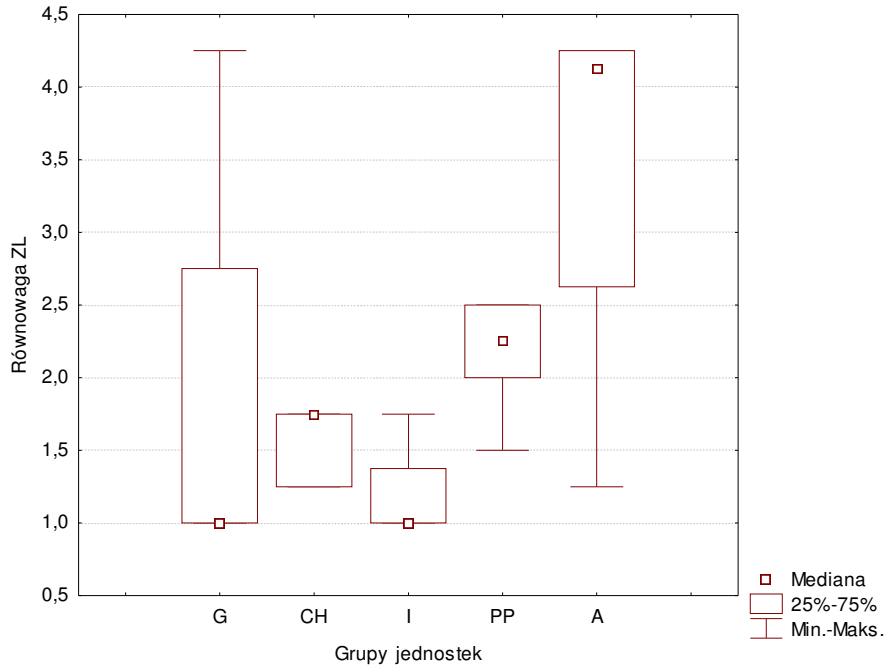
Podobnie jak w poprzednim wymiarze, tak dla omawianego trudno jest jednoznacznie zinterpretować jego wyniki przy statystyce p = 0,083. Z jednej strony, taki wynik statystyki wskazuje na odrzucenie hipotez i brak różnic statystycznie istotnych. Z drugiej jednak strony – analizując graficzne odwzorowanie wyników w postaci wartości średniej oraz mediany, zawarte odpowiednio na rysunku nr 35 oraz rysunku nr 36 – można zauważyć pewną prawidłowość, iż respondenci w poszczególnych grupach jednostek organizacyjnych różnie oceniają kwestie związane z problematyką równowagi zasobów ludzkich.

Rysunek 35. Rozkład średniej dla wymiaru „równowaga ZL" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 36. Rozkład mediany dla wymiaru „równowaga ZL" dla grup jednostek



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rysunki oraz dane zawarte w tabeli nr 26 można uznać, iż respondenci zarówno poradni przyszpitalnych, jak i wszystkich grup oddziałów – poza

oddziałami anestezjologicznymi – zgadzają się lub raczej zgadzają się, że dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej spowodowało braki kadrowe i konieczność zwiększenia zatrudnienia. Co więcej, zgadzają się oni (lub raczej zgadzają się) z opinią, iż taka sama ilość pracowników obarczona została większą ilością obowiązków, ale równocześnie podkreślają oni, że nastąpiło tym samym lepsze wykorzystanie potencjału zatrudnionego personelu. Potwierdzają to wartości średnich: dla poradni przyszpitalnych wynosi ona 2,15 punktu (przy medianie równej 2,25 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punktów i górnego na poziomie 2,50 punktu), dla oddziałów internistycznych średnia była najwyższa (bliska „zdecydowanie zgadzam się") i wyniosła 1,18 punktu (przy medianie równej 1 punkt oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 1,37 punktu), dla oddziałów chirurgicznych średnia wyniosła 1,58 punktu (przy medianie równej 1,75 punktu i wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,25 punktu i górnego na poziomie 1,75 punktu), natomiast dla oddziałów ginekologicznych średnia odpowiedzi wyniosła 1,83 punktu (przy medianie równej 1 punkt oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 2,75 punktu). Jedynie pracownicy oddziałów anestezjologicznych raczej nie zgadzają się z opinią, iż dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej spowodowało braki kadrowe i konieczność zwiększenia zatrudnienia. Co więcej, raczej nie zgadzają się oni z opinią, iż taka sama ilość pracowników obarczona została większą ilością obowiązków i równocześnie podkreślają, że nie nastąpiło lepsze wykorzystanie potencjału zatrudnionego personelu. Dowodzi tego średnia na poziomie 3,43 punktu, a potwierdza mediana równa 4,12 punktu (wartość dolnego kwartyla mówi, że co najmniej 25% respondentów wskazało odpowiedź nie wyższą niż 2,62 punktu – pomiędzy „raczej nie zgadzam się" a „nie mam zdania", natomiast wartość górnego kwartyla mówi, że co najmniej 75% respondentów nie wskazało wartości wyższej niż 4,25 punktu, czyli pomiędzy „raczej nie zgadzam się" a „zdecydowanie nie zgadzam się"). Uzasadnienia takiego rozkładu odpowiedzi należy poszukiwać w specyfice specjalizacji medycznej jaką jest anestezjologia oraz funkcjonowaniu oddziałów anestezjologicznych. Ponadto, takiego rozkładu odpowiedzi należy również poszukiwać w deficycie specjalistów z zakresu anestezjologii.

Tabela 27. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „uzupełnianie ZL"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
G	6	3,417	1,500	3,750	5,000	1,594	1,500	5,000
CH	3	2,333	2,000	2,000	3,000	0,577	2,000	3,000
I	4	3,250	2,500	3,000	4,000	1,258	2,000	5,000
PP	5	3,800	3,500	3,500	4,000	0,447	3,500	4,500
A	4	3,625	3,000	4,000	4,250	1,109	2,000	4,500
Ogół grup	22	3,364	2,000	3,500	4,000	1,136	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,461$

$\alpha = 0,05$

Wyniki zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują na brak statystycznie istotnych różnic w ocenie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem uzupełniania zasobów ludzkich przez respondentów pracujących w różnych jednostkach organizacyjnych tworzących dany profil jednostek. Oznacza to, że dla badanych grup jednostek organizacyjnych respondenci nie wskazują zależności dla sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostek w danych metodach zarządzania czasem pracy.

6.2.3. Ocena skuteczności ze względu na kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy

Kolejnym krokiem w ocenie skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest ocena poszczególnych wymiarów, wyróżnionych w narzędziu badawczym, pod względem kolejnych kryteriów wyznaczających daną metodę.

6.2.3.1. Forma zatrudnienia

Pierwszym kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy jest kryterium formy zatrudnienia. W celu oceny skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia dokonano zestawienia i porównania tego kryterium z poszczególnymi wymiarami. Pierwszym z nich jest wymiar „komfort pracy". Analizując jednak dane przedstawione w tabeli nr 28 można zauważyć, że – w przypadku

testu porównania parami – pomiędzy żadnymi grupami nie zachodzą różnice statystycznie istotne.

Tabela 28. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „komfort pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,190	1,667	3,333	4,000	1,289	1,333	5,000
Etat + kontrakt	13	1,821	1,333	1,667	2,000	0,689	1,000	3,333
Kontrakt	3	2,444	1,333	1,667	4,333	1,644	1,333	4,333
Wszystkie dowolne	12	2,056	1,000	1,500	3,167	1,270	1,000	4,667
Ogół grup	35	2,229	1,333	1,667	3,333	1,188	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,136

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,258	0,888	0,205
B	0,258	-	0,946	0,998
C	0,888	0,946	-	0,913
D	0,205	0,998	0,913	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem komfortu pracy należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a komfortem pracy. Można zatem uznać – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,29 punktu – że respondenci uważają, iż **wszystkie metody zarządzania czasem pracy zostały narzucone odgórnie, a tym samym ograniczyły realizację celów jednostki i zdeterminowały gorszą jakość pracy w badanych jednostkach**.

Drugim ocenianym wymiarem jest „dostępność usługi medycznej". Pomimo iż statystyka p dla tego wymiaru wynosi 0,051, można uznać, iż istnieją statystycznie istotne różnice dla tego wymiaru względem kryterium formy zatrudnienia. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 29 oraz rozkład średniej przedstawiony na rysunku nr 37, a także rozkład mediany przedstawiony na rysunku nr 38.

Tabela 29. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,714	1,667	3,000	3,333	0,891	1,333	3,667
Etat + kontrakt	13	3,231	3,000	3,333	4,333	1,377	1,000	4,667
Kontrakt	3	4,000	3,667	4,000	4,333	0,333	3,667	4,333
Wszystkie dowolne	12	3,806	3,667	4,000	4,333	0,937	1,000	4,667
Ogół grup	35	3,390	3,000	3,667	4,333	1,139	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

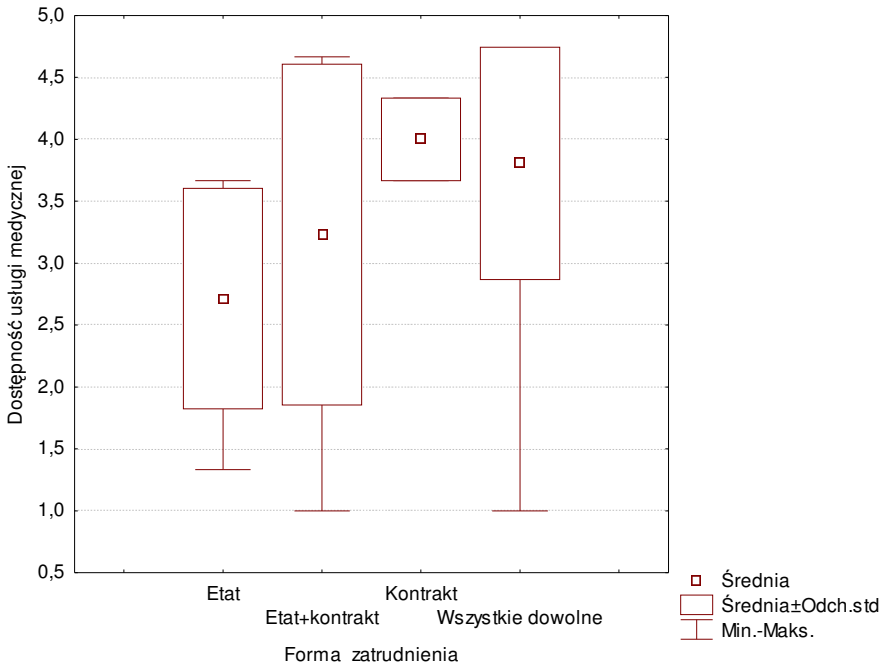
$p = 0,051$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

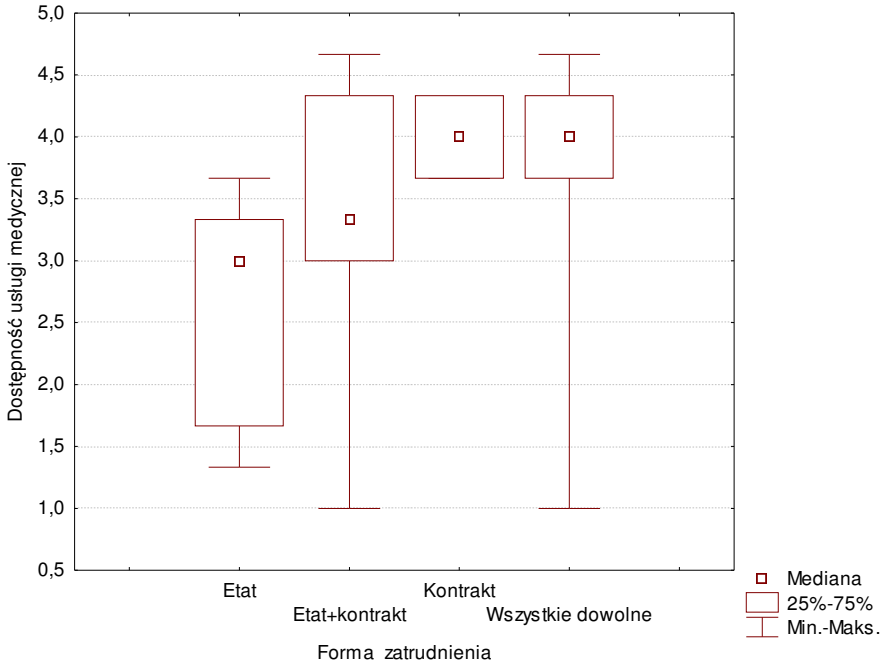
	A	B	C	D
A	-	0,467	0,301	**0,079**
B	0,467	-	0,850	0,682
C	0,301	0,850	-	0,999
D	**0,079**	0,682	0,999	-

Rysunek 37. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 38. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe dane należy zauważyć, iż oceniając wymiar „dostępność usługi medycznej' występują statystycznie istotne różnice dla dwóch metod – podstawowej (M1) oraz hybrydowej (M4). O ile pracownicy pracujący według podstawowej metody M1 raczej zgadzają się (z tendencją do „nie mam zdania"), że nowe wymogi w zakresie czasu pracy wpłynęły negatywie na jakość świadczonych usług medycznych, ograniczyły realizację celów danej jednostki oraz spowodowały wzrost obowiązków dla pracowników, o tyle pracujący według metody M4 nie zgadzają się z takim stwierdzeniem, twierdząc, iż wdrożenie stosowanej w ich jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy nie ograniczyło dostępności do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, a także – że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, iż pracownicy wykonują więcej obowiązków. Potwierdzają to następujące wartości średnich: dla metody M1 wynosi ona 2,71 punktu przy medianie równej 3 punkty (dla wartości kwartyla dolnego na poziomie 1,66 punktu oraz górnego na poziomie 3,33 punktu), natomiast dla metody M4 średnia ta wynosi 3,80 punktu przy medianie równej 4 punkty (dla wartości kwartyla dolnego na poziomie 3,66 punktu oraz górnego na poziomie 4,33 punktu). W świetle powyższego należy podkreślić, iż **hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy M4 jest skuteczniejsza niż metoda**

podstawowa M1 oraz pozostałe metody – podstawowo-kontraktowa M2 oraz kontraktowa M3.

Kolejnym ocenianym wymiarem jest „organizacja pracy". Dane zawarte w tabeli nr 30 oraz wyniki testu porównania parami wskazują jednak na brak statystycznie istotnych różnic.

Tabela 30. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „organizacja pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,429	2,333	3,333	4,667	1,031	2,000	4,667
Etat + kontrakt	13	3,051	1,667	3,667	3,667	1,153	1,333	5,000
Kontrakt	3	1,778	1,667	1,667	2,000	0,192	1,667	2,000
Wszystkie dowolne	12	3,194	2,333	3,167	3,833	1,087	1,667	5,000
Ogół grup	35	3,067	2,000	3,333	3,667	1,105	1,333	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,176

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,945	0,208	0,983
B	0,945	-	0,333	0,997
C	0,208	0,333	-	0,271
D	0,983	0,997	0,271	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem organizacji pracy należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a organizacją pracy. Można zatem uznać – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 3,067 punktu – że respondentom trudno jest ocenić, czy wdrożenie metody podyktowane było realnymi potrzebami jednostki. Respondentom trudno też jest określić ich dostępność dla pacjentów oraz organizację pracy – zarówno jednostki, jak i zespołu pracowników. W świetle tego można przyjąć, że **wszystkie metody zarządzania czasem pracy względem wymiaru „organizacja pracy" są na tyle skuteczne, że umożliwiają prawidłowe funkcjonowanie jednostek, a tym samym realizację ich celów.**

Kolejnym analizowanym wymiarem jest „dobór metody". Podobnie jednak jak w przypadku wymiaru „organizacja pracy", tak i w tym zakresie nie występują różnice

statystycznie istotne. Obrazują to dane zawarte w tabeli nr 31 oraz wyniki testu porównania parami.

Tabela 31. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dobór metody"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,095	2,667	3,000	3,667	0,460	2,667	3,667
Etat + kontrakt	13	3,000	1,667	3,667	4,333	1,374	1,000	4,667
Kontrakt	3	3,222	2,000	3,333	4,333	1,171	2,000	4,333
Wszystkie dowolne	12	2,333	1,667	1,667	3,333	1,214	1,000	4,667
Ogół grup	35	2,810	1,667	2,667	4,000	1,178	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,350

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	1,000	0,994	0,637
B	1,000	-	0,988	0,547
C	0,994	0,988	-	0,659
D	0,637	0,547	0,659	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem doboru metody należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a doborem metody. Można zatem uznać – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,81 punktu – że respondentom raczej trudno jest ocenić, czy wdrożenie danej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z przyjętych regulacji Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy, dokonane w sposób subiektywny przez kierownictwo, pogorszyło organizację pracy w danej jednostce organizacyjnej. **Można więc uznać, że obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy są na tyle skuteczne, że umożliwiają realizację celów i bieżące funkcjonowanie badanych placówek.**

Następnym analizowanym wymiarem jest „wykonanie kontraktu". Podobnie jednak jak w przypadku dwóch poprzednich wymiarów, tak w przypadku wykonania kontraktu nie zachodzą statystycznie istotne różnice. Potwierdzają to dane przedstawione w tabeli nr 32.

Tabela 32. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „wykonanie kontraktu"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,667	1,000	3,000	3,667	1,262	1,000	4,000
Etat + kontrakt	13	1,949	1,333	1,333	2,667	0,756	1,333	3,333
Kontrakt	3	2,333	2,000	2,333	2,667	0,333	2,000	2,667
Wszystkie dowolne	12	2,111	1,500	2,000	2,500	0,715	1,333	3,333
Ogół grup	35	2,181	1,333	2,000	2,667	0,853	1,000	4,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,519$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,590	0,999	0,845
B	0,590	-	0,868	0,960
C	0,999	0,868	-	0,968
D	0,845	0,960	0,968	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem wykonania kontraktu należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a omawianym wymiarem. Można zatem uznać – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,18 punktu – że **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy pozwalają na skuteczne wykorzystanie personelu oraz skuteczną pracę zespołu, a tym samym umożliwia pełną realizację kontraktu z NFZ. Można więc stwierdzić, że dla wymiaru „wykonanie kontraktu" wszystkie metody zarządzania czasem pracy są skuteczne**.

Również podobnie jak w powyższych wymiarach, przedstawia się zależność kryterium formy zatrudnienia względem wymiaru „realizacja celów". Także w tym przypadku nie występują różnice statystycznie istotne. Potwierdzają to dane przedstawione w tabeli nr 33.

Tabela 33. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „realizacja celów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,000	2,500	3,000	3,500	0,661	2,000	4,000
Etat + kontrakt	13	3,288	3,000	3,000	3,500	0,749	2,000	4,750
Kontrakt	3	2,250	2,000	2,250	2,500	0,250	2,000	2,500
Wszystkie dowolne	12	3,354	2,750	3,375	4,125	0,862	1,750	4,750
Ogół grup	35	3,164	2,750	3,000	3,500	0,786	1,750	4,750

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}103$

$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,911	0,473	0,863
B	0,911	-	0,169	0,999
C	0,473	0,169	-	0,143
D	0,863	0,999	0,143	-

Określając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem wymiaru „realizacja celów" należy podkreślić, iż trudno jest ocenić, jak w przypadku omawianego kryterium przyjęte uregulowania wpływają na realizację celów jednostki. Trudność w ocenie i brak zdania respondentów należy więc interpretować w taki sposób, że stosowane w badanych jednostkach metody zarządzania czasem pracy są skuteczne, ponieważ nie utrudniają realizacji celów jednostek, natomiast nie można określić, która z nich – względem omawianego wymiaru – jest bardziej skuteczna, a która mniej. **Należy więc przyjąć, że wszystkie metody zarządzania czasem pracy są w przypadku tego kryterium skuteczne.**

Podobnie przedstawiają się zależności dla wymiaru „pobyt pacjenta". Dane zawarte w tabeli nr 34 pokazują, że dla tego wymiaru również nie istnieją różnice statystycznie istotne.

Tabela 34. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „pobyt pacjenta"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,821	2,500	4,500	4,750	1,313	1,500	5,000
Etat + kontrakt	13	3,423	1,250	4,250	4,500	1,621	1,000	5,000
Kontrakt	3	3,333	2,500	3,000	4,500	1,041	2,500	4,500
Wszystkie dowolne	12	3,354	2,125	4,125	4,250	1,424	1,000	4,500
Ogół grup	35	3,471	2,500	4,250	4,500	1,409	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,636

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,943	0,888	0,681
B	0,943	-	0,983	0,912
C	0,888	0,983	-	1,000
D	0,681	0,912	1,000	-

Określając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem wymiaru „pobyt pacjenta" należy uznać, iż wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy nie wywierają pływu na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta oraz wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizację kontraktu z NFZ. Analizując dane zawarte w tabeli nr 46 można jedynie uznać, że – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 3,47 punktu – wszyscy respondenci raczej nie zgadzają się, że wdrożenie metod zarządzania czasem pracy spowodowało jakiekolwiek ograniczenia dla pacjentów. W szczególności nie zgadzają się oni, że wdrożone metody zarządzania czasem pracy spowodowały przykładowo odmówienie przyjęcia pacjenta bądź wydłużenie czasu jego oczekiwania na przyjęcie. Respondenci również nie zgadzają się, że stosowane metody zarządzania czasem pracy zmusiły ich do poszukiwania oszczędności w procedurach medycznych oraz ograniczeniu kontraktu z NFZ, co w efekcie miałoby się przełożyć na pobyt pacjenta w danej jednostce. W świetle tego można uznać, iż **w przypadku wymiaru „pobyt pacjenta" wszystkie ze stosowanych metod zarządzania czasem pracy są jednakowo skuteczne.**

Kolejnym ocenianym wymiarem jest „wskaźnik hospitalizacji", rozumiany jako zależność pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem

hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną. Jednak i w tym przypadku nie zachodzą statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi metodami zarządzania czasem pracy. Obrazuje to tabela nr 35.

Tabela 35. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „wskaźnik hospitalizacji"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,036	2,250	2,750	4,000	0,895	1,750	4,000
Etat + kontrakt	13	3,096	2,250	3,500	3,750	0,982	1,000	4,750
Kontrakt	3	4,167	3,750	4,000	4,750	0,520	3,750	4,750
Wszystkie dowolne	12	3,021	2,500	3,500	3,750	1,052	1,000	3,750
Ogół grup	35	3,150	2,250	3,500	3,750	0,978	1,000	4,750

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,151

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,992	0,345	0,998
B	0,992	-	0,188	1,000
C	0,345	0,188	-	0,221
D	0,998	1,000	0,221	-

Dokonując oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem wskaźnika hospitalizacji należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Można jednak uznać – biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 3,15 punktu – że respondentom raczej trudno jest ocenić, czy wdrożenie norm unijnych w zakresie czasu pracy obniżyło wskaźnik hospitalizacji, co przejawiałoby się „odpływem" pacjentów do innych jednostek, oraz wydłużeniem się średniego czasu ich oczekiwania na przyjęcie. **Można więc uznać, że obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „wskaźnik hospitalizacji" – są na tyle skuteczne, że umożliwiają realizację celów i bieżące funkcjonowanie badanych placówek poprzez optymalne przyjmowanie leczonych.**

Następnym, ocenianym względem kryterium formy zatrudnienia wymiarem, jest wymiar „potrzeby pacjentów", czyli wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na

dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej. Dane zawarte w tabeli nr 36 pokazują jednak, że dla tego wymiaru nie zachodzą statystycznie istotne różnice.

Tabela 36. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „potrzeby pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,143	1,000	2,000	3,200	0,922	1,000	3,200
Etat + kontrakt	13	2,754	1,600	2,200	4,600	1,412	1,400	5,000
Kontrakt	3	1,867	1,600	2,000	2,000	0,231	1,600	2,000
Wszystkie dowolne	12	2,700	1,700	2,100	3,600	1,355	1,600	5,000
Ogół grup	35	2,537	1,600	2,000	3,200	1,245	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,778

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,963	0,982	0,946
B	0,963	-	0,872	1,000
C	0,982	0,872	-	0,849
D	0,946	1,000	0,849	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem potrzeb pacjentów należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,53 punktu można jednak uznać, że wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają pełną dostępność personelu dla pacjentów, którzy są zawsze przyjmowani, a ich potrzeby są zaspokajane. Podobnie można uznać, że stosowane metody zarządzania czasem pracy dają możliwość stopniowego rozwoju jednostek oraz stwarzają lepsze możliwości wykorzystania infrastruktury medycznej pod kątem realizacji potrzeb pacjentów. Można więc przyjąć, **że obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „potrzeby pacjentów" – są na tyle skuteczne, że umożliwiają realizację celów i bieżące funkcjonowanie badanych placówek.**

Kolejnym, ocenianym według kryterium formy zatrudnienia, wymiarem jest „dostępność dla pacjentów", czyli wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji. Dane zawarte w tabeli nr 37 pokazują jednak, że dla tego kryterium nie zachodzą statystycznie istotne różnice.

Tabela 37. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność dla pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	1,952	1,000	1,667	3,000	1,026	1,000	3,667
Etat + kontrakt	13	1,718	1,000	1,333	2,000	1,087	1,000	5,000
Kontrakt	3	2,333	1,333	2,667	3,000	0,882	1,333	3,000
Wszystkie dowolne	12	2,278	1,500	1,833	2,167	1,309	1,333	5,000
Ogół grup	35	2,010	1,333	1,667	2,333	1,127	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,296

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,929	0,868	0,918
B	0,929	-	0,577	0,447
C	0,868	0,577	-	0,986
D	0,918	0,447	0,986	-

Wskazując na skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem dostępności dla pacjentów należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,01 punktu należy uznać, że dostosowanie do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów (należy pamiętać, że pytania d_39 oraz d_40 są pytaniami odwrotnymi) oraz nie ograniczyło ilości hospitalizacji. Co więcej, należy podkreślić, że stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Należy więc przyjąć, **że obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „dostępność dla pacjentów" – są na tyle skuteczne, że umożliwiają realizację celów i bieżące funkcjonowanie badanych placówek, ponieważ zapewniają**

dostępność dla pacjentów, racjonalne wykorzystanie personelu i nie ograniczają ilości hospitalizacji.

Kolejnym, ocenianym pod kątem kryterium formy zatrudnienia, wymiarem jest „jakość usługi". Dane zawarte w tabeli nr 38 pokazują jednak, że dla tego wymiaru nie występują statystycznie istotne różnice, a więc poszczególne metody zarządzania czasem pracy nie mają wpływu na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów.

Tabela 38. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „jakość usługi"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,464	1,500	2,500	3,250	1,094	1,000	4,000
Etat + kontrakt	13	2,481	2,000	2,000	3,000	0,904	1,750	5,000
Kontrakt	3	1,833	1,500	2,000	2,000	0,289	1,500	2,000
Wszystkie dowolne	12	2,771	2,125	2,500	3,000	1,150	1,500	5,000
Ogół grup	35	2,521	1,750	2,250	3,000	0,999	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}466$

$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	1,000	0,721	0,974
B	1,000	-	0,691	0,945
C	0,721	0,691	-	0,475
D	0,974	0,945	0,475	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem jakości usługi należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Biorąc jednak pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,52 punktu należy uznać, że stosowane metody zarządzania czasem pracy pozwalają na realizację usług medycznych na wysokim poziomie oraz na pełne wykorzystanie dostępnych technik medycznych. Ponadto należy podkreślić, że jakość pracy zespołu wpływa na zadowolenie pacjentów. W świetle tego należy przyjąć, że **obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „jakość usługi" – są skuteczne, ponieważ dzięki wysokiej jakości usługi oraz wykorzystaniu**

wyspecjalizowanych technik medycznych umożliwiają realizację celów i bieżące funkcjonowanie badanych placówek.

Następnym, ocenianym względem kryterium formy zatrudnienia, wymiarem jest „efekt medyczny, czyli wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na specjalizację świadczonej usługi, zapewniającą pozytywny efekt medyczny. Dane zawarte w tabeli nr 39 pokazują jednak, że dla tego wymiaru nie zachodzą statystycznie istotne różnice.

Tabela 39. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „efekt medyczny"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	1,571	1,000	1,500	2,000	0,732	1,000	3,000
Etat + kontrakt	13	1,462	1,000	1,500	2,000	0,477	1,000	2,000
Kontrakt	3	1,667	1,500	1,500	2,000	0,289	1,500	2,000
Wszystkie dowolne	12	1,542	1,000	1,500	2,000	0,450	1,000	2,000
Ogół grup	35	1,529	1,000	1,500	2,000	0,499	1,000	3,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,884$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	1,000	0,947	0,993
B	1,000	-	0,924	0,981
C	0,947	0,924	-	0,981
D	0,993	0,981	0,981	-

Skuteczność metod zarządzania czasem pracy, oceniana według kryterium formy zatrudnienia pod względem efektu medycznego, prowadzi do wniosku, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Analizując jednak średnią odpowiedzi dla ogółu grup, wynoszącą 1,52 punktu, można uznać, że wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy pozwalają na świadczenie wyspecjalizowanych usług medycznych na najwyższym poziomie. Oznacza to, że **obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „efekt medyczny" – są skuteczne, ponieważ umożliwiają świadczenie wyspecjalizowanych usług na najwyższym poziomie, a tym samym zapewniają badanym jednostkom realizację celów.**

Kolejnym ocenianym wymiarem są „inne elementy zarządzania", określające zależności pomiędzy stosowanymi metodami zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką. Dane zawarte w tabeli nr 40 pokazują jednak, że dla tego kryterium nie występują różnice statystycznie istotne.

Tabela 40. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „inne elementy zarządzania"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,129	1,800	2,200	2,600	0,574	1,000	2,600
Etat + kontrakt	13	3,069	1,700	2,900	4,600	1,412	1,500	5,000
Kontrakt	3	2,100	1,900	2,000	2,400	0,265	1,900	2,400
Wszystkie dowolne	12	2,592	1,450	2,250	3,800	1,456	1,000	5,000
Ogół grup	35	2,634	1,600	2,400	3,000	1,266	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,562$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,689	1,000	0,991
B	0,689	-	0,855	0,785
C	1,000	0,855	-	0,997
D	0,991	0,785	0,997	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem innych elementów zarządzania należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Biorąc jednak pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,63 punktu można przyjąć, że stosowane w danych jednostkach metody zarządzania czasem pracy umożliwiają dostosowanie się ich do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), umożliwiają skuteczne planowanie i organizowanie procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz prawidłowe zarządzanie jednostkami, a także dają możliwość koordynacji działań z innymi jednostkami. Ponadto, stosowane metody zarządzania czasem pracy dają możliwość formułowania oczekiwań względem poszczególnych osób i ról pełnionych przez nie w danej jednostce. W

świetle powyższego można więc uznać, że **obecnie stosowane metody zarządzania czasem pracy – względem wymiaru „inne elementy zarządzania" – są skuteczne.**

Kolejnym ocenianym wymiarem względem kryterium formy zatrudnienia jest wymiar „dostosowanie do UE", czyli wpływ stosowanych metod zarządzania czasem pracy, spełniających założenia wymagań UE, na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki. Zależności statystyczne przedstawia tabela nr 41.

Tabela 41. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostosowanie do UE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,743	2,200	2,600	3,400	0,680	1,800	3,800
Etat + kontrakt	13	2,831	2,000	2,000	4,200	1,288	1,800	4,800
Kontrakt	3	3,000	2,000	3,200	3,800	0,917	2,000	3,800
Wszystkie dowolne	12	2,867	2,100	2,400	3,700	0,999	2,000	4,800
Ogół grup	35	2,840	2,000	2,400	3,800	1,022	1,800	4,800

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,819$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,936	0,999	1,000
B	0,936	-	0,935	0,887
C	0,999	0,935	-	0,999
D	1,000	0,887	0,999	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem dostosowania do UE należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Analizując dodatkowo średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 2,84 punktu można stwierdzić, że respondentom trudno jest określić, czy stosowane metody zarządzania czasem pracy spełniają wymagania Unii Europejskiej, a tym samym zapewniają pracownikom wysoki (pod względem czasu pracy) komfort pracy. Równocześnie respondenci zaznaczają, iż dostosowanie metody zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej zwiększyło migrację personelu i nie wpłynęło w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń pracowników. Mimo to respondenci

zaznaczają, iż stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają realizację celów. Mając to na względzie można uznać, że **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem, względem wymiaru „dostosowanie do UE" – pomimo, że umożliwiają realizację celów badanych jednostek – wykazują się niską skutecznością, ponieważ zwiększają migrację personelu i nie wpływają w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń.**

Kolejnym ocenianym wymiarem jest „równowaga ZL", czyli zależność pomiędzy wprowadzeniem metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do UE, a problemem równowagi zasobów ludzkich, przejawiającym się brakiem zasobów ludzkich oraz wykorzystaniem jego potencjału. Statystyczne zależności dla tego wymiaru przedstawia tabela nr 42.

Tabela 42. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „równowaga ZL"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	1,821	1,250	1,750	2,500	0,624	1,000	2,750
Etat + kontrakt	13	2,058	1,000	1,250	2,500	1,296	1,000	4,250
Kontrakt	3	2,083	1,500	2,250	2,500	0,520	1,500	2,500
Wszystkie dowolne	12	1,958	1,000	1,750	2,875	1,076	1,000	4,250
Ogół grup	35	1,979	1,000	1,750	2,500	1,030	1,000	4,250

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,934

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,999	0,977	0,999
B	0,999	-	0,946	1,000
C	0,977	0,946	-	0,947
D	0,999	1,000	0,947	-

Wskazując na skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem równowagi ZL należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Biorąc jednak pod uwagę średnią odpowiedzi dla ogółu grup na poziomie 1,97 punktu można zauważyć, że dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej spowodowało braki kadrowe i konieczność zwiększenia zatrudnienia. Co więcej, taka sama ilość pracowników obarczona

została większą ilością obowiązków przy wykorzystaniu potencjału zatrudnionego personelu. Mając to na względzie można przyjąć, że – podobnie jak w przypadku wymiaru „dostosowanie do UE" – wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy **wykazują się niską skutecznością, ponieważ – w wyniku konieczności dostosowania do wymogów Unii Europejskiej – powodują braki kadrowe i wzrost obowiązków pracowniczych.**

Ostatnim ocenianym pod kątem kryterium formy zatrudnienia wymiarem jest „uzupełnianie ZL", czyli określenie sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostek pracujących w danej metodzie zarządzania czasem pracy. Relacje statystyczne dla tego wymiaru przedstawia tabela nr 43.

Tabela 43. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „uzupełnianie ZL"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,143	2,000	3,000	4,500	1,180	2,000	5,000
Etat + kontrakt	13	2,923	2,000	2,000	4,000	1,336	1,500	5,000
Kontrakt	3	4,000	3,500	4,000	4,500	0,500	3,500	4,500
Wszystkie dowolne	12	3,167	2,250	3,000	3,750	1,115	1,500	5,000
Ogół grup	35	3,143	2,000	3,000	4,000	1,173	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,528

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,972	0,786	1,000
B	0,972	-	0,543	0,951
C	0,786	0,543	-	0,756
D	1,000	0,951	0,756	-

Dążąc do wskazania skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium formy zatrudnienia względem uzupełniania ZL należy podkreślić, iż nie występują różnice pomiędzy formami zatrudnienia a ocenianym kryterium. Średnia odpowiedzi na poziomie 3,14 punktu pozwala jedynie wnioskować, że sposób pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy jest dla respondentów obojętny i nie mają oni wyrobionego na ten temat zdania. A zatem, biorąc

pod uwagę, **że nie zaburza to realizacji celów badanych jednostek, można uznać, że wszystkie metody zarządzania czasem pracy są dla tego wymiaru skuteczne.**

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy względem kryterium formy zatrudnienia należy zwrócić uwagę, iż tylko w jednym wymiarze (dostępność usługi medycznej) istnieją statystycznie istotne różnice dla tego kryterium. Należy w tym miejscu podkreślić, iż zaledwie 10% badanych jednostek pracuje według metody M3 – kontraktowej (i są to jedynie poradnie przyszpitalne). Dokonując oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy – w celu uzyskania jak najbardziej precyzyjnych wyników – wyłączono z analizy statystycznej dla kryterium formy zatrudnienia metodę kontraktową M3. W efekcie takiego działania dla dwóch wymiarów uzyskano bardziej precyzyjne wyniki oraz statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi wymiarami.

Pierwszym wymiarem, dla którego można wskazać różnice, jest „komfort pracy". Mimo, iż statystyka p wynosi dla tego wymiaru 0,051, analizując rozkłady średniej (rysunek nr 39) oraz mediany (rysunek nr 40), można jednak uznać, iż różnice te są akceptowalne. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 44.

Tabela 44. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „komfort pracy" – po usunięciu metody M3

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	3,190	1,667	3,333	4,000	1,289	1,333	5,000
Etat + kontrakt	13	1,821	1,333	1,667	2,000	0,689	1,000	3,333
Wszystkie dowolne	12	2,056	1,000	1,500	3,167	1,270	1,000	4,667
Ogół grup	35	2,229	1,333	1,667	3,333	1,188	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

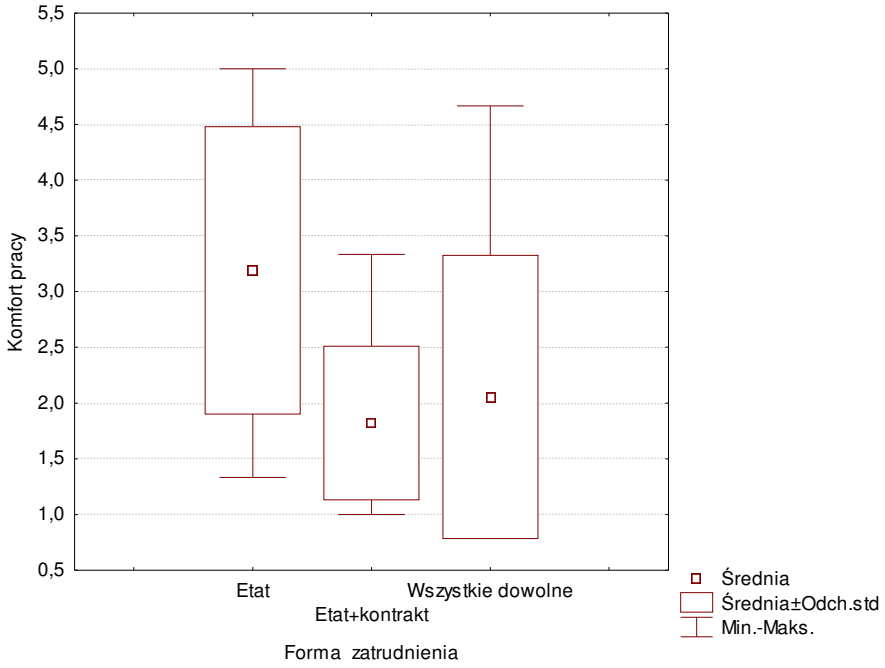
p = 0,061

α = 0,05

Porównanie parami

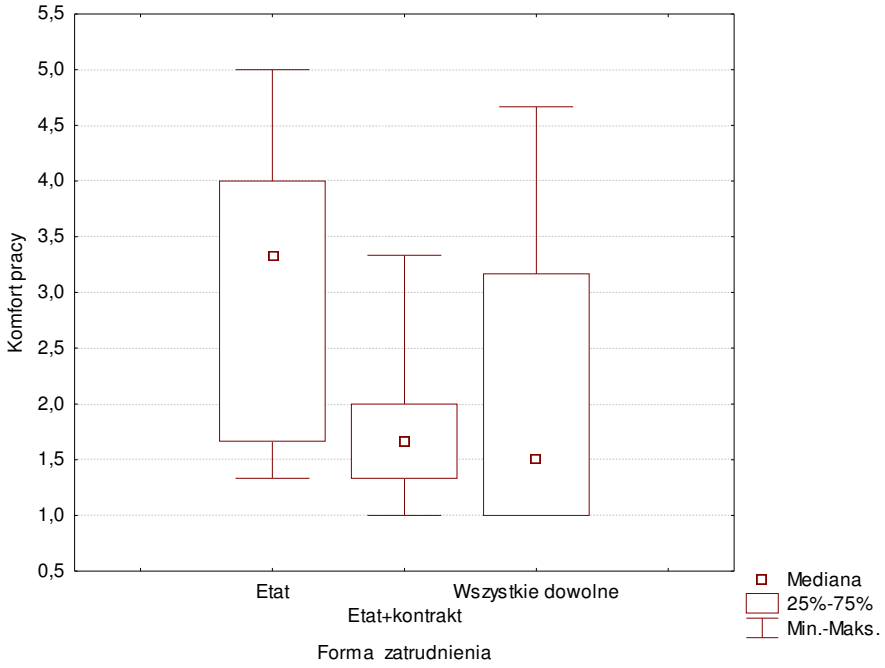
	A	B	C
A	-	0,122	**0,096**
B	0,122	-	0,985
C	**0,096**	0,985	-

Rysunek 39. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „komfort pracy" – po usunięciu metody M3



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 40. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „komfort pracy" – po usunięciu metody M3



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe dane można zauważyć, iż oceniając wymiar „komfort pracy" występują statystycznie istotne różnice dla dwóch metod – podstawowej (M1) oraz hybrydowej (M4). O ile pracownicy pracujący według podstawowej metody zarządzania czasem pracy M1 (22%) raczej nie zgadzają się (z tendencją do „nie mam zdania"), iż przyjęcie i „odgórne" wprowadzenie w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do prawa europejskiego, pogorszyło zarówno realizację celów danej jednostki organizacyjnej, jak i zdeterminowało gorszą jakość pracy w danej jednostce, o tyle pracownicy świadczący swoją pracę według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy M4 (44%) zgadzają się, że przyjęcie i „odgórne" wprowadzenie w badanych jednostkach organizacyjnych metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do prawa europejskiego, pogorszyło zarówno realizację celów badanych jednostek, jak i zdeterminowało gorszą jakość pracy w danej jednostce. Potwierdzają to następujące wartości: dla metody podstawowej M1 średnia wartość odpowiedzi wynosi 3,19 punktu (przy medianie równej 3,33 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,66 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów), natomiast dla metody hybrydowej M4 średnia wartość odpowiedzi wynosi 2,05 punktu (przy medianie równej 1,50 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 3,16 punktu). W świetle powyższego należy uznać, iż **metoda podstawowa M1 jest bardziej skuteczna niż hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy M4, ponieważ lepiej umożliwia realizację celów tym placówkom, które pracują według tej metody.**

Drugim wymiarem, dla którego po wyłączeniu z analizy metody kontraktowej M3 zachodzą istotne statystycznie różnice, jest „dostępność usługi medycznej".

Tabela 45. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej" – po usunięciu metody M3

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etat	7	2,714	1,667	3,000	3,333	0,891	1,333	3,667
Etat+kontrakt	13	3,231	3,000	3,333	4,333	1,377	1,000	4,667
Wszystkie dowolne	12	3,806	3,667	4,000	4,333	0,937	1,000	4,667
Ogół grup	35	3,390	3,000	3,667	4,333	1,139	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

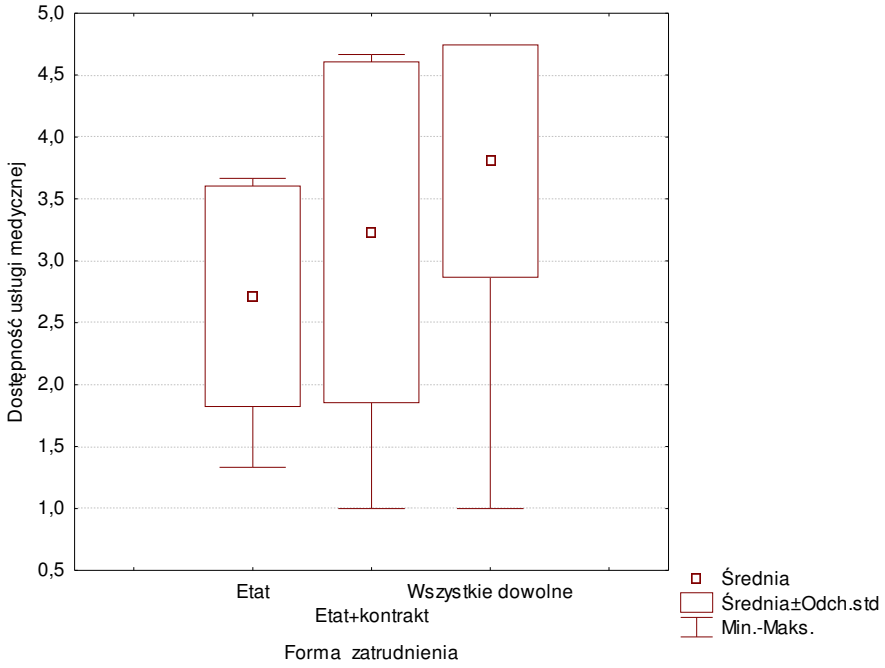
$p = 0,039$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

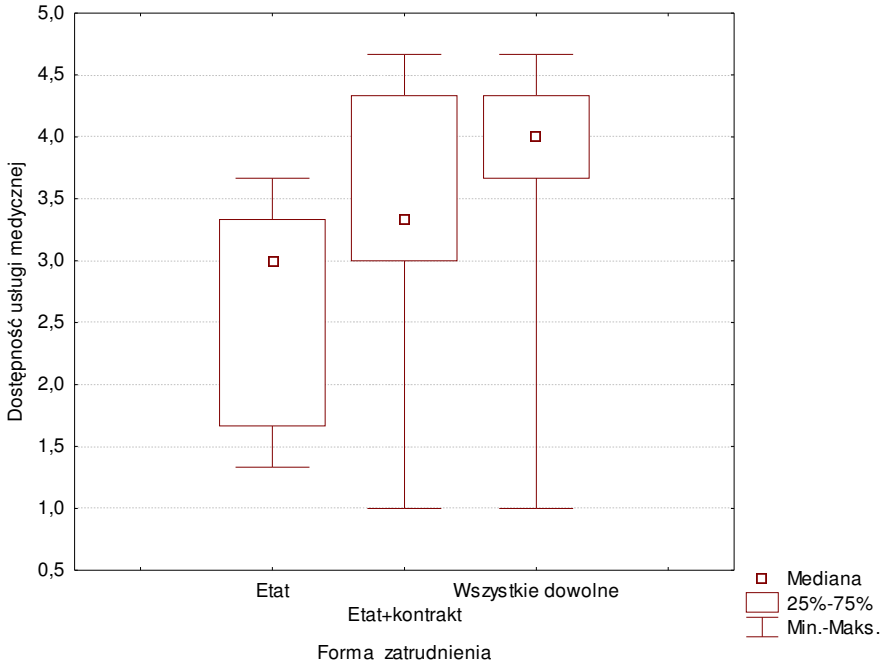
	A	B	C
A	-	0,318	**0,041**
B	0,318	-	0,472
C	**0,041**	0,472	-

Rysunek 41. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej" – po usunięciu metody M3



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 42. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej" – po usunięciu metody M3



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe dane należy zauważyć, iż oceniając wymiar „dostępność usługi medycznej' – po usunięciu z analizy metody kontraktowej M3 – poprawie uległa wartość statystyki p z wartości 0,051 do 0,039. A zatem występują w tym przypadku jeszcze większe statystycznie istotne różnice dla dwóch metod – podstawowej (M1) oraz hybrydowej (M4). Pracownicy pracujący według podstawowej metody M1 raczej zgadzają się (z tendencją do „nie mam zdania"), że nowe wymogi w zakresie czasu pracy wpłynęły negatywie na jakość świadczonych usług medycznych, ograniczyły realizację celów danej jednostki oraz spowodowały wzrost obowiązków dla pracowników. Natomiast pracujący według metody M4 nie zgadzają się z takim stwierdzeniem, twierdząc, iż wdrożenie stosowanej w ich jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy nie ograniczyło dostępności do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, a także – że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, iż pracownicy wykonują więcej obowiązków. Potwierdzają to następujące wartości średnich: dla metody M1 wynosi ona 2,71 punktu przy medianie równej 3 punkty (dla wartości kwartyla dolnego na poziomie 1,66 punktu oraz górnego na poziomie 3,33 punktu), natomiast dla metody M4 średnia ta wynosi 3,80 punktu przy medianie równej 4 punkty (dla wartości kwartyla dolnego na poziomie 3,66 punktu oraz górnego na poziomie 4,33 punktu). W świetle powyższego należy podkreślić, iż **hybrydowa**

metoda zarządzania czasem pracy M4 – pod względem jakości świadczonych usług, realizacji celów oraz ilości obowiązków pracowników – jest skuteczniejsza niż metoda podstawowa M1 oraz metoda podstawowo-kontraktowa M2.

6.2.3.2. Dyżury medyczne

Kolejnym kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia są dyżury medyczne. W celu dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zestawiono to kryterium z poszczególnymi wymiarami. Pierwszym z nich jest „komfort pracy". Wyniki przedstawione w tabeli nr 46 wskazują jednak, że nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów a komfortem pracy.

Tabela 46. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „komfort pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,741	1,333	3,333	3,667	1,432	1,000	5,000
Etat + kontrakt	11	1,909	1,333	1,667	2,333	0,701	1,333	3,333
W ramach kontraktu	3	2,444	1,333	1,667	4,333	1,644	1,333	4,333
Wszystkie dowolne	12	2,083	1,000	1,667	3,167	1,256	1,000	4,667
Ogół grup	35	2,229	1,333	1,667	3,333	1,188	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,631$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,833	0,998	0,692
B	0,833	-	0,978	0,995
C	0,998	0,978	-	0,943
D	0,692	0,995	0,943	-

Oznacza to, że nie występuje zależność pomiędzy sposobem wprowadzenia metody czasu pracy w danej jednostce organizacyjnej, wynikającej z dostosowania do wymogów UE a jakością pracy w jednostce oraz wynikającą z tego realizacją celów jednostki. Można zatem uznać, że to kryterium nie ma wpływu na skuteczność wybranej metody zarządzania czasem

pracy, a więc **wszystkie ze stosowanych metod zarządzania czasem pracy są dla tego wymiaru skuteczne, ponieważ umożliwiają realizację celów badanych jednostek.**

Następnym wymiarem jest „dostępność usługi medycznej". W przypadku tego wymiaru zachodzą statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów medycznych. Obrazuje to tabela nr 47.

Tabela 47. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność usługi medycznej"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,630	1,667	3,000	3,333	1,033	1,000	3,667
Etat + kontrakt	11	3,333	3,000	3,333	4,333	1,282	1,000	4,667
W ramach kontraktu	3	4,000	3,667	4,000	4,333	0,333	3,667	4,333
Wszystkie dowolne	12	3,861	3,833	4,000	4,333	0,948	1,000	4,667
Ogół grup	35	3,390	3,000	3,667	4,333	1,139	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,017

α = 0,05

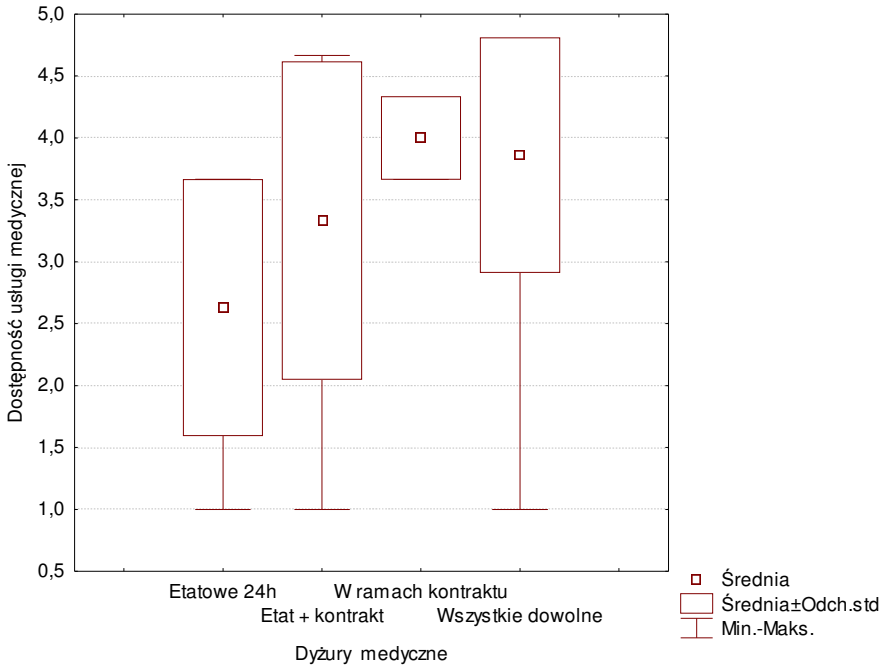
Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,403	0,272	**0,027**
B	0,403	-	0,871	0,603
C	0,272	0,871	-	1,000
D	**0,027**	0,603	1,000	-

Powyższe dane wskazują, iż pomiędzy dyżurami etatowymi a wszystkimi dowolnymi zachodzi statystyczna zależność, która ma istotny wpływ na skuteczność pod kątem dostępności usługi medycznej. Dane zawarte w tabeli nr 47 oraz ich graficzne odwzorowanie na rysunku nr 43 oraz rysunku nr 44 wskazują, że respondenci dyżurujący według metody M1 raczej – z tendencją do „nie mam zdania" – zgadzają się, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy (w tym przypadku M1) ma wpływ na ilość pracowników zatrudnionych i dyżurujących w danej jednostce organizacyjnej oraz na dostępność i jakość świadczonych przez nich usług medycznych. Świadczą o tym następujące statystyki: średnia odpowiedzi wyniosła 2,63 punktu przy medianie równej 3 punkty. Co najmniej 25% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 1,66 punktu (dolny kwartyl), natomiast co najmniej 75% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 3,33 punktu (górny kwartyl).

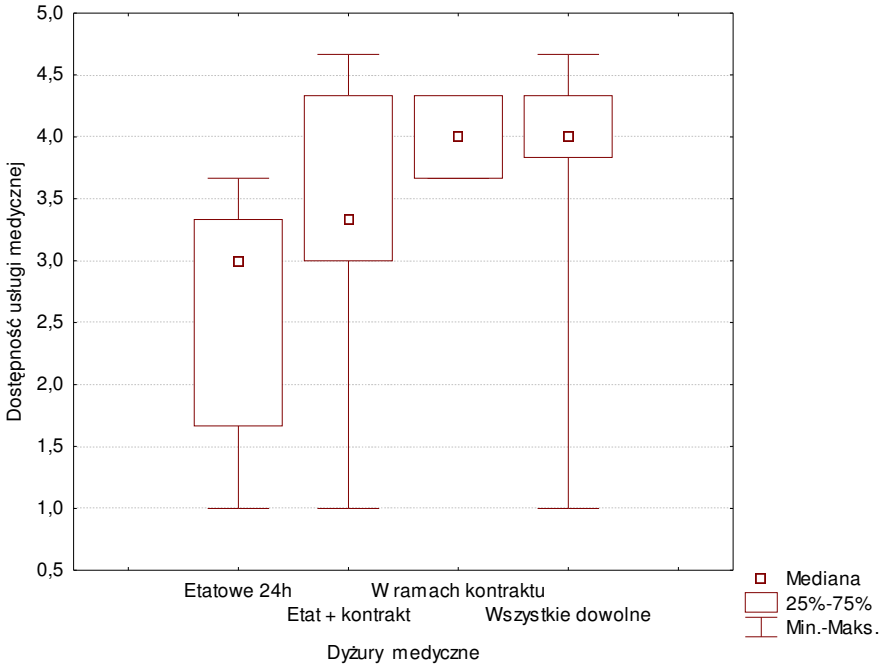
Innego zdania natomiast są respondenci pracujący według metody M4. Według nich wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie ma wpływu na ilość pracowników zatrudnionych i dyżurujących w danej jednostce organizacyjnej oraz na dostępność i jakość świadczonych przez nich usług medycznych. Potwierdzają to następujące statystyki: średnia odpowiedzi wyniosła 3,86 punktu przy medianie równej 4 punkty. Co najmniej 25% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 3,83 punktu (dolny kwartyl), natomiast co najmniej 75% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 4,33 punktu (górny kwartyl). Można zatem uznać, że **dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" metoda M4 jest bardziej skuteczna od metody M1, ponieważ nie powoduje wzrostu zatrudnienia oraz nie ogranicza dostępności pracowników do świadczonych usług.**

Rysunek 43. Rozkład średniej dla kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 44. Rozkład mediany dla kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Kolejnym wymiarem jest „organizacja pracy". W przypadku tego wymiaru nie zachodzą jednak statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów medycznych a ich wpływem na badany wymiar. Obrazuje to tabela nr 48.

Tabela 48. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „organizacja pracy"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	3,407	3,000	3,333	3,667	0,909	2,000	4,667
Etat + kontrakt	11	2,818	1,667	3,000	3,667	1,058	1,333	4,000
W ramach kontraktu	3	1,778	1,667	1,667	2,000	0,192	1,667	2,000
Wszystkie dowolne	12	3,361	2,333	3,333	4,500	1,202	1,667	5,000
Ogół grup	35	3,067	2,000	3,333	3,667	1,105	1,333	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,109$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,775	0,188	1,000
B	0,775	-	0,515	0,781
C	0,188	0,515	-	0,184
D	1,000	0,781	0,184	

Oznacza to, że wdrożenie nowej metody zarządzania czasem pracy, a tym samym organizacja dyżurów medycznych, nie ma wpływu na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów. **Można więc uznać, że dla tego kryterium wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają realizację celów jednostek, a więc są w tym obszarze skuteczne.**

Podobnie jak w przypadku wymiaru „organizacja pracy", tak dla wymiaru „dobór metody" nie występują statystycznie istotne różnice dla kryterium „dyżury medyczne". Potwierdzają to poniższe dane.

Tabela 49. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dobór metody"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,778	2,667	2,667	3,333	0,745	1,667	3,667
Etat + kontrakt	11	3,303	1,667	4,000	4,333	1,260	1,667	4,667
W ramach kontraktu	3	3,222	2,000	3,333	4,333	1,171	2,000	4,333
Wszystkie dowolne	12	2,278	1,333	1,667	3,333	1,262	1,000	4,667
Ogół grup	35	2,810	1,667	2,667	4,000	1,178	1,000	4,667

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,154$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,757	0,924	0,839
B	0,757	-	1,000	0,204
C	0,924	1,000	--	0,615
D	0,839	0,204	0,615	-

Należy zatem uznać, iż to kryterium – w odniesieniu do wymiaru „dobór metody" – również nie ma istotnego wpływu na organizację pracy danej jednostki organizacyjnej.

A zatem można uznać, iż **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem umożliwiają realizację celów i są względem ocenianego wymiaru jednakowo skuteczne.**

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wymiaru „wykonanie kontraktu". Dane zawarte w tabeli nr 50 świadczą o braku różnic statystycznie istotnych dla badanego kryterium.

Tabela 50. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „wykonanie kontraktu"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,444	1,333	2,333	3,667	1,190	1,000	4,000
Etat + kontrakt	11	1,879	1,333	1,333	2,667	0,671	1,333	3,000
W ramach kontraktu	3	2,333	2,000	2,333	2,667	0,333	2,000	2,667
Wszystkie dowolne	12	2,222	1,500	2,167	3,000	0,796	1,333	3,333
Ogół grup	35	2,181	1,333	2,000	2,667	0,853	1,000	4,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,613$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,746	0,999	0,997
B	0,746	-	0,829	0,816
C	0,999	0,829	-	0,991
D	0,997	0,816	0,991	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem wykonania kontraktu należy uznać, iż nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a wykonaniem kontraktu. Oznacza to, że w tym wymiarze nie występuje wpływ stosowanej metody zarządzania czasem na skuteczne wykorzystanie personelu oraz skuteczną pracę zespołu umożliwiającą realizację kontraktu z NFZ. A więc **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają tym samym realizację celów i są względem ocenianego wymiaru jednakowo skuteczne.**

Podobnie sytuacja przedstawia się dla wymiaru „realizacja celów". Podobnie jak dla poprzednich wymiarów, tak dla tego nie występują statystycznie istotne różnice. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 51.

Tabela 51. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „realizacja celów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	3,139	2,750	3,250	3,500	0,663	2,000	4,000
Etat + kontrakt	11	3,136	3,000	3,000	3,250	0,655	2,000	4,750
W ramach kontraktu	3	2,250	2,000	2,250	2,500	0,250	2,000	2,500
Wszystkie dowolne	12	3,438	2,750	3,500	4,250	0,936	1,750	4,750
Ogół grup	35	3,164	2,750	3,000	3,500	0,786	1,750	4,750

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}108$

$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	1,000	0,286	0,938
B	1,000	-	0,294	0,897
C	0,286	0,294	-	0,113
D	0,938	0,897	0,113	-

Ocena skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem realizacji celów wymaga uznania, iż nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a ich realizacją. Oznacza to, że w przypadku omawianego kryterium dostosowanie do wymogów UE nie wpływa na stosowaną metodę zarządzania czasem pracy, a tym samym na realizację celów jednostki. Oznacza to, że **dla tego wymiaru wszystkie metody zarządzania czasem pracy są jednakowo skuteczne.**

Również dla wymiaru „pobyt pacjenta" kryterium dyżurów medycznych nie ma istotnego znaczenia, o czym świadczą dane zawarte w tabeli nr 52.

Tabela 52. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „pobyt pacjenta"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	3,583	2,500	4,250	4,500	1,442	1,250	5,000
Etat + kontrakt	11	3,841	3,250	4,250	5,000	1,380	1,250	5,000
W ramach kontraktu	3	3,333	2,500	3,000	4,500	1,041	2,500	4,500
Wszystkie dowolne	12	3,083	1,125	4,000	4,250	1,542	1,000	4,500
Ogół grup	35	3,471	2,500	4,250	4,500	1,409	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,344$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,988	0,961	0,674
B	0,988	-	0,886	0,413
C	0,961	0,886	-	0,994
D	0,674	0,413	0,994	-

Analizując powyższe dane należy więc uznać, iż oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem pobytu pacjenta nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a wpływem wdrożenia metody zarządzania czasem pracy na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta oraz wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizacja kontraktu z NFZ. Oznacza to, że **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają realizację celów na jednakowym poziomie i charakteryzują się tym samym poziomem skuteczności.**

Tak samo sytuacja przedstawia się dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji". W tym przypadku również nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a wskaźnikiem hospitalizacji. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 53.

Tabela 53. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „wskaźnik hospitalizacji"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	3,028	2,250	2,750	3,750	0,861	1,750	4,000
Etat + kontrakt	11	3,364	2,500	3,500	3,750	0,753	2,250	4,750
W ramach kontraktu	3	4,167	3,750	4,000	4,750	0,520	3,750	4,750
Wszystkie dowolne	12	2,792	1,625	3,500	3,750	1,172	1,000	3,750
Ogół grup	35	3,150	2,250	3,500	3,750	0,978	1,000	4,750

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}122$

$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,997	0,290	0,954
B	0,997	-	0,341	0,869
C	0,290	0,341	-	0,126
D	0,954	0,869	0,126	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem wskaźnika hospitalizacji należy uznać, iż nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a ocenianym wskaźnikiem. Oznacza to, że w przypadku omawianego kryterium nie występuje zależność pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną. **Można więc uznać, że dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji" wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy są jednakowo skuteczne i umożliwiają realizację celów badanych jednostek.**

Podobne wyniki, zawarte w tabeli nr 54, występują dla wymiaru „potrzeby pacjentów".

Tabela 54. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „potrzeby pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,356	1,600	2,000	3,200	1,174	1,000	4,600
Etat + kontrakt	11	2,382	1,400	2,200	2,800	1,181	1,400	4,600
W ramach kontraktu	3	1,867	1,600	2,000	2,000	0,231	1,600	2,000
Wszystkie dowolne	12	2,983	1,800	2,400	4,800	1,456	1,600	5,000
Ogół grup	35	2,537	1,600	2,000	3,200	1,245	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,504$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	1,000	0,964	0,806
B	1,000	-	0,976	0,712
C	0,964	0,976	-	0,684
D	0,806	0,712	0,684	-

Analizując powyższe dane pod kątem oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem potrzeb pacjentów, należy stwierdzić, iż nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a potrzebami pacjentów. **Oznacza to, że sposób pełnienia dyżurów medycznych, jako kryterium metody zarządzania czasem pracy, nie wpływa na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej – a więc spełnione jest kryterium realizacji celów. Można więc uznać, że dla tego wymiaru wszystkie metody zarządzania czasem pracy są skuteczne.**

Inaczej natomiast przedstawia się sytuacja względem wymiaru „dostępność dla pacjentów". W tym przypadku wyniki oceny, zawarte w tabeli nr 55, potwierdzają, iż istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy rodzajami dyżurów a skutecznością danej metody zarządzania czasem pracy.

Tabela 55. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność dla pacjentów"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	1,889	1,333	1,667	2,000	0,913	1,000	3,667
Etat + kontrakt	11	1,394	1,000	1,333	1,667	0,467	1,000	2,333
W ramach kontraktu	3	2,333	1,333	2,667	3,000	0,882	1,333	3,000
Wszystkie dowolne	12	2,583	1,667	2,000	3,667	1,485	1,333	5,000
Ogół grup	35	2,010	1,333	1,667	2,333	1,127	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}045$

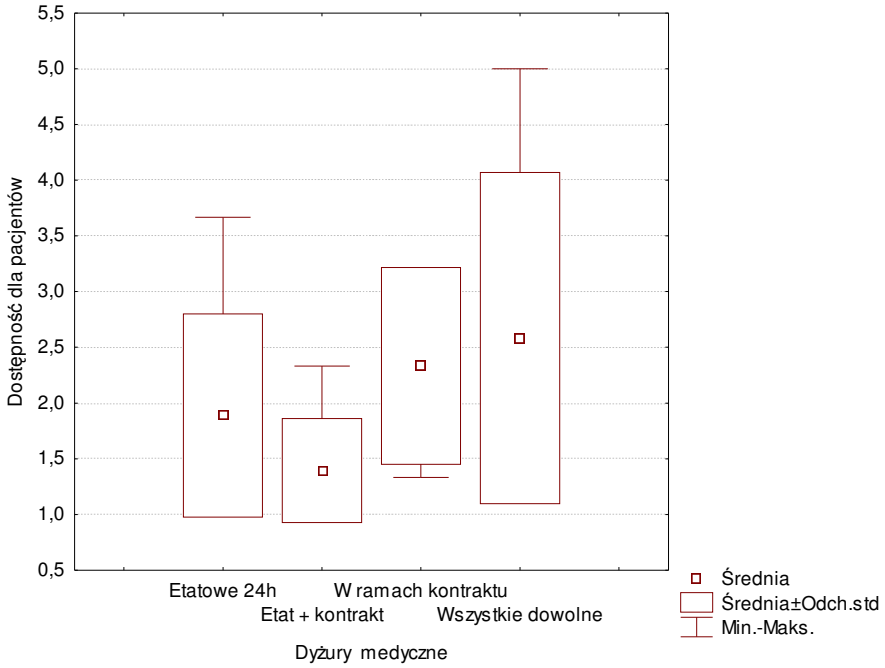
$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,662	0,853	0,695
B	0,662	-	0,368	**0,075**
C	0,853	0,368	-	1,000
D	0,695	**0,075**	1,000	-

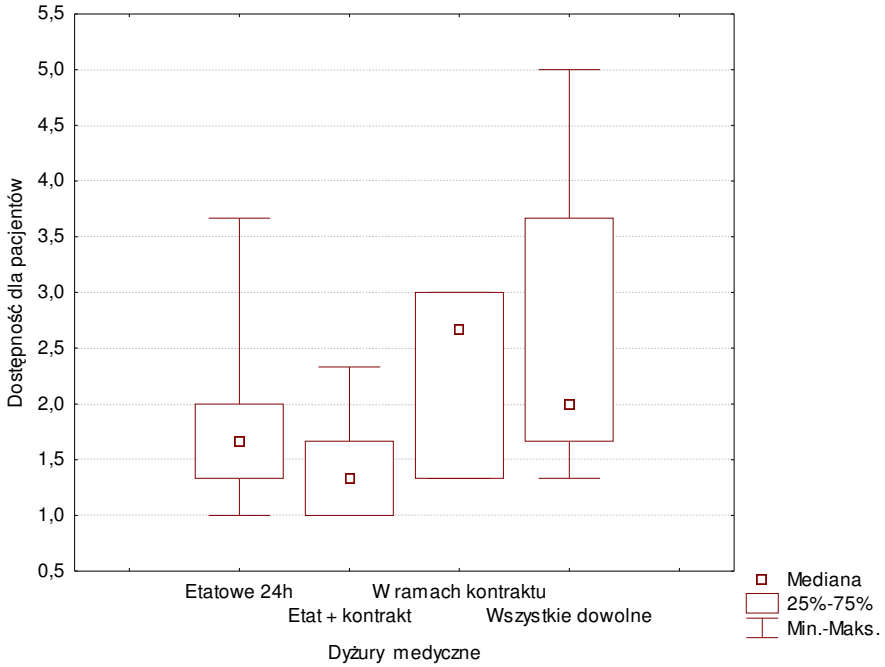
Porównując parami poszczególne rodzaje dyżurów medycznych należy podkreślić, że z jednej strony wartość statystyki na poziomie 0,075 jest zbyt duża, by mówić o istotnych różnicach, jednak z drugiej strony – analizując różnice w rozkładzie średniej oraz mediany (przedstawionych odpowiednio na rysunku nr 45 oraz na rysunku nr 46) – można przyjąć, że różnice te są istotne z punktu wiedzenia oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy.

Rysunek 45. Rozkład średniej dla kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność dla pacjentów"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 46. Rozkład mediany dla kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność dla pacjentów"



Źródło: Opracowanie własne.

Powyższe dane wskazują, iż pomiędzy dyżurami: etat + kontrakt oraz wszystkie dowolne zachodzi statystyczna zależność, która ma istotny wpływ na skuteczność pod kątem dostępności dla pacjentów. Respondenci dyżurujący według metody etatowo-kontraktowej M2 zdecydowanie bardziej zgadzają się, że dostosowanie do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów oraz nie ograniczyło ilości hospitalizacji. Co więcej, respondenci są zgodni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy (M2) umożliwia racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Potwierdzeniem tej opinii jest średnia odpowiedzi na poziomie 1,39 punktu przy medianie równej 1,33 punktu. Co najmniej 25% respondentów wskazało przy tym wartość nie wyższą niż 1 punkt (dolny kwartyl), natomiast co najmniej 75% respondentów wskazało odpowiedź nie wyższą niż 1,66 punktu (górny kwartyl). Innego zdania natomiast są respondenci dyżurujący według metody hybrydowej M4. Raczej – z tendencją do „nie mam zdania" – uważają oni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy (M4) umożliwia racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Potwierdzeniem tej opinii jest średnia odpowiedzi na poziomie 2,58 punktu przy medianie równej 2 punkty. Co najmniej 25% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 1,66 punktu (dolny kwartyl), natomiast co najmniej 75% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie wyższą niż 3,66 punktu. Można zatem uznać, że **dla wymiaru „dostępność dla pacjentów" metoda M2 jest bardziej skuteczna od metody M4.**

Kolejnym analizowanym wymiarem jest „jakość usługi". W przypadku tego wymiaru nie zachodzą jednak statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów medycznych a ich wpływem na badany wymiar. Obrazuje to tabela nr 56.

Tabela 56. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „jakość usługi"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,417	1,500	2,500	3,250	1,023	1,000	4,000
Etat + kontrakt	11	2,205	1,750	2,000	2,750	0,485	1,750	3,000
W ramach kontraktu	3	1,833	1,500	2,000	2,000	0,289	1,500	2,000
Wszystkie dowolne	12	3,063	2,250	2,625	4,000	1,239	1,500	5,000
Ogół grup	35	2,521	1,750	2,250	3,000	0,999	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,147

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,981	0,747	0,693
B	0,981	-	0,871	0,395
C	0,747	0,871	-	0,277
D	0,693	0,395	0,277	-

Analizując powyższe dane pod kątem oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem jakości usługi, należy stwierdzić, iż nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a badanym wymiarem. **Oznacza to, że sposób pełnienia dyżurów medycznych, jako kryterium metody zarządzania czasem pracy, nie wpływa na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów. Tym samym umożliwiona jest realizacja celów badanych jednostek. Można więc uznać, że dla tego wymiaru wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy są skuteczne.**

Podobnie przedstawia się sytuacja pod kątem oceny skuteczność metod zarządzania czasem pracy dla wymiaru „efekt medyczny". Dane zawarte w tabeli nr 57 świadczą, iż nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów medycznych i ich wpływem na oceniany wymiar.

Tabela 57. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „efekt medyczny"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	1,556	1,000	1,500	2,000	0,682	1,000	3,000
Etat + kontrakt	11	1,409	1,000	1,000	2,000	0,491	1,000	2,000
W ramach kontraktu	3	1,667	1,500	1,500	2,000	0,289	1,500	2,000
Wszystkie dowolne	12	1,583	1,250	1,500	2,000	0,417	1,000	2,000
Ogół grup	35	1,529	1,000	1,500	2,000	0,499	1,000	3,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0{,}722$

$\alpha = 0{,}05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,991	0,946	0,968
B	0,991	-	0,867	0,851
C	0,946	0,867	-	0,994
D	0,968	0,851	0,994	-

Analizując powyższe dane pod kątem oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem efektu medycznego, należy stwierdzić, iż nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a badanym wymiarem. Oznacza to, że dyżury medyczne, jako kryterium stosowanych metod zarządzania czasem pracy, nie mają wpływu na świadczenie wyspecjalizowanych usług medycznych na najwyższym poziomie, co przekłada się na zadowolenie pacjentów z jakości świadczonych usług oraz jakości ich obsługi. **A zatem wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy, względem badanego wymiaru, należy uznać za skuteczne.**

W przypadku wymiaru „inne elementy zarządzania" również nie występują statystycznie istotne różnice. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 58.

Tabela 58. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „inne elementy zarządzania"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,322	1,800	2,200	2,600	1,181	1,000	5,000
Etat + kontrakt	11	2,755	1,600	2,700	3,500	1,295	1,500	5,000
W ramach kontraktu	3	2,100	1,900	2,000	2,400	0,265	1,900	2,400
Wszystkie dowolne	12	2,892	1,600	2,750	4,600	1,469	1,000	5,000
Ogół grup	35	2,634	1,600	2,400	3,000	1,266	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

p = 0,820

α = 0,05

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,913	1,000	0,906
B	0,913	-	0,954	1,000
C	1,000	0,954	-	0,952
D	0,906	1,000	0,952	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem innych elementów zarządzania należy uznać, iż nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a ocenianym wskaźnikiem. Oznacza to, że w przypadku omawianego kryterium nie występuje zależność pomiędzy stosowaną w danej jednostce organizacyjnej metodą zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką. **Można zatem stwierdzić, że wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy, względem badanego wymiaru, są skuteczne.**

Podobnie przedstawia się sytuacja dla wymiaru „dostosowanie do UE". Również dla tego wymiaru nie występują statystycznie istotne różnice, które pozwoliłyby określić poziom skuteczności poszczególnych metod względem tego kryterium. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli nr 59.

Tabela 59. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostosowanie do UE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,322	1,800	2,200	2,600	1,181	1,000	5,000
Etat + kontrakt	11	2,755	1,600	2,700	3,500	1,295	1,500	5,000
W ramach kontraktu	3	2,100	1,900	2,000	2,400	0,265	1,900	2,400
Wszystkie dowolne	12	2,892	1,600	2,750	4,600	1,469	1,000	5,000
Ogół grup	35	2,634	1,600	2,400	3,000	1,266	1,000	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,261$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,913	1,000	0,906
B	0,913	-	0,954	1,000
C	1,000	0,954	-	0,952
D	0,906	1,000	0,952	-

Dokonując analizy powyższych danych pod kątem oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy według kryterium dyżurów medycznych względem dostosowania do UE, należy stwierdzić, iż nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a badanym wymiarem. Oznacza to, że dyżury medyczne, jako kryterium stosowanych metod zarządzania czasem pracy, nie mają wpływu na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki. **Można zatem uznać, że wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy, względem badanego wymiaru, są skuteczne.**

Podobnie przedstawiają się również wyniki związane z wymiarem „równowaga ZL", dla którego także nie istnieją statystycznie istotne różnice, co obrazuje tabela nr 60.

Tabela 60. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „równowaga ZL"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	1,639	1,000	1,750	1,750	0,651	1,000	2,750
Etat + kontrakt	11	2,250	1,250	1,750	4,000	1,323	1,000	4,250
W ramach kontraktu	3	2,083	1,500	2,250	2,500	0,520	1,500	2,500
Wszystkie dowolne	12	1,958	1,000	1,750	2,875	1,076	1,000	4,250
Ogół grup	35	1,979	1,000	1,750	2,500	1,030	1,000	4,250

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,735$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,838	0,853	0,976
B	0,838	-	0,995	0,967
C	0,853	0,995	-	0,947
D	0,976	0,967	0,947	-

Również dla tego wymiaru nie występują różnice, które pozwalałyby określić poziom skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy względem wymiaru „równowaga ZL" dla kryterium dyżurów medycznych. Oznacza to, że dla badanego kryterium nie występuje zależność pomiędzy wprowadzeniem metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do UE, a problemem równowagi zasobów ludzkich, przejawiającym się brakiem zasobów ludzkich oraz wykorzystaniem jego potencjału. Dlatego też można uznać, że **wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy, względem badanego wymiaru, są skuteczne.**

Ostatnim badanym pod względem kryterium dyżurów medycznych wymiarem jest „uzupełnianie ZL". Jednak także i w tym przypadku nie występują statystycznie istotne różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami dyżurów medycznych a ich wpływem na badany wymiar. Potwierdzają to wyniki przedstawione w tabeli nr 61.

Tabela 61. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „uzupełnianie ZL"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Etatowe 24h	9	2,944	2,000	3,000	3,000	1,158	1,500	5,000
Etat + kontrakt	11	2,864	2,000	2,000	4,000	1,227	1,500	4,500
W ramach kontraktu	3	4,000	3,500	4,000	4,500	0,500	3,500	4,500
Wszystkie dowolne	12	3,333	2,250	3,250	4,500	1,231	1,500	5,000
Ogół grup	35	3,143	2,000	3,000	4,000	1,173	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

$p = 0,411$

$\alpha = 0,05$

Porównanie parami

	A	B	C	D
A	-	0,998	0,615	0,909
B	0,998	-	0,523	0,814
C	0,615	0,523	-	0,855
D	0,909	0,814	0,855	-

Oceniając skuteczność metod zarządzania czasem pracy według kryterium „dyżury medyczne" względem uzupełniania ZL należy stwierdzić, że nie występują różnice pomiędzy dyżurami medycznymi a uzupełnianiem ZL. Oznacza to, że nie ma zależności pomiędzy sposobem pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy a rodzajem dyżurów medycznych. Zatem można uznać, **że pod względem tego wymiaru wszystkie stosowane metody zarządzania czasem pracy są skuteczne.**

Skuteczność metod zarządzania czasem pracy pod względem kryterium „dyżury medyczne" wymaga zwrócenia uwagi, iż tylko w dwóch wymiarach („dostępność usługi medycznej" oraz „dostępność dla pacjentów") istnieją statystycznie istotne różnice dla tego kryterium. Należy w tym miejscu podkreślić, iż zaledwie 10% badanych jednostek pracuje według metody M3 – kontraktowej (i są to jedynie poradnie przyszpitalne). Dokonując oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy – w celu uzyskania jak najbardziej precyzyjnych wyników – wyłączono z analizy statystycznej dla kryterium „dyżury medyczne" metodę M3. Nie spowodowało to jednak żadnych różnic statystycznie istotnych. Należy więc wysnuć następujące wnioski: po pierwsze – **metoda M3 stanowi znikomy odsetek odpowiedzi (10%), co nie przekłada się na ocenę skuteczności pod względem**

badanego kryterium, natomiast po drugie – można uznać, iż **kryterium „dyżury medyczne" jest mało istotne dla skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy**. Uzasadnienia takiej interpretacji należy poszukiwać w fakcie, iż wszystkie badane jednostki służby zdrowia (oddziały) muszą zapewnić całodobową opiekę medyczną swoim pacjentom w postaci pełnionych przez pracowników dyżurów medycznych, natomiast ich forma nie ma istotnego znaczenia dla ocenianej skuteczności.

6.2.3.3. System czasu pracy

Kolejnym kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest „system czasu pracy". W celu dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zestawiono to kryterium z poszczególnymi wymiarami. Wyniki przedstawione w tabeli nr 62, tabeli nr 63 oraz tabeli nr 64 pokazują jednak, iż tylko dla jednego z badanych wymiarów – „dostępność usługi medycznej" – istnieją statystycznie istotne różnice, które pozwalają na ocenę skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy względem tego kryterium.

Tabela 62. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy". Odpowiedź „PODSTAWOWY"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	22	2,167	1,333	1,667	3,333	1,053	1,000	4,333
Dostępność usługi medycznej	22	3,136	2,667	3,333	4,000	1,198	1,000	4,667
Organizacja pracy	22	3,000	2,000	3,333	3,667	1,064	1,333	5,000
Dobór metody	22	3,061	1,667	3,333	4,000	1,144	1,000	4,667
Wykonanie kontraktu	22	2,273	1,333	2,333	3,000	0,912	1,000	4,000
Realizacja celów	22	3,205	2,750	3,000	3,500	0,804	2,000	4,750
Pobyt pacjenta	22	3,500	2,500	4,250	4,500	1,452	1,000	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	22	3,193	2,250	3,500	3,750	0,919	1,000	4,750
Potrzeby pacjentów	22	2,518	1,600	2,100	3,200	1,191	1,000	5,000
Dostępność dla pacjentów	22	1,924	1,000	1,667	2,333	1,023	1,000	5,000
Jakość usługi	22	2,409	1,750	2,000	3,000	0,928	1,000	5,000
Efekt medyczny	22	1,523	1,000	1,500	2,000	0,545	1,000	3,000
Inne elementy zarządzania	22	2,655	1,700	2,450	2,900	1,245	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	22	2,782	2,000	2,400	3,400	1,058	1,800	4,800
Równowaga ZL	22	1,886	1,000	1,625	2,250	1,051	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	22	3,045	2,000	3,000	4,000	1,214	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 63. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy". Odpowiedź „RÓWNOWAŻNY"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	13	2,333	1,333	1,667	3,333	1,427	1,000	5,000
Dostępność usługi medycznej	13	3,821	3,667	4,000	4,333	0,919	1,000	4,667
Organizacja pracy	13	3,179	2,333	3,000	4,000	1,207	1,667	5,000
Dobór metody	13	2,385	1,667	2,000	3,000	1,153	1,000	4,667
Wykonanie kontraktu	13	2,026	1,333	2,000	2,333	0,751	1,000	3,333
Realizacja celów	13	3,096	2,500	3,000	3,500	0,781	1,750	4,250
Pobyt pacjenta	13	3,423	3,000	4,000	4,250	1,390	1,000	4,500
Wskaźnik hospitalizacji	13	3,077	2,750	3,500	3,750	1,106	1,000	4,750
Potrzeby pacjentów	13	2,569	1,600	2,000	2,600	1,380	1,000	5,000
Dostępność dla pacjentów	13	2,154	1,333	1,667	2,000	1,317	1,000	5,000
Jakość usługi	13	2,712	2,000	2,500	3,000	1,122	1,500	5,000
Efekt medyczny	13	1,538	1,000	1,500	2,000	0,431	1,000	2,000
Inne elementy zarządzania	13	2,600	1,600	1,900	3,000	1,350	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	13	2,938	2,200	2,400	3,800	0,991	2,000	4,800
Równowaga ZL	13	2,135	1,000	2,000	2,750	1,014	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	13	3,308	2,500	3,500	4,000	1,128	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

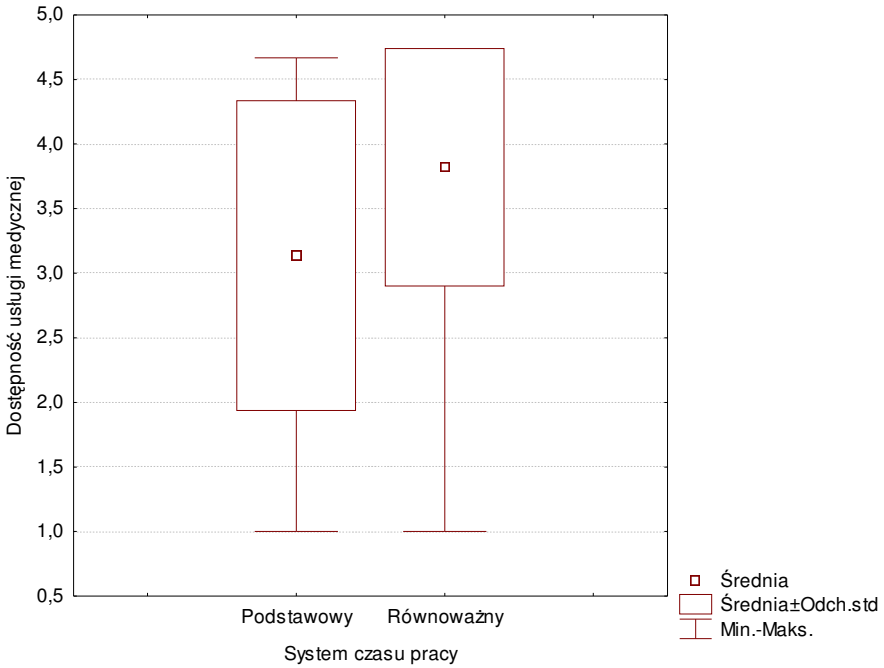
Tabela 64. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy". Wyniki testu U Manna-Whitney`a

	Suma rang	Suma rang	U	Z	poziom p
Komfort pracy	398	232	141,000	0,069	0,945
Dostępność usługi medycznej	337,5	292,5	84,500	-2,018	**0,044**
Organizacja pracy	384,5	245,5	131,500	-0,395	0,693
Dobór metody	442	188	97,000	1,588	0,112
Wykonanie kontraktu	416,5	213,5	122,500	0,711	0,477
Realizacja celów	407	223	132,000	0,378	0,705
Pobyt pacjenta	420	210	119,000	0,827	0,408
Wskaźnik hospitalizacji	407,5	222,5	131,500	0,400	0,689
Potrzeby pacjentów	397,5	232,5	141,500	0,051	0,959
Dostępność dla pacjentów	381	249	128,000	-0,519	0,604
Jakość usługi	373,5	256,5	120,500	-0,774	0,439
Efekt medyczny	387,5	242,5	134,500	-0,307	0,759
Inne elementy zarządzania	405,5	224,5	133,500	0,325	0,745
Dostosowanie do UE	372,5	257,5	119,500	-0,809	0,418
Równowaga ZL	371	259	118,000	-0,867	0,386
Uzupełnianie ZL	376,5	253,5	123,500	-0,673	0,501

Źródło: Opracowanie własne.

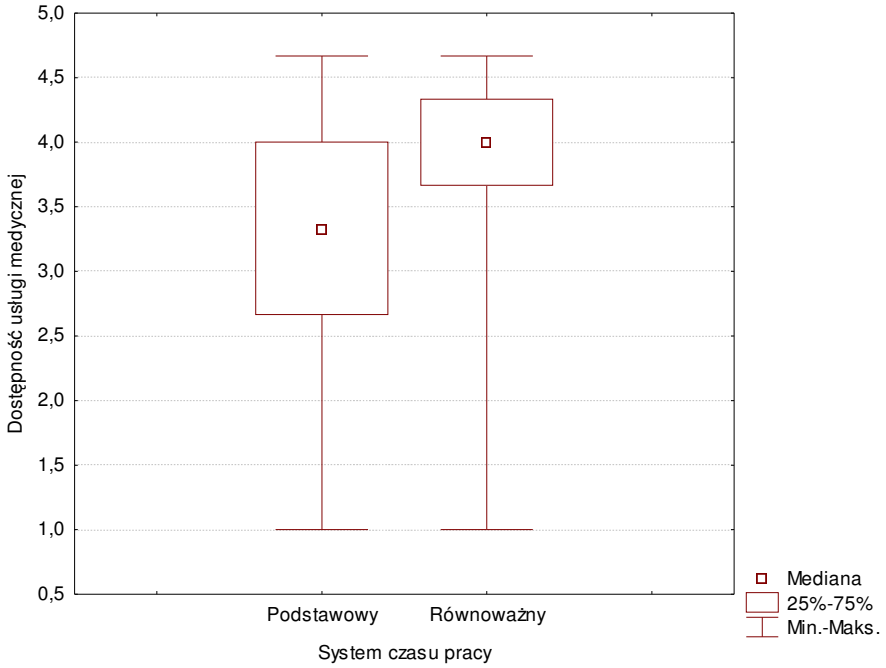
Jak wspomniano wyżej, tylko w przypadku kryterium „system czasu pracy" pod kątem wymiaru „dostępność usługi medycznej" występuje różnica w rozkładach. Można zatem stwierdzić, iż system czasu pracy jest zmienną dyskryminującą. Rozkłady średniej oraz mediany dla tego wymiaru przedstawiają odpowiednio rysunek nr 47 oraz rysunek nr 48.

Rysunek 47. Rozkład średniej dla kryterium „system czasu pracy". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 48. Rozkład mediany dla kryterium „system czasu pracy". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rozkłady można zauważyć, iż średnia dla systemu równoważnego (3,82 punktu) jest wyższa niż dla systemu podstawowego (3,13 punktu). Podobnie przedstawia się sytuacja z rozkładem mediany: dla systemu równoważnego wynosi ona 4 punkty, natomiast dla systemu podstawowego jest niższa i wynosi 3,33 punktu. Taki rozkład wartości pozwala na interpretację dotyczącą wpływu ilości pracowników zatrudnionych w danej jednostce organizacyjnej na dostępność oraz jakość świadczonych przez nich usług medycznych wynikającego z wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy. Okazuje się, że respondenci pracujący w systemie równoważnym nie zgadzają się z opinią, iż wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy ograniczyło dostępność do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę oraz uważają, iż wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, że pracownicy wykonują więcej obowiązków. Respondentom pracującym w podstawowym systemie czasu pracy trudno jest natomiast ocenić wpływ systemu czasu pracy, w jakim pracują, na dostępność usług medycznych. Interpretacji takiego rozkładu odpowiedzi należy upatrywać w sposobie zarządzania badanymi jednostkami oraz ich specyfiką. Należy również w tym miejscu odwołać się do przeprowadzonych badań jakościowych, w wyniku których

zaobserwowano, iż jednostki wykorzystujące podstawowy system czasu pracy, a zatem metodę M1, są na ogół jednostkami małymi o skostniałych strukturach organizacyjnych.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż pod względem wymiaru „dostępność usługi medycznej" metody zarządzania czasem pracy, wykorzystujące równoważny system czasu pracy (M3 i M4), są bardziej skuteczne niż metoda podstawowa M1.

6.2.3.4. Praca w godzinach nadliczbowych

Kolejnym kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest „praca w godzinach nadliczbowych". W celu dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zestawiono to kryterium z poszczególnymi wymiarami. Wyniki przedstawione w tabeli nr 65, tabeli nr 66 oraz tabeli nr 67 pokazują jednak, iż jedynie dla dwóch z badanych wymiarów – „dostępność usługi medycznej" oraz „uzupełnianie ZL" – istnieją statystycznie istotne różnice, które pozwalają na ocenę skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy względem tego kryterium.

Tabela 65. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Odpowiedź „TAK"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	18	2,167	1,000	1,500	3,333	1,330	1,000	5,000
Dostępność usługi medycznej	18	3,796	3,667	4,000	4,333	0,833	1,000	4,667
Organizacja pracy	18	3,333	2,333	3,333	4,000	1,149	1,333	5,000
Dobór metody	18	2,685	1,667	2,500	4,000	1,326	1,000	4,667
Wykonanie kontraktu	18	2,167	1,333	2,167	2,667	0,769	1,000	3,333
Realizacja celów	18	3,222	2,750	3,000	3,500	0,742	1,750	4,750
Pobyt pacjenta	18	3,458	3,000	4,125	4,250	1,391	1,000	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	18	2,972	2,500	3,500	3,750	1,025	1,000	3,750
Potrzeby pacjentów	18	2,611	1,600	2,200	2,800	1,338	1,000	5,000
Dostępność dla pacjentów	18	2,148	1,333	1,667	2,333	1,383	1,000	5,000
Jakość usługi	18	2,681	2,000	2,375	3,000	1,169	1,500	5,000
Efekt medyczny	18	1,444	1,000	1,500	2,000	0,450	1,000	2,000
Inne elementy zarządzania	18	2,678	1,600	2,650	3,500	1,323	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	18	2,822	2,000	2,400	3,800	0,980	1,800	4,800
Równowaga ZL	18	2,167	1,000	1,875	3,000	1,176	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	18	3,472	2,500	3,500	4,500	1,156	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 66. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Odpowiedź „NIE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	14	2,262	1,667	1,667	3,333	0,971	1,333	4,000
Dostępność usługi medycznej	14	2,738	1,333	3,167	3,667	1,302	1,000	4,667
Organizacja pracy	14	3,000	2,000	3,333	3,667	0,987	1,667	4,667
Dobór metody	14	2,881	1,667	2,833	3,667	1,026	1,667	4,333
Wykonanie kontraktu	14	2,167	1,333	1,667	3,000	1,052	1,000	4,000
Realizacja celów	14	3,286	3,000	3,250	3,500	0,820	2,000	4,750
Pobyt pacjenta	14	3,518	1,500	4,375	4,750	1,576	1,250	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	14	3,161	2,250	3,500	3,750	0,897	1,750	4,750
Potrzeby pacjentów	14	2,586	1,600	2,100	3,200	1,261	1,000	4,600
Dostępność dla pacjentów	14	1,762	1,333	1,667	2,000	0,767	1,000	3,667
Jakość usługi	14	2,464	1,750	2,375	3,000	0,814	1,000	4,000
Efekt medyczny	14	1,607	1,000	1,500	2,000	0,594	1,000	3,000
Inne elementy zarządzania	14	2,693	1,700	2,350	2,900	1,349	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	14	2,829	2,000	2,400	3,400	1,158	1,800	4,800
Równowaga ZL	14	1,714	1,000	1,500	1,750	0,893	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	14	2,536	2,000	2,000	3,000	1,046	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

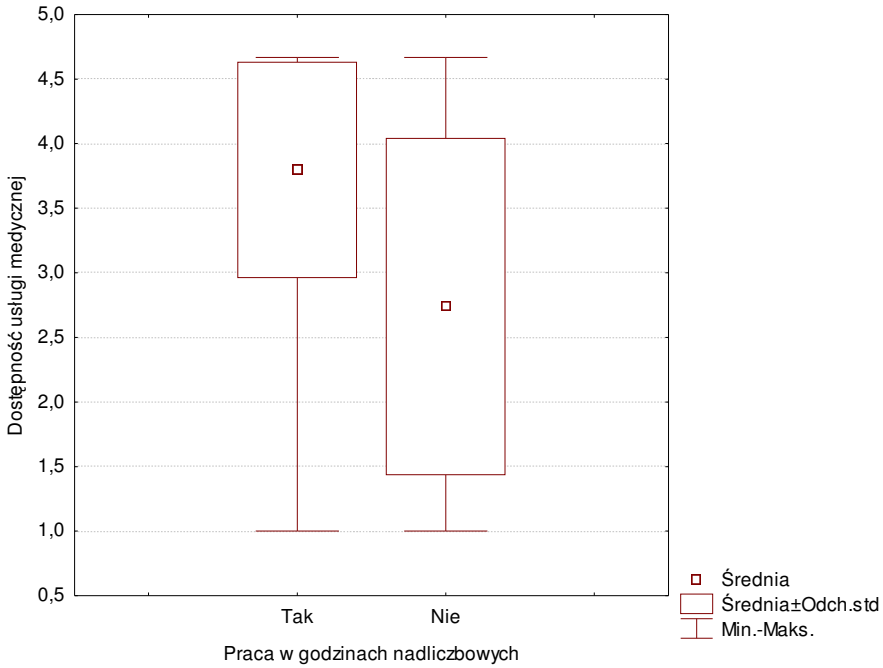
Tabela 67. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Wyniki testu U Manna-Whitney`a

	Suma rang	Suma rang	U	Z	poziom p
Komfort pracy	259	269	98,000	1,078	0,281
Dostępność usługi medycznej	166	362	61,000	-2,492	**0,013**
Organizacja pracy	211	317	106,000	-0,765	0,444
Dobór metody	244,5	283,5	112,500	0,520	0,603
Wykonanie kontraktu	223,5	304,5	118,500	-0,290	0,772
Realizacja celów	241,5	286,5	115,500	0,403	0,687
Pobyt pacjenta	258,5	269,5	98,500	1,055	0,292
Wskaźnik hospitalizacji	238	290	119,000	0,271	0,786
Potrzeby pacjentów	226	302	121,000	-0,191	0,849
Dostępność dla pacjentów	217,5	310,5	112,500	-0,521	0,603
Jakość usługi	231,5	296,5	125,500	0,019	0,985
Efekt medyczny	248	280	109,000	0,687	0,492
Inne elementy zarządzania	231,5	296,5	125,500	0,019	0,985
Dostosowanie do UE	225,5	302,5	120,500	-0,211	0,833
Równowaga ZL	207,5	320,5	102,500	-0,911	0,362
Uzupełnianie ZL	173	355	68,000	-2,231	**0,026**

Źródło: Opracowanie własne.

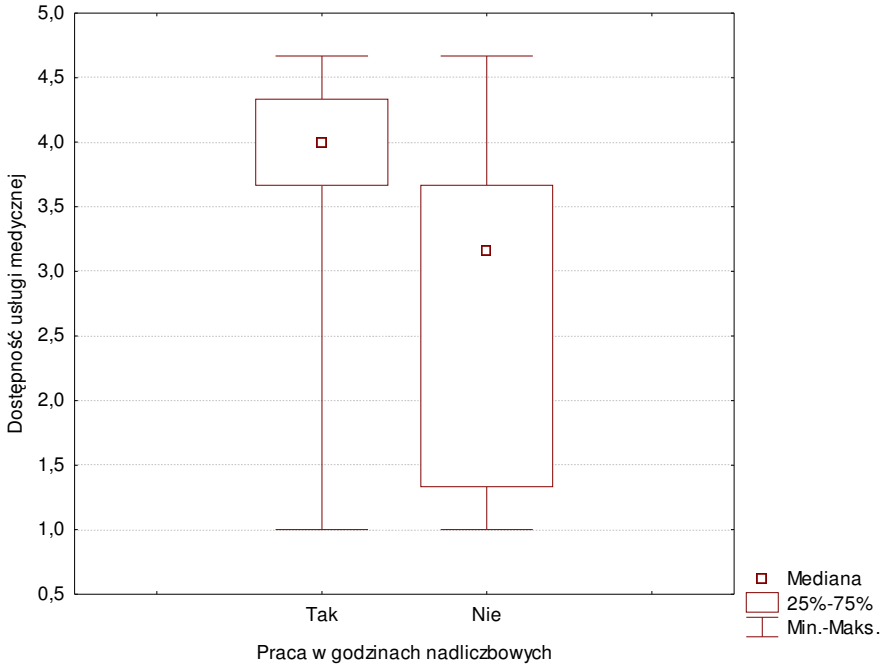
Poniżej przedstawiono rozkład: średniej (rysunek nr 49) oraz mediany (rysunek nr 50) dla wymiaru „dostępność usługi medycznej” pod kątem wymiaru „dostępność usługi medycznej”.

Rysunek 49. Rozkład średniej dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 50. Rozkład mediany dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



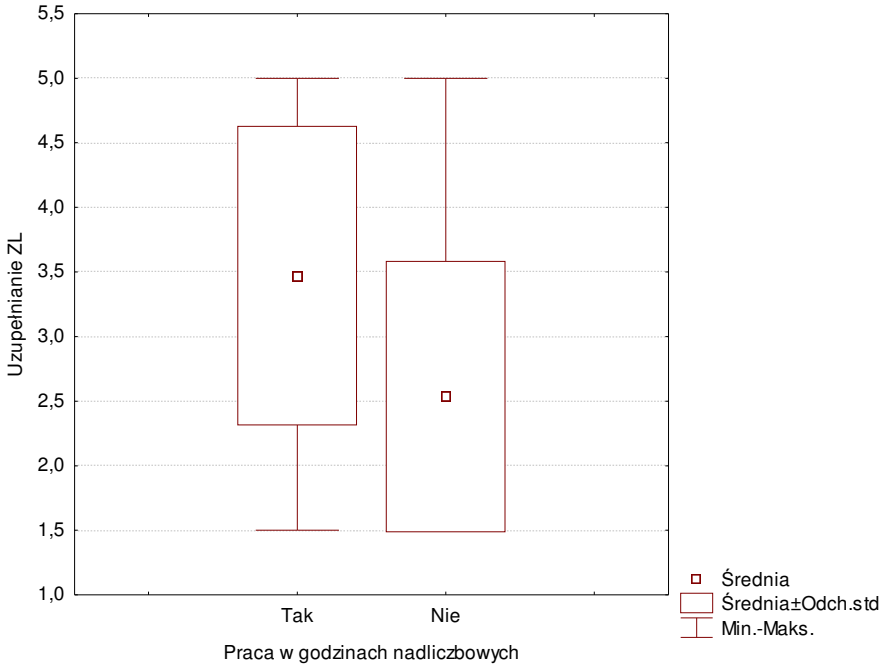
Źródło: Opracowanie własne.

Analizując przedstawione powyżej rozkłady można zauważyć, iż średnia dla odpowiedzi „tak" (3,79 punktu) jest wyższa od średniej odpowiedzi „nie" (2,73 punktu). Podobnie sytuacja przedstawia się z rozkładem mediany. Dla odpowiedzi „tak" mediana wynosi 4 punkty, natomiast dla odpowiedzi „nie" wynosi 3,16 punktu. Taki rozkład wartości pozwala na interpretację dotyczącą wpływu ilości pracowników zatrudnionych w danej jednostce organizacyjnej na dostępność oraz jakość świadczonych przez nich usług medycznych wynikającego z wdrożenia nowej metody zarządzania czasem pracy. Okazuje się, że respondenci pracujący w godzinach nadliczbowych nie zgadzają się z opinią, iż wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy ograniczyło dostępność do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę oraz uważają, iż wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, że pracownicy wykonują więcej obowiązków. Respondentom nie pracującym w godzinach nadliczbowych trudno jest natomiast ocenić wpływ pracy w godzinach nadliczbowych na dostępność usług medycznych. Należy podkreślić, iż 43% badanych jednostek wskazało, że nie pracuje w godzinach nadliczbowych, z czego 53% pracuje według metody podstawowej M1. Z kolei 57% badanych jednostek pracuje według metody M2 lub M4 (wyłączono tu metodę M3, ponieważ kontrakt z natury jest umową wykluczającą wykonywanie pracy ponad określony limit

godzin), przy czym 12,5% jednostek pracuje według metody M2, a aż 40% jednostek pracuje według metody M4. Można zatem stwierdzić, iż **najbardziej skuteczną metodą pod względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych" względem wymiaru „dostępność usługi medycznej" jest metoda hybrydowa M4, natomiast najmniej sprawdza się metoda podstawowa M1.**

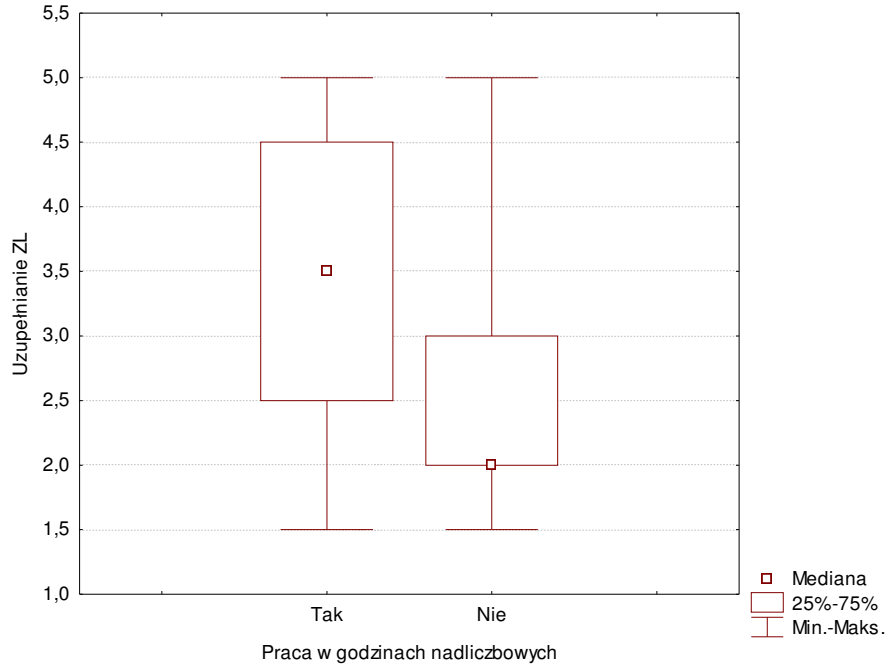
Z kolei dla wymiaru „uzupełnianie ZL" rozkłady dla średniej oraz mediany przedstawiają poniższe rysunki.

Rysunek 51. Rozkład średniej dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Wymiar „uzupełnianie ZL"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 52. Rozkład mediany dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych". Wymiar „uzupełnianie ZL"



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rozkłady można zauważyć, iż średnia dla odpowiedzi „tak" wynosi 3,47 punktu (przy medianie równej 3,5 punktu) i jest wyższa niż średnia dla odpowiedzi „nie", wynoszącej 2,53 punktu (przy medianie równej 2 punkty). Różnice w odchyleniach pozwalają na interpretację sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy. Analizując powyższe dane można więc stwierdzić, iż pracownicy pracujący w godzinach nadliczbowych raczej nie zgadzają się z opinią, iż wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy spowodowało konieczność uzupełniania braków kadrowych za pomocą przeniesień i rekrutacji wewnętrznej. Ponadto również raczej nie zgadzają się oni z opinią, iż obecnie stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje im większą motywację do pracy. Inaczej twierdzą respondenci, którzy wskazali odpowiedź „nie". Ich zdaniem wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy spowodowało konieczność uzupełniania braków kadrowych za pomocą przeniesień i rekrutacji wewnętrznej. Twierdzą oni również, iż praca według wdrożonej metody czasu pracy daje im większą motywację do pracy.

Należy podkreślić, iż 43% badanych jednostek wskazało, że nie pracuje w godzinach nadliczbowych, z czego 53% pracuje według metody podstawowej M1. Z kolei 57% badanych jednostek pracuje według metody M2 lub M4 (wyłączono tu metodę M3, ponieważ kontrakt z natury jest umową wykluczającą wykonywanie pracy ponad określony limit godzin), przy czym 12,5% jednostek pracuje według metody M2, a aż 40% jednostek pracuje według metody M4. Można zatem stwierdzić, iż – **z punktu widzenia oceny skuteczności dla wymiaru „uzupełnianie ZL" – bardziej skuteczną jest również metoda hybrydowa M4, natomiast pozostałe metody – z wyłączeniem metody kontraktowej M3 – są nieskuteczne, ponieważ prowadzą do braków kadrowych oraz spadku motywacji pracowników.**

6.2.3.5. Elastyczność czasu pracy

Kolejnym kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest „elastyczność czasu pracy". W celu dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zestawiono to kryterium z poszczególnymi wymiarami. Wyniki przedstawione w tabeli nr 68, tabeli nr 69 oraz tabeli nr 70 pokazują jednak, iż jedynie dla dwóch z badanych wymiarów – „pobyt pacjenta" oraz „dostępność dla pacjentów" – istnieją statystycznie istotne różnice, które pozwalają na ocenę skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy względem tego kryterium. Analizując zależności pomiędzy poszczególnymi wynikami można jednak przyjąć, że trzecim wymiarem, dla którego również występują różnice statystyczne, choć na poziomie $p = 0,099$, jest wymiar „uzupełnianie ZL".

Tabela 68. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy". Odpowiedź „TAK"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	23	2,087	1,333	1,667	3,333	1,156	1,000	4,667
Dostępność usługi medycznej	23	3,507	3,333	4,000	4,333	1,172	1,000	4,667
Organizacja pracy	23	3,058	2,000	3,000	3,667	1,118	1,333	5,000
Dobór metody	23	2,681	1,667	2,333	4,000	1,273	1,000	4,667
Wykonanie kontraktu	23	2,116	1,333	2,000	2,667	0,729	1,000	3,333
Realizacja celów	23	3,250	2,750	3,000	4,000	0,866	1,750	4,750
Pobyt pacjenta	23	3,141	1,250	4,000	4,250	1,448	1,000	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	23	3,065	2,250	3,500	3,750	1,034	1,000	4,750
Potrzeby pacjentów	23	2,687	1,600	2,200	4,600	1,348	1,000	5,000
Dostępność dla pacjentów	23	2,246	1,333	2,000	2,667	1,232	1,000	5,000
Jakość usługi	23	2,576	2,000	2,250	3,000	1,106	1,000	5,000
Efekt medyczny	23	1,522	1,000	1,500	2,000	0,439	1,000	2,000
Inne elementy zarządzania	23	2,770	1,600	2,600	4,600	1,407	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	23	2,930	2,000	2,400	4,200	1,081	1,800	4,800
Równowaga ZL	23	1,978	1,000	1,750	2,750	1,108	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	23	3,391	2,000	3,500	4,500	1,224	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 69. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy". Odpowiedź „NIE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	12	2,500	1,500	1,833	3,500	1,251	1,333	5,000
Dostępność usługi medycznej	12	3,167	2,833	3,333	3,833	1,087	1,000	4,667
Organizacja pracy	12	3,083	1,833	3,333	3,833	1,129	1,667	4,667
Dobór metody	12	3,056	2,333	3,000	3,833	0,973	1,667	4,333
Wykonanie kontraktu	12	2,306	1,333	2,167	3,333	1,077	1,000	4,000
Realizacja celów	12	3,000	2,625	3,125	3,375	0,603	2,000	4,000
Pobyt pacjenta	12	4,104	4,000	4,500	4,875	1,130	1,250	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	12	3,313	2,500	3,500	3,875	0,880	1,750	4,750
Potrzeby pacjentów	12	2,250	1,500	2,000	2,900	1,010	1,000	4,600
Dostępność dla pacjentów	12	1,556	1,000	1,333	1,667	0,743	1,000	3,667
Jakość usługi	12	2,417	1,750	2,125	3,125	0,786	1,500	4,000
Efekt medyczny	12	1,542	1,000	1,500	2,000	0,620	1,000	3,000
Inne elementy zarządzania	12	2,375	1,750	2,200	2,600	0,940	1,500	5,000
Dostosowanie do UE	12	2,667	2,000	2,400	3,100	0,916	1,800	4,800
Równowaga ZL	12	1,979	1,250	1,750	2,500	0,907	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	12	2,667	2,000	2,250	3,250	0,937	1,500	4,500

Źródło: Opracowanie własne.

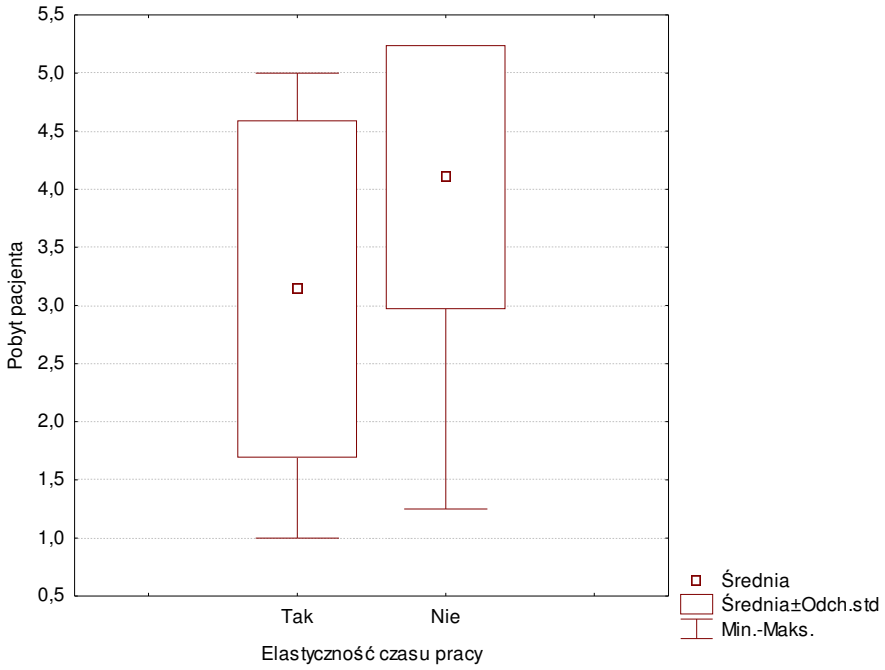
Tabela 70. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy". Wyniki testu U Manna-Whitney`a

	Suma rang	Suma rang	U	Z	poziom p
Komfort pracy	252,5	377,5	101,500	1,287	0,198
Dostępność usługi medycznej	174,5	455,5	96,500	-1,457	0,145
Organizacja pracy	217	413	137,000	0,035	0,972
Dobór metody	242	388	112,000	0,914	0,361
Wykonanie kontraktu	225	405	129,000	0,318	0,751
Realizacja celów	201,5	428,5	123,500	-0,508	0,612
Pobyt pacjenta	279	351	75,000	2,209	**0,027**
Wskaźnik hospitalizacji	230,5	399,5	123,500	0,513	0,608
Potrzeby pacjentów	191,5	438,5	113,500	-0,856	0,392
Dostępność dla pacjentów	157	473	79,000	-2,078	**0,038**
Jakość usługi	211	419	133,000	-0,175	0,861
Efekt medyczny	209,5	420,5	131,500	-0,239	0,811
Inne elementy zarządzania	199	431	121,000	-0,592	0,554
Dostosowanie do UE	200,5	429,5	122,500	-0,543	0,587
Równowaga ZL	231,5	398,5	122,500	0,547	0,584
Uzupełnianie ZL	169	461	91,000	-1,651	**0,099**

Źródło: Opracowanie własne.

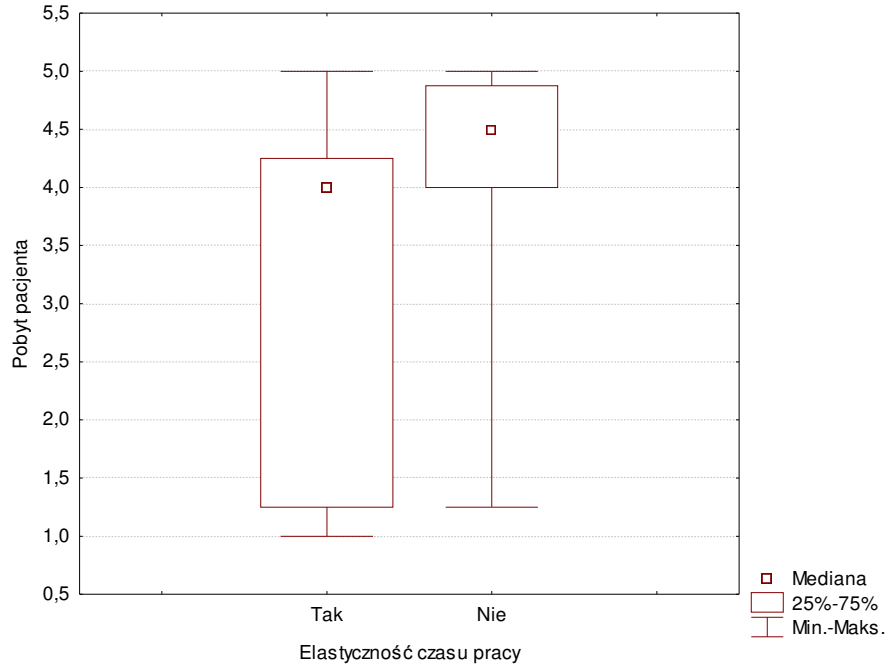
Pierwszym wymiarem, dla którego występują statystycznie istotne różnice, jest „pobyt pacjenta. Rozkłady średniej oraz mediany dla tego wymiaru przedstawiają odpowiednio rysunek nr 53 oraz rysunek nr 54.

Rysunek 53. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „pobyt pacjenta"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 54. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „pobyt pacjenta"



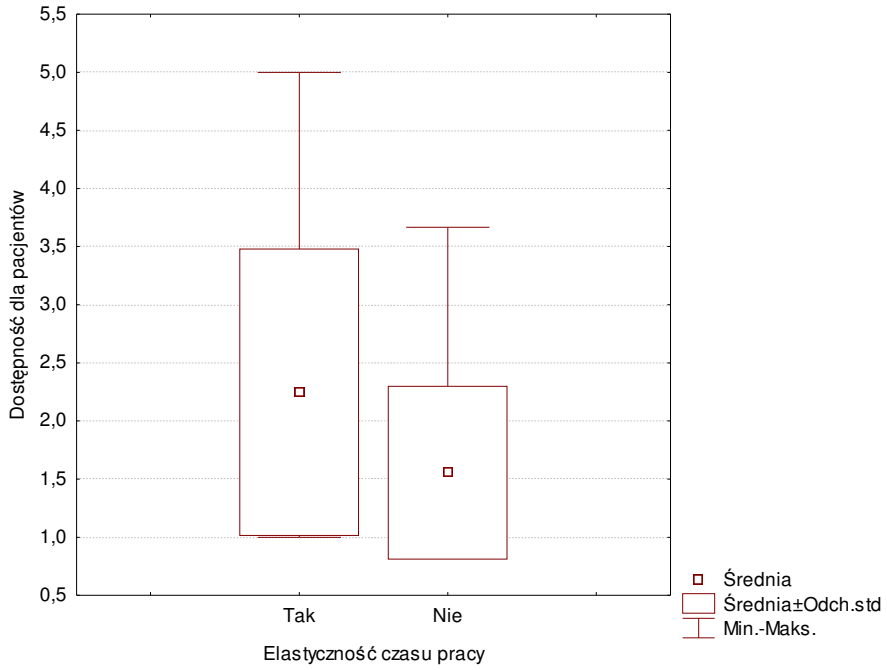
Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe dane oraz rozkłady należy zauważyć, że średnia dla odpowiedzi „nie" (4,10 punktu przy medianie równej 4,5 punktu) jest wyższa niż dla odpowiedzi „tak" (3,14 punktu przy medianie równej 4 punkty). Oznacza to, że respondenci, którzy nie pracują w sposób elastyczny raczej – z tendencją do zdecydowanie – nie zgadzają się z opinią, iż wdrożenie metody zarządzania czasem pracy spowodowało jakiekolwiek ograniczenia dla pacjentów. W szczególności nie zgadzają się oni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy spowodowała przykładowo odmówienie przyjęcia pacjenta bądź wydłużenie czasu jego oczekiwania na przyjęcie. Respondenci również nie zgadzają się z opinią, że dana metoda zarządzania czasem pracy zmusiła ich do poszukiwania oszczędności w procedurach medycznych oraz ograniczeniu kontraktu z NFZ, co w efekcie miałoby się przełożyć na pobyt pacjenta w danej jednostce. Wynik taki wskazało 34% respondentów, z których dokładnie 50% pracuje według metody podstawowej M1, a 50% według metody podstawowo-kontraktowej M2. Respondenci, którzy wskazali odpowiedź „tak" z powyższą opinią raczej zgadzają się, choć jest im to dosyć trudno określić. Jest to 66% respondentów, wśród których 52% pracuje według metody hybrydowej M4, 13% to respondenci pracujący według metody kontraktowej M3, 30% pracuje według metody podstawowo-kontraktowej M2, natomiast 5% pracuje według metody podstawowej M1. Biorąc pod uwagę taki rozkład oraz wyniki

uzyskane podczas obserwacji wykorzystanej w badaniach jakościowych, można wysnuć wniosek, że – podobnie jak już wcześniej wspominano – brak elastyczności czasu pracy wskazują respondenci oddziałów małych, o skostniałej strukturze organizacyjnej, w których nie zachodzi potrzeba uelastycznienia czasu pracy. **Można jednak na tej podstawie stwierdzić, że najbardziej skuteczna pod względem elastyczności czasu pracy dla wymiaru „pobyt pacjenta" jest metoda hybrydowa M4.**

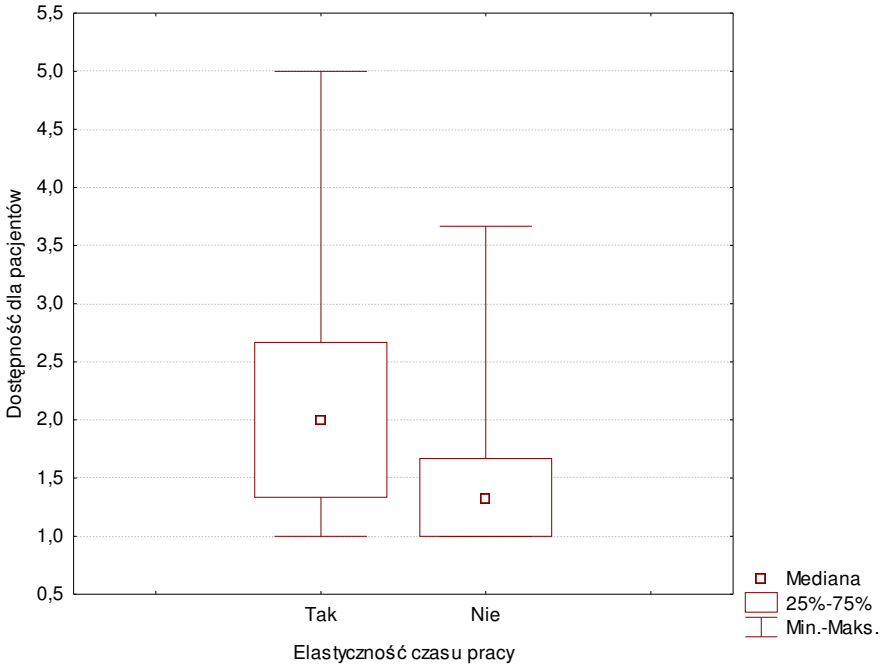
Kolejnym wymiarem, dla którego zachodzą statystycznie istotne różnice względem kryterium elastyczności czasu pracy, jest – związany z wyżej omawianym – wymiar „dostępność dla pacjentów. Rysunek nr 55 przedstawia rozkład średniej dla tego wymiaru, natomiast na rysunku nr 56 zaprezentowano rozkład mediany dla omawianego wymiaru.

Rysunek 55. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „dostępność dla pacjentów"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 56. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „dostępność dla pacjentów"



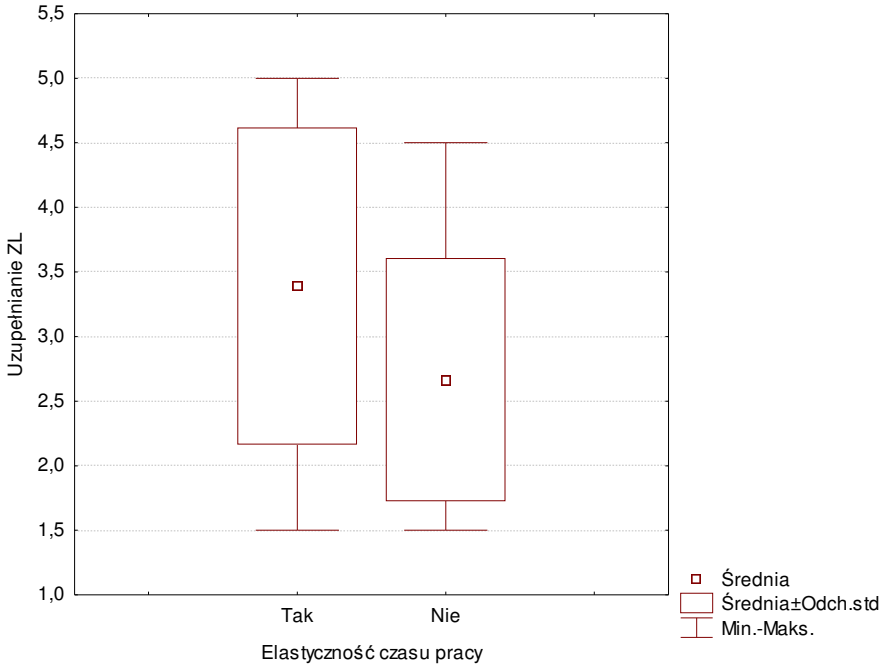
Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rozkłady oraz dane zawarte w tabeli nr 68, tabeli nr 69 oraz tabeli nr 70, można zauważyć, iż – odwrotnie jak w przypadku wymiaru „pobyt pacjenta" – średnia dla odpowiedzi „nie" jest niższa (1,55 punktu przy medianie równej 1,33 punktu) niż dla odpowiedzi „tak" (2,24 punktu przy medianie równej 2 punkty). Taki rozkład odpowiedzi oznacza, że respondenci, którzy nie pracują według elastycznego systemu czasu pracy (34% respondentów, wśród których 50% pracuje według metody podstawowej M1, a 50% według metody podstawowo-kontraktowej M2) zdecydowanie zgadzają się, że dostosowanie do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów (należy pamiętać, że pytania d_39 oraz d_40 są pytaniami odwrotnymi) oraz nie ograniczyło ilości hospitalizacji. Co więcej, respondenci ci są zgodni, że wdrożona metoda zarządzania czasem pracy umożliwia racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów. Pozostałe 66% respondentów (z czego 52% pracuje według metody hybrydowej M4, 13% pracujące według metody kontraktowej M3, 30% pracuje według metody podstawowo-kontraktowej M2, natomiast 5% pracuje według metody podstawowej M1) z powyższą opinią raczej zgadza się. **Można zatem wysnuć wniosek, że pod względem wymiaru „dostępność dla pacjentów", a więc wpływu stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji**

bardziej skutecznymi metodami są metoda podstawowa M1 oraz podstawowo-kontraktowa M2. Należy jednak podkreślić, że odnosi się to do oddziałów małych. Dla oddziałów średnich oraz dużych – biorąc pod uwagę wcześniej omówione wyniki – bardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy jest metoda hybrydowa M4.

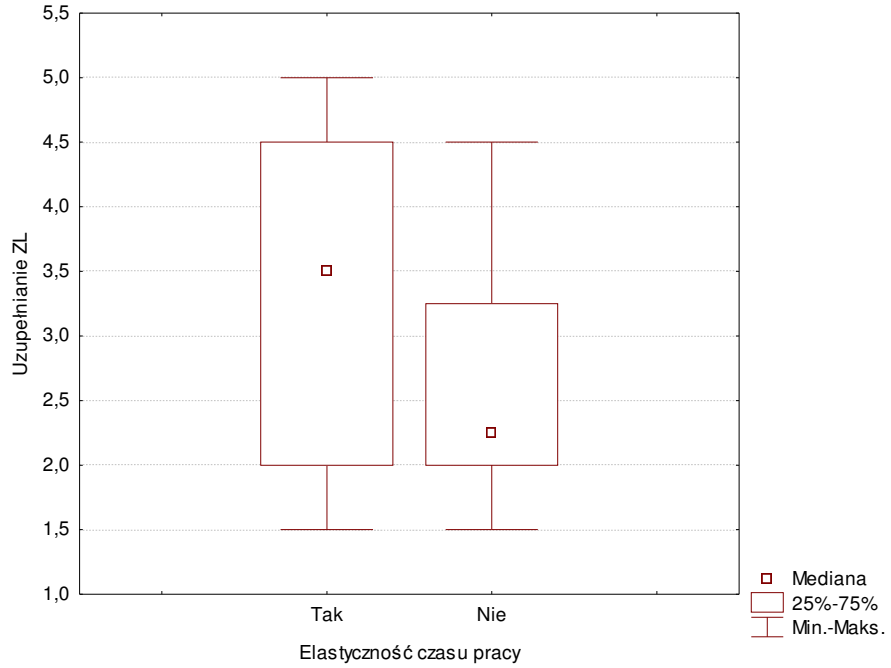
Ostatnim wymiarem, dla którego można dostrzec statystycznie istotne różnice, jest „uzupełnianie ZL". Rysunek nr 57 przedstawia rozkład średniej, natomiast na rysunku nr 58 zaprezentowano rozkład mediany dla omawianego wymiaru.

Rysunek 57. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „uzupełnianie ZL"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 58. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy". Wymiar „uzupełnianie ZL"



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe rozkłady oraz dane zawarte w tabeli nr 68, tabeli nr 69 oraz tabeli nr 70, można zauważyć, że średnia dla odpowiedzi „nie" jest niższa (2,66 punktu przy medianie równej 2,25 punktu) niż dla odpowiedzi „tak" (3,39 punktu przy medianie równej 3,5 punktu). Analizując przedstawione dane można stwierdzić, iż pracownicy nie pracujący w elastycznym systemie czasu pracy (34% respondentów, wśród których 50% pracuje według metody podstawowej M1, a 50% według metody podstawowo-kontraktowej M2) raczej zgadzają się z opinią, iż wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy spowodowało konieczność uzupełniania braków kadrowych za pomocą przeniesień i rekrutacji wewnętrznej. Ponadto również raczej zgadzają się oni z opinią, iż obecnie stosowana metoda zarządzania czasem pracy daje im większą motywację do pracy. Inaczej twierdzą respondenci, którzy wskazali odpowiedź „tak" (66% respondentów, z czego 52% pracuje według metody hybrydowej M4, 13% pracujące według metody kontraktowej M3, 30% pracuje według metody podstawowo-kontraktowej M2, natomiast 5% pracuje według metody podstawowej M1). Ich zdaniem wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy raczej nie spowodowało konieczności uzupełniania braków kadrowych za pomocą przeniesień i rekrutacji wewnętrznej. Twierdzą oni jednak, iż praca według wdrożonej metody czasu pracy raczej nie

daje im większej motywacji do pracy. **Można zatem wysnuć wniosek, że – podobnie jak w przypadku wymiaru „potrzeby pacjentów" – pod względem wymiaru „uzupełnianie ZL", a więc** sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy, **bardziej skutecznymi metodami są metoda podstawowa M1 oraz podstawowo-kontraktowa M2. Należy jednak podkreślić, że odnosi się to do oddziałów małych. Dla oddziałów średnich oraz dużych – biorąc pod uwagę wcześniej omówione wyniki – bardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy jest metoda hybrydowa M4.**

6.2.3.6. Elastyczność zatrudnienia

Ostatnim kryterium charakteryzującym metody zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest „elastyczność zatrudnienia". W celu dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zestawiono to kryterium z poszczególnymi wymiarami. Wyniki przedstawione w tabeli nr 71, tabeli nr 72 oraz tabeli nr 73 pokazują jednak, iż tylko dla jednego wymiaru – „dostępność usługi medycznej" – występują statystycznie istotne różnice.

Tabela 71. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia". Odpowiedź „TAK"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	28	2,131	1,333	1,667	3,167	1,112	1,000	4,667
Dostępność usługi medycznej	28	3,571	3,333	4,000	4,333	1,099	1,000	4,667
Organizacja pracy	28	2,988	2,000	3,000	3,667	1,094	1,333	5,000
Dobór metody	28	2,762	1,667	2,667	4,000	1,253	1,000	4,667
Wykonanie kontraktu	28	2,083	1,333	2,000	2,667	0,701	1,000	3,333
Realizacja celów	28	3,107	2,625	3,000	3,500	0,792	1,750	4,750
Pobyt pacjenta	28	3,375	2,000	4,125	4,500	1,410	1,000	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	28	3,205	2,625	3,500	3,750	1,002	1,000	4,750
Potrzeby pacjentów	28	2,550	1,600	2,100	2,700	1,267	1,000	5,000
Dostępność dla pacjentów	28	2,083	1,333	1,667	2,333	1,168	1,000	5,000
Jakość usługi	28	2,518	2,000	2,250	3,000	1,032	1,000	5,000
Efekt medyczny	28	1,518	1,000	1,500	2,000	0,441	1,000	2,000
Inne elementy zarządzania	28	2,636	1,600	2,300	3,250	1,321	1,000	5,000
Dostosowanie do UE	28	2,786	2,000	2,300	3,500	1,033	1,800	4,800
Równowaga ZL	28	2,063	1,000	1,750	2,625	1,107	1,000	4,250
Uzupełnianie ZL	28	3,304	2,000	3,500	4,250	1,173	1,500	5,000

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 72. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia". Odpowiedź „NIE"

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
Komfort pracy	7	2,619	1,333	1,667	4,000	1,484	1,333	5,000
Dostępność usługi medycznej	7	2,667	1,333	3,333	3,333	1,072	1,000	3,667
Organizacja pracy	7	3,381	2,000	3,667	4,667	1,177	1,667	4,667
Dobór metody	7	3,000	2,667	2,667	3,667	0,861	1,667	4,333
Wykonanie kontraktu	7	2,571	1,333	3,000	3,667	1,301	1,000	4,000
Realizacja celów	7	3,393	2,750	3,250	4,000	0,775	2,500	4,750
Pobyt pacjenta	7	3,857	2,500	4,500	5,000	1,442	1,250	5,000
Wskaźnik hospitalizacji	7	2,929	2,250	2,750	4,000	0,910	1,750	4,000
Potrzeby pacjentów	7	2,486	1,400	2,000	3,200	1,248	1,000	4,600
Dostępność dla pacjentów	7	1,714	1,000	1,333	2,000	0,970	1,000	3,667
Jakość usługi	7	2,536	1,750	2,500	3,250	0,929	1,500	4,000
Efekt medyczny	7	1,571	1,000	1,500	2,000	0,732	1,000	3,000
Inne elementy zarządzania	7	2,629	1,800	2,500	2,600	1,109	1,700	5,000
Dostosowanie do UE	7	3,057	2,200	2,800	3,800	1,024	1,800	4,800
Równowaga ZL	7	1,643	1,250	1,750	1,750	0,575	1,000	2,750
Uzupełnianie ZL	7	2,500	2,000	2,000	3,000	1,000	1,500	4,500

Źródło: Opracowanie własne.

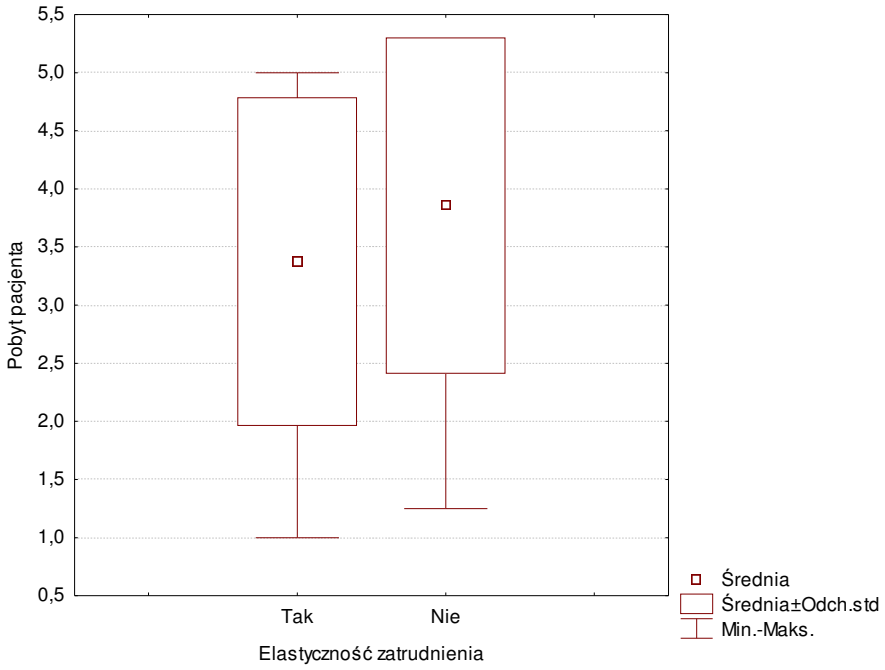
Tabela 73. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia". Wyniki testu U Manna-Whitney`a

	Suma rang	Suma rang	U	Z	poziom p
Komfort pracy	148,5	481,5	75,500	0,941	0,347
Dostępność usługi medycznej	67,5	562,5	39,500	-2,438	**0,015**
Organizacja pracy	145	485	79,000	0,789	0,430
Dobór metody	136,5	493,5	87,500	0,438	0,662
Wykonanie kontraktu	147	483	77,000	0,879	0,379
Realizacja celów	144,5	485,5	79,500	0,769	0,442
Pobyt pacjenta	155,5	474,5	68,500	1,228	0,220
Wskaźnik hospitalizacji	111	519	83,000	-0,630	0,529
Potrzeby pacjentów	123	507	95,000	-0,124	0,901
Dostępność dla pacjentów	102	528	74,000	-1,003	0,316
Jakość usługi	129	501	95,000	0,125	0,901
Efekt medyczny	120,5	509,5	92,500	-0,240	0,810
Inne elementy zarządzania	132	498	92,000	0,248	0,804
Dostosowanie do UE	146,5	483,5	77,500	0,853	0,394
Równowaga ZL	114,5	515,5	86,500	-0,482	0,630
Uzupełnianie ZL	88	542	60,000	-1,584	0,113

Źródło: Opracowanie własne.

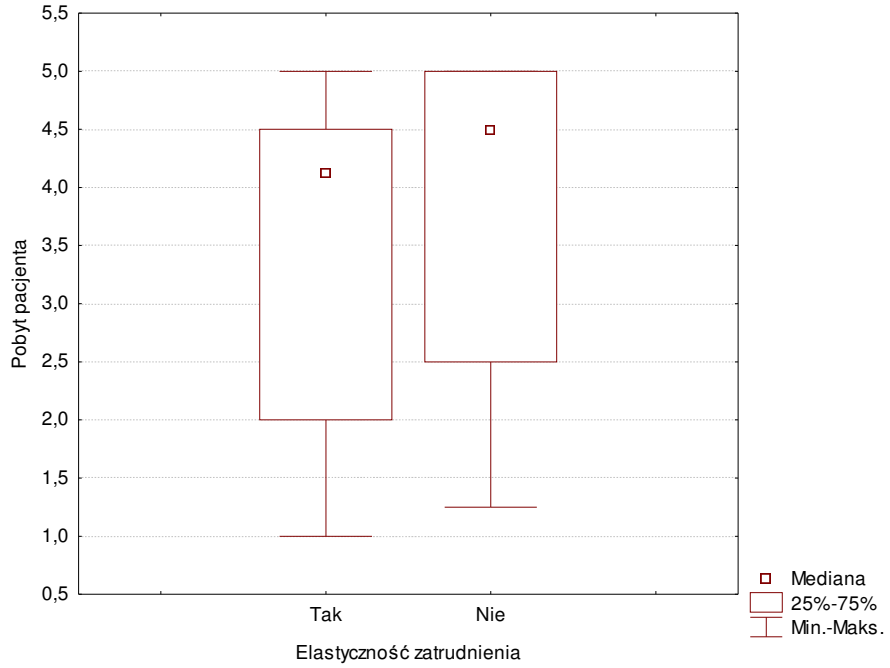
Rozkład średniej dla tego wymiaru przedstawia rysunek nr 59, natomiast rozkład mediany przedstawiono na rysunku nr 60.

Rysunek 59. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 60. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej"



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując powyższe dane oraz rozkłady można zauważyć, że średnia dla odpowiedzi „tak" (3,57 punktu przy medianie równej 4 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3,33 punktu oraz górnego na poziomie 4,33 punktu) jest wyższa niż dla odpowiedzi „nie" (2,66 punktu przy medianie równej 3,33 punktu oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1,33 punktu oraz górnego na poziomie 3,33 punktu). Można więc uznać, że respondenci, którzy pracują w systemie zapewniającym elastyczne zatrudnienie (czyli 80% respondentów, z czego 7% pracuje według metody podstawowej M1, 32% według metody podstawowo-kontraktowej M2, 10% według metody kontraktowej M3 oraz 51% według metody hybrydowej M4) raczej nie zgadzają się, że nowe wymogi w zakresie czasu pracy wpłynęły negatywie na jakość świadczonych usług medycznych. Można więc uznać, iż respondenci ci nie tylko nie zgadzają się, że wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy ograniczyło dostępność do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, ale także uważają, iż wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, iż pracownicy ci wykonują więcej obowiązków. Innego zdania są natomiast respondenci, którzy nie pracują według systemu zapewniającego elastyczne zatrudnienie (czyli 20% respondentów, z czego 71% pracuje według metody podstawowej M1, a 29% według metody podstawowo-kontraktowej M2). Uważają oni, że

raczej tak – z tendencją do „trudno określić" – wdrożenie stosowanej w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy ograniczyło dostępność do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, a także uważają, iż wdrożona metoda zarządzania czasem pracy nie powoduje, iż wykonują oni więcej obowiązków. Można więc wskazać wniosek, że **metoda podstawowa M1 oraz metoda podstawowo-kontraktowa M2 są nieskuteczne w porównaniu z metodami kontraktową M3 oraz M4.** Potwierdzeniem tego wniosku są wyniki uzyskane podczas badań jakościowych – również w tej sytuacji na małych oddziałach (b_ld, b_o, b_d, b_n, s3_sw, s3_cho2 oraz tg_n) **metody M1 i M2 nie sprawdzają się, a więc – poprzez ograniczenie dostępności do usług medycznych oraz wykonywanie większej ilości obowiązków przez taką samą ilość pracowników – są nieskuteczne.**

6.2.4. Analiza zależności między wymiarami – korelacja

W celu dokonania analizy skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia dokonano w następnej kolejności porównania zależności występujących pomiędzy poszczególnymi wymiarami. Wymiary te oraz sposób obliczania statystyki zostały szczegółowo opisane i scharakteryzowane w rozdziale piątym niniejszej pracy[351]. Ostateczne wyniki zaprezentowane zostały w macierzy korelacji przedstawionej w tabeli nr 74.

[351] Por. podrozdział 5.4., s. 148-150.

Tabela 74. Macierz korelacji

	Komfort pracy	Dostępność usługi medycznej	Organizacja pracy	Dobór metody	Wykonanie kontraktu	Realizacja celów	Pobyt pacjenta	Wskaźnik hospitalizacji	Potrzeby pacjentów	Dostępność dla pacjentów	Jakość usługi	Efekt medyczny	Inne elementy zarządzania	Dostosowanie do UE	Równowaga ZL	Uzupełnianie ZL
Komfort pracy	1,00	0,14	-0,06	**0,56**	0,02	**-0,60**	0,23	0,26	**-0,43**	-0,21	-0,32	-0,19	-0,22	-0,08	**0,46**	0,19
Dostępność usługi medycznej	0,14	1,00	-0,14	0,20	0,28	**-0,45**	**0,47**	**0,36**	**-0,38**	0,00	-0,07	**-0,43**	**-0,39**	**-0,46**	**0,52**	**0,51**
Organizacja pracy	-0,06	-0,14	1,00	**-0,38**	**0,47**	**0,53**	**-0,48**	**-0,63**	**0,63**	**0,45**	**0,62**	0,11	**0,63**	**0,49**	0,01	0,31
Dobór metody	**0,56**	0,20	**-0,38**	1,00	0,06	**-0,58**	**0,53**	**0,48**	**-0,58**	**-0,43**	**-0,49**	-0,32	**-0,37**	**-0,48**	**0,53**	0,07
Wykonanie kontraktu	0,02	0,28	**0,47**	0,06	1,00	0,05	0,00	-0,16	0,28	**0,40**	**0,51**	0,02	0,23	0,04	0,15	**0,37**
Realizacja celów	**-0,60**	**-0,45**	**0,53**	**-0,58**	0,05	1,00	**-0,49**	**-0,58**	**0,63**	0,29	**0,41**	0,19	**0,50**	**0,43**	**-0,48**	-0,22
Pobyt pacjenta	0,23	**0,47**	**-0,48**	**0,53**	0,00	**-0,49**	1,00	**0,76**	**-0,77**	**-0,75**	**-0,54**	**-0,40**	**-0,72**	**-0,76**	**0,45**	-0,15
Wskaźnik hospitalizacji	0,26	**0,36**	**-0,63**	**0,48**	-0,16	**-0,58**	**0,76**	1,00	**-0,74**	**-0,75**	**-0,65**	-0,29	**-0,68**	**-0,63**	**0,46**	-0,11
Potrzeby pacjentów	**-0,43**	**-0,38**	**0,63**	**-0,58**	0,28	**0,63**	**-0,77**	**-0,74**	1,00	**0,59**	**0,84**	**0,43**	**0,90**	**0,78**	**-0,36**	-0,04
Dostępność dla pacjentów	-0,21	0,00	**0,45**	**-0,43**	**0,40**	0,29	**-0,75**	**-0,75**	**0,59**	1,00	**0,68**	0,30	**0,46**	**0,46**	**-0,38**	**0,43**
Jakość usługi	-0,32	-0,07	**0,62**	**-0,49**	**0,51**	**0,41**	**-0,54**	**-0,65**	**0,84**	**0,68**	1,00	**0,37**	**0,70**	**0,57**	-0,27	0,12
Efekt medyczny	-0,19	**-0,43**	0,11	-0,32	0,02	0,19	**-0,40**	-0,29	**0,43**	0,30	**0,37**	1,00	0,31	**0,40**	-0,21	-0,27
Inne elementy zarządzania	-0,22	**-0,39**	**0,63**	**-0,37**	0,23	**0,50**	**-0,72**	**-0,68**	**0,90**	**0,46**	**0,70**	0,31	1,00	**0,82**	-0,20	-0,01
Dostosowanie do UE	-0,08	**-0,46**	**0,49**	**-0,48**	0,04	**0,43**	**-0,76**	**-0,63**	**0,78**	**0,46**	**0,57**	**0,40**	**0,82**	1,00	**-0,42**	-0,04
Równowaga ZL	**0,46**	**0,52**	0,01	**0,53**	0,15	**-0,48**	**0,45**	**0,46**	**-0,36**	**-0,38**	-0,27	-0,21	-0,20	**-0,42**	1,00	0,32
Uzupełnianie ZL	0,19	**0,51**	0,31	0,07	**0,37**	-0,22	-0,15	-0,11	-0,04	**0,43**	0,12	-0,27	-0,01	-0,04	0,32	1,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane zawarte w powyższej tabeli można zauważyć, że w 22 przypadkach występuje umiarkowana, silna lub bardzo silna korelacja pomiędzy poszczególnymi wymiarami. W pierwszym przypadku istnieje ujemna – umiarkowana (-0,60) – zależność pomiędzy komfortem pracy a realizacją celów (sposób wprowadzenia metody zarządzania czasem pracy w danej jednostce organizacyjnej, wynikającej z dostosowania do wymogów UE, wpływa negatywnie na realizację celów jednostek).

W drugim przypadku występuje ujemna – umiarkowana (-0,63) – zależność pomiędzy organizacją pracy a wskaźnikiem hospitalizacji (wdrożenie nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikające z realnych potrzeb danej jednostki organizacyjnej, wpływające na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów negatywnie oddziałuje na wskaźnik hospitalizacji, ilość przyjmowanych pacjentów oraz czas ich oczekiwania na przyjęcie). Następnie można zauważyć pozytywną, umiarkowaną (0,63) zależność pomiędzy organizacją pracy a potrzebami pacjentów (wdrożenie nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikające z realnych potrzeb danej jednostki organizacyjnej, wpływające na organizację pracy oraz sposób kierowania

pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów oddziałuje pozytywnie na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej). Istnieje również umiarkowana (0,62) zależność pomiędzy organizacją pracy a jakością usługi (wdrożenie nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikające z realnych potrzeb danej jednostki organizacyjnej, wpływające na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów pozytywnie oddziałuje na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów). Można również zaobserwować pozytywną – umiarkowaną (0,63) – korelację pomiędzy organizacją pracy a innymi elementami zarządzania (wdrożenie nowej metody zarządzania czasem pracy, wynikające z realnych potrzeb danej jednostki organizacyjnej, wpływające na organizację pracy oraz sposób kierowania pracownikami pod kątem ich dostępności dla pacjentów pozytywnie oddziałuje na możliwości dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia możliwości skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz zarządzanie daną jednostką).

Dla wymiaru „realizacja celów" istnieje tylko jedna umiarkowana (0,63) zależność względem wymiaru potrzeby pacjentów (wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej pozwala na realizację celów jednostki).

Dla wymiaru „pobyt pacjenta" występuje pięć silnych korelacji. Pierwszą z nich jest silna (0,76) zależność względem wskaźnika hospitalizacji (wdrożenie metody zarządzania czasem pracy wpływa pozytywnie na wskaźnik hospitalizacji, ilość przyjmowanych pacjentów oraz czas ich oczekiwania na przyjęcie). Druga – silna, ale ujemna (-0,77) – jest zależność względem wymiaru „potrzeby pacjentów" (wdrożenie metody zarządzania czasem pracy wpływa negatywnie na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej). Kolejna – silna, ale również ujemna (-0,75) – jest zależność względem wymiaru „dostępność dla pacjentów" (wdrożenie metody zarządzania czasem pracy wpływa negatywnie na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji). Następna – silna, ale również ujemna (-0,72) – jest zależność względem wymiaru „inne elementy zarządzania" (wdrożenie metody zarządzania czasem pracy wpływa negatywnie na określenie zależności pomiędzy stosowaną metodą zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej

jednostki organizacyjnej do otoczenia, możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką). Ostatnią – również silną, ale ujemną (-0,78) – jest zależność względem wymiaru „dostosowanie do UE" (wdrożenie metody zarządzania czasem pracy wpływa negatywnie na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki).

Kolejnym wymiarem, dla którego zachodzi pięć silnych korelacji, jest „wskaźnik hospitalizacji". Pierwszą z nich, ujemną (-0,74), jest zależność względem wymiaru „potrzeby pacjentów" (zależność pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną negatywnie oddziałuje na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej). Drugim wymiarem, dla którego zachodzi silna zależność, jest „dostępność dla pacjentów". Zależność ta również jest ujemna (-0,75), co oznacza, że relacje pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną negatywnie oddziałują na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji. Kolejna korelacja zachodzi dla wymiaru „jakość usługi". Jest to również ujemna, silna (-0,65), zależność, która określa, że relacje pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną negatywnie oddziałują na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów. Ostatnią zależnością, jaka zachodzi dla tego wymiaru, jest ujemna (-0,63) korelacja względem wymiaru „dostosowanie do UE" (zależności pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną negatywnie oddziałują na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki).

Kolejnym wymiarem, dla którego zachodzą trzy silne zależności, jest wymiar „potrzeby pacjentów". Silna dodatnia (0,84) korelacja zachodzi tu z wymiarem „jakość usługi" (wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury

medycznej pozytywnie oddziałuje na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów) oraz „inne elementy zarządzania" (0,90), co oznacza, że wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej pozytywnie oddziałuje na możliwości dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia, możliwości skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz zarządzanie daną jednostką). Przy takiej wartości można mówić o korelacji liniowej. Ostatnim wymiarem, dla którego występuje silna dodatnia (0,78) zależność, jest „dostosowanie do UE" (wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie infrastruktury medycznej pozytywnie oddziałuje na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki).

Dla wymiaru „dostępność dla pacjentów" występuje tylko jedna silna (0,68) dodatnia korelacja z wymiarem „jakość usługi". Oznacza to, że wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji pozytywnie oddziałuje na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów.

Również dla wymiaru „jakość usługi" występuje tylko jedna silna (0,70) dodatnia korelacja z wymiarem „inne elementy zarządzania". Oznacza to, że wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów pozytywnie przekłada się na możliwości dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia, możliwości skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalanie celów i zadań oraz zarządzanie daną jednostką.

Ostatnim wymiarem, dla którego można zaobserwować zależności, jest wymiar „inne elementy zarządzania". W tym przypadku zachodzi silna (0,82) dodatnia korelacja z wymiarem „dostosowanie do UE", co oznacza, że zależności pomiędzy stosowaną metodą zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia, możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką pozytywnie oddziałują na komfort pracy pracowników, ich migrację, poziom wynagradzania oraz realizację celów jednostki.

6.3. Weryfikacja hipotez badawczych

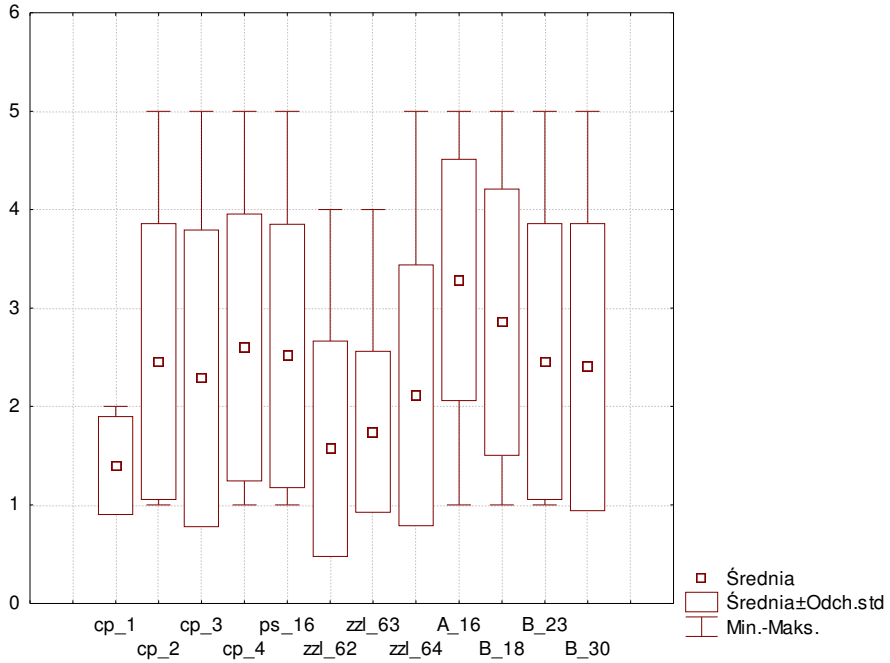
Ostatnim etapem badań empirycznych jest weryfikacja statystyczna postawionej w pracy tezy głównej oraz hipotez badawczych. **Teza główna** mówi, iż „podstawowe normy zarządzania czasem pracy, które określa obowiązujące prawo polskie i reguły normatywne Unii Europejskiej, wpływają negatywnie na skuteczność funkcjonowania jednostek służby zdrowia, ograniczając realizację ich celów statutowych i strategicznych". Tak postawiona teza została zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych pytań postawionych w narzędziu badawczym (cp_1, cp_2, cp_3, cp_4, ps_16,zzl_62, zzl_63, zzl_64, A_16, B_18, B_23 oraz B_30). Wyniki analizy przedstawione są w tabeli nr 75. Graficzne odwzorowanie rozkładu średniej dla powyższych pytań przedstawia rysunek nr 61, natomiast rozkład mediany obrazuje rysunek nr 62.

Tabela 75. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących tezę główną

Pytanie	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
cp_1	35	1,40	1	1	2	0,50	1	2
cp_2	35	2,46	1	2	4	1,40	1	5
cp_3	35	2,29	1	2	4	1,51	1	5
cp_4	35	2,60	2	2	4	1,35	1	5
ps_16	35	3,49	2	4	5	1,34	1	5
zzl_62	35	1,57	1	1	2	1,09	1	4
zzl_63	35	1,74	1	2	2	0,82	1	4
zzl_64	35	2,11	1	2	3	1,32	1	5
A_16	35	3,29	2	3	4	1,23	1	5
B_18	35	2,86	1	3	4	1,35	1	5
B_23	35	2,46	1	2	4	1,40	1	5
B_30	35	2,40	1	2	4	1,46	1	5

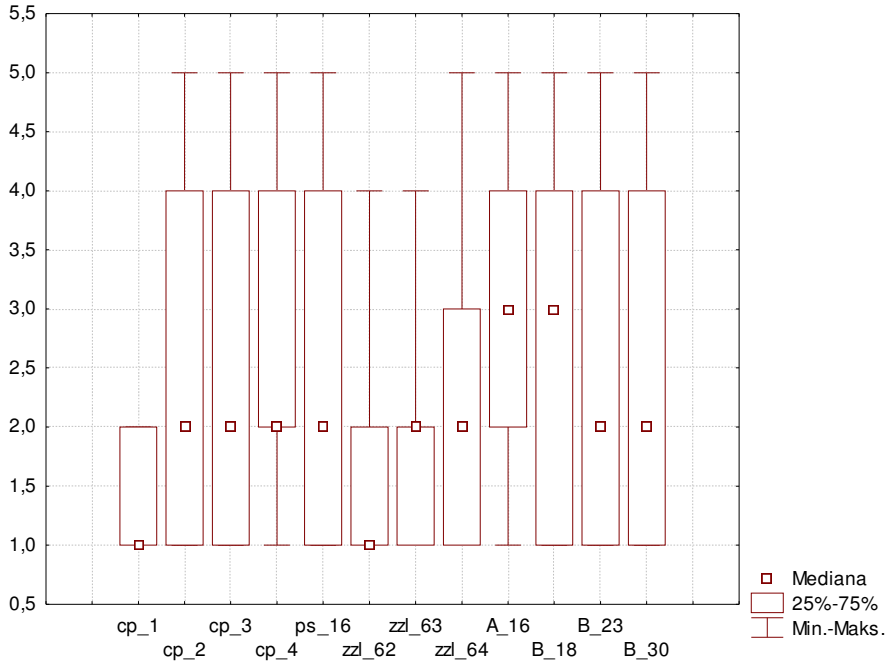
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 61. Rozkład średniej dla tezy głównej



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 62. Rozkład mediany dla tezy głównej



Źródło: Opracowanie własne.

Na twierdzenie nr 1 („w pełni przyjęto regulacje unijne w zakresie norm czasu pracy") 60% respondentów odpowiedziało, iż zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem,

natomiast 40% respondentów uznało, iż raczej zgadza się z tak postawioną tezą. Dla takich odpowiedzi średnia ich wartość wyniosła 1,40 punktu przy medianie równej 1 punkt oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 2 punktów. Można więc uznać, iż respondenci zgadzają się z postawioną tezą.

Na twierdzenie nr 2 („przyjęte regulacje unijne pogorszyły organizację pracy w jednostce organizacyjnej") 34,3% respondentów stwierdziło, że zdecydowanie zgadza się z tak postawioną tezą, 28,6% ankietowanych uznało, iż raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem, nieco więcej, bo 31,4% respondentów uznało, że raczej nie zgadza się z postawioną tezą, natomiast 5,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgodziło się z tak sformułowanym twierdzeniem. Biorąc jednak pod uwagę średnią wartość odpowiedzi na poziomie 2,46 punktu przy wartości mediany równej 2 punkty (wartość dolnego kwartyla wyniosła 2 punkty, a górnego 4 punkty), można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Twierdzenie nr 3 („przyjęte regulacje ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej") potwierdziło 14,3% respondentów, zdecydowanie zgadzają się z tak postawioną tezą, 48,6% ankietowanych uznało, iż raczej zgadza się z postawioną tezą, 25,7% respondentów raczej nie zgodziło się z powyższym stwierdzeniem, natomiast 11,4% ankietowanych zdecydowanie nie zgodziło się z postawioną tezą. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,29 punktu oraz mediany na poziomie 2 punktów (przy wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów) można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Na twierdzenie nr 4 („zmiany w zakresie czasu pracy zdeterminowały gorszą jakość pracy w jednostce organizacyjnej") 20% respondentów zdecydowanie zgodziło się z tak sformułowanym stwierdzeniem, 45,7% ankietowanych raczej zgodziło się z postawioną tezą, 22,9% respondentów uznało, iż raczej nie zgadza się z takim stwierdzeniem, natomiast 11,4% ankietowanych z powyższą tezą zdecydowanie nie zgodziła się. Biorąc pod uwagę rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,60 punktu oraz mediany na poziomie 2 punktów (przy wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 2 punktów oraz górnego na poziomie 4 punktów) można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Na twierdzenie nr 5 („przyjęte uregulowania unijne ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej") 28,6% ankietowanych uznało, iż w pełni zgadza się z postawioną tezą, podobnie 28,6% respondentów raczej zgodziło się z postawiona tezą, 20% respondentów uważa, iż raczej nie zgadza się z taką tezą, 8,5% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się

z postawionym stwierdzeniem, natomiast 14,3% respondentów nie ma zdania. Wartość średniej odpowiedzi wyniosła 3,49 punktu przy medianie równej 4 punkty. Wartość dolnego kwartyla wyniosła 2 punkty, natomiast górnego kwartyla wyniosła 5 punktów. Należy podkreślić, iż stwierdzenie to ma znaczenie odwrotne – o czym była mowa w rozdziale poprzednim. Dlatego też prezentowane wartości statystyczne pozwalają stwierdzić, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Z twierdzeniem nr 5 („dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów unijnych spowodowało braki kadrowe") zdecydowanie zgadza się aż 74,3% respondentów, 8,6% ankietowanych raczej zgadza się z powyższą tezą, 14,3% respondentów raczej nie zgadza się z postawionym twierdzeniem, natomiast 2,8% ankietowanych nie ma wyrobionego na ten temat zdania. Wartość średniej odpowiedzi na poziomie 1,57 punktu oraz mediany na poziomie 1 punktu (przy wartości dolnego kwartyla równej 1 punkt oraz górnego kwartyla równej 2 punkty) pozwala uznać, iż respondenci zgadzają się z postawioną tezą.

Podobnie respondenci odnoszą się do twierdzenia nr 6 („dostosowanie do regulacji Unii Europejskiej przyczyniło się do stosowania elastycznych form zatrudnienia") – 42,9% ankietowanych zdecydowanie zgadza się z postawioną tezą, 45,7% respondentów raczej zgadza się z powyższym twierdzeniem, 5,7% ankietowanych raczej nie zgadza się z tak postawioną tezą, a również 5,7% respondentów nie ma wyrobionej opinii na ten temat. Wartość średniej odpowiedzi na poziomie 1,74 punktu oraz mediany na poziomie 2 punktów (przy wartości dolnego kwartyla na poziomie 1 punktu oraz górnego kwartyla na poziomie 2 punktów) pozwala stwierdzić, iż respondenci zgadzają się z postawioną tezą.

Również w podobny sposób respondenci odnoszą się do twierdzenia nr 7 („obecna metoda zarządzania czasem pracy w zakresie czasu pracy w pełni spełnia założenia dostosowań do wymogów UE"). 48,6% respondentów zdecydowanie zgadza się z tak postawiona tezą, 17,1% ankietowanych raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem, 14,3% respondentów natomiast raczej nie zgadza się z powyższą tezą, 5,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z powyższym stwierdzeniem, natomiast 14,3% respondentów nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Analizując jednak dane statystyczne można uznać, iż poziom średniej odpowiedzi, wynoszący 2,11 punktu, mediany – wynoszący 2 punkty, oraz wartości kwartyli (dolny na poziomie 1 punktu, górny na poziomie 3 punktów), pozwala stwierdzić, iż respondenci raczej zgadzają się z postawioną tezą.

Respondentom natomiast trudno jest odnieść się do twierdzenia nr 8 („stosowane metody zarządzania czasem pracy nie pozwalają na pełną realizację celów jednostki"). 22,9%

respondentów zdecydowanie nie zgadza się z taką tezą, 17,1% ankietowanych raczej nie zgadza się z przyjętym założeniem, 22,9% respondentów raczej zgadza się z przyjętym założeniem, a 5,7% ankietowanych zdecydowanie zgadza się z przyjętą tezą. Obraz zaburza 31,4% respondentów, którzy nie potrafią zadeklarować odpowiedzi. Potwierdza to rozkład średniej na poziomie 3,29 punktu przy wartości mediany równej 3 punkty oraz wartościach dolnego kwartyla na poziomie 2 punktów oraz górnego na poziomie 3 punktów.

Na twierdzenie nr 9 („komfort pracy uległ znacznemu pogorszeniu") 25,7% respondentów odpowiedziało, iż zdecydowanie zgadza się z taką tezą, 14,3% ankietowanych raczej zgadza się z postawionym twierdzeniem, 40% respondentów raczej nie zgadza się z postawioną tezą, 5,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z powyższym twierdzeniem, natomiast 14,3% respondentów nie ma wyrobionego na ten temat zdania. Analizując dane statystyczne można zauważyć, iż poziom średniej odpowiedzi na poziomie 2,86 punktu, przy medianie wynoszącej 3 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów, pozwala na stwierdzenie, że – podobnie jak powyżej – respondentom trudno jest odnieść się do postawionej tezy.

Z twierdzeniem nr 10 („realizacja celów jednostki pogorszyła się") zdecydowanie zgadza się 22,9% respondentów, 11,4% ankietowanych raczej zgadza się, 28,6% respondentów raczej nie zgadza się, podobny odsetek respondentów (28,6%) zdecydowanie nie zgadza się z postawioną tezą. Wyrobionego zdania na ten temat nie ma 8,5% ankietowanych. Analizując jednak rozkłady średniej, której wartość wynosi 2,46 punktu, oraz mediany, której wartość wynosi 2 punkty, a także wartości kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów, można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się z postawioną tezą.

Podobnie respondenci odnoszą się do twierdzenia nr 11 („skuteczność realizacji celów jednostki pogorszyła się"). 25,7% ankietowanych zdecydowanie zgadza się z przyjętą tezą, 14,3% respondentów raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem, 31,5% respondentów raczej nie zgadza się z postawioną tezą, natomiast 25,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z postawionym twierdzeniem. Wyrobionego zdania na ten temat nie posiada 2,8% ankietowanych. Rozkład średniej na poziomie 2,40 punktu oraz mediany na poziomie 2 punktów przy wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów pozwala jednak stwierdzić, iż respondenci raczej zgadzają się z przyjętą tezą. Biorąc pod uwagę powyższą analizę oraz średnią (2,39 punktu) wartość odpowiedzi dla ogółu pytań, składających się na tezę główną, **należy potwierdzić słuszność** postawionej **tezy głównej**, mówiącej, iż podstawowe normy zarządzania czasem pracy, które określa

obowiązujące prawo polskie i reguły normatywne Unii Europejskiej, wpływają negatywnie na skuteczność funkcjonowania jednostek służby zdrowia, ograniczając realizację ich celów statutowych i strategicznych.

W celu potwierdzenia słuszności tezy głównej w następnej kolejności zweryfikowano **pierwszą hipotezę badawczą H_1** („jednostki służby zdrowia w Polsce stoją w obliczu licznych problemów dotyczących organizacji pracy"). Tak postawiona teza zweryfikowana została za pomocą wywiadów oraz obserwacji prowadzonych podczas badań jakościowych. Badając wszystkie jednostki zaobserwowano, iż zmiany wynikające z nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która weszła w życie 1 stycznia 2008 r., spowodowały liczne problemy w zakresie funkcjonowania placówek służby zdrowia, będące efektem dostosowania prawa polskiego do norm prawa europejskiego. W szczególności dotyczyły one czasu pracy, sposobu i form prawnych jej świadczenia. Badania pokazały, że zachwiane zostały dotychczasowe standardy i normy w wielu aspektach zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej. Zaobserwowano, że w wyniku przyjętych zmian, zaburzone zostało dotychczasowe funkcjonowanie wszystkich jednostek. Dotychczasowe, „skostniałe", podejście w zakresie czasu pracy – w szczególności sposobu i formy pełnienia dyżurów medycznych – spotkało się z bardzo dużym oporem środowiska medycznego. W efekcie, wdrażanie nowych form i metod zarządzania czasem pracy odbywało się w atmosferze nerwowości oraz niepewności. Powodowało to liczne strajki oraz groźbę braku zapewnienia ciągłości opieki medycznej, a nawet likwidacji niektórych placówek służby zdrowia. Z obserwacji wynika, że wdrażanie metod zarządzania czasem pracy spowodowało dużą dezorganizację – odbywało się najczęściej bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego ze strony kadry zarządzającej oraz dużej niepewności po stronie personelu medycznego. Następstwem takiej sytuacji było pogorszenie nie tylko relacji interpersonalnych, ale przede wszystkim pogorszenie organizacji pracy w jednostkach służby zdrowia, które z kolei przyczyniło się do ograniczenia realizacji celów statutowych tychże jednostek – w szczególności z powodu braków kadrowych. Potwierdzają to również wyniki badań ilościowych – 34,2% badanych zdecydowanie zgadza się, a 17,1% raczej zgadza się, że przyjęte regulacje unijne pogorszyły organizację pracy w jednostce organizacyjnej. 14,3% ankietowanych zdecydowanie zgadza się, a 48,6% raczej zgadza się, że przyjęte regulacje ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej. Ponadto, aż 74,3% respondentów zdecydowanie zgadza się, a 8,6% raczej zgadza się, że dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów unijnych spowodowało braki kadrowe. W świetle tego, należy

uznać, iż **pierwsza hipoteza badawcza H_1**, mówiąca, iż jednostki służby zdrowia w Polsce stoją w obliczu licznych problemów dotyczących organizacji pracy, **została potwierdzona.**

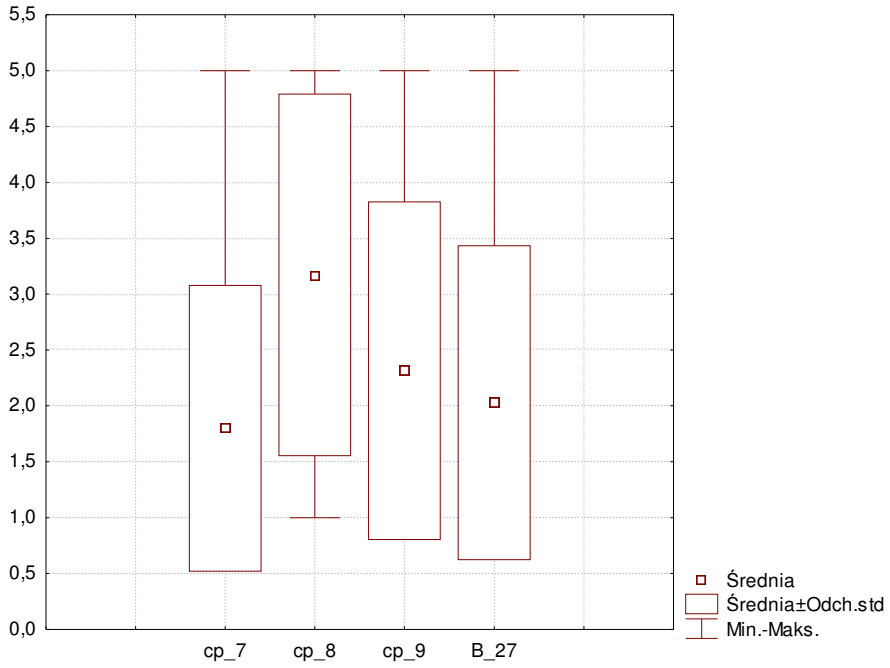
W następnej kolejności analizie statystycznej poddano **drugą hipotezę badawczą H_2** („wybór metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest dokonywany subiektywnie bez uwzględnienia ich realnych potrzeb"). Tak postawiona teza została zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych pytań postawionych w narzędziu badawczym (cp_7, cp_8, cp_9 oraz B_27). Wyniki analizy przedstawione są w tabeli nr 76. Graficzne odwzorowanie rozkładu średniej dla powyższych pytań przedstawia rysunek nr 63, natomiast rozkład mediany obrazuje rysunek nr 64.

Tabela 76. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących drugą hipotezę badawczą H_2

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
cp_7	35	1,80	1	1	2	1,28	1	5
cp_8	35	3,17	2	3	5	1,62	1	5
cp_9	35	2,31	1	2	3	1,51	1	5
B_27	35	2,03	1	1	3	1,40	1	5

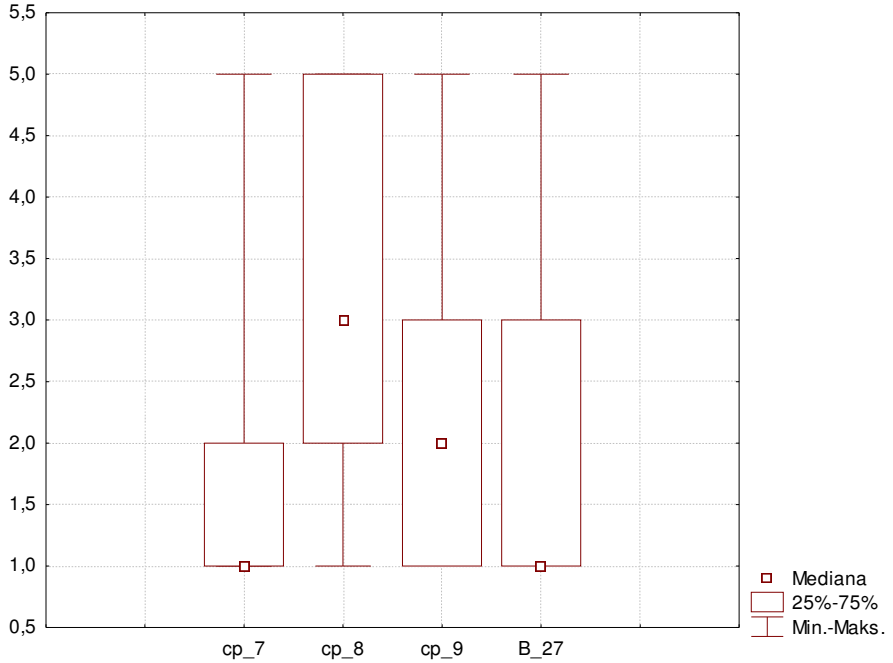
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 63. Rozkład średniej dla drugiej hipotezy badawczej H_2



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 64. Rozkład mediany dla drugiej hipotezy badawczej H_2



Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci w 60% zdecydowanie zgadzają się z pierwszym twierdzeniem składającym się na weryfikowaną hipotezę, mówiącym o tym, iż zastosowana metoda czasu pracy (system czasu pracy) została narzucona „odgórnie". 22,9% ankietowanych z powyższą tezą raczej zgadza się, 5,7% respondentów natomiast z takim sformułowaniem raczej nie zgadza się, a 8,6% ankietowanych z powyższą tezą zdecydowanie nie zgadza się. Zaledwie 2,8% ankietowanych nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi wynoszącą 1,80 punktu przy medianie równej 1 punkt oraz wartości kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 2 punktów, należy uznać, iż respondenci zgadzają się z postawioną tezą.

Respondentom trudno natomiast jest się odnieść do drugiego twierdzenia („wybór metody zarządzania czasem pracy dla jednostki organizacyjnej został dokonany subiektywnie"). O ile z powyższą tezą zgadza się 45,7% respondentów, o tyle 48,6% jest odmiennego zdania. Ponadto, 5,7% ankietowanych nie ma wyrobionej opinii na ten temat. Potwierdza to dodatkowo wartość średniej, wynosząca 3,17 punktu, oraz mediany na poziomie 3 punktów (przy wartościach kwartyla dolnego, wynoszącego 1 punkt, oraz górnego, wynoszącego 5 punktów). Taki rozkład odpowiedzi tylko potwierdza, że pracownicy nie mają decydującego wpływu na to, w jakim systemie czasu pracy pracują, co dowodzi słuszności postawionej drugiej hipotezy pomocniczej.

Z twierdzeniem nr 3 („wdrożona metoda zarządzania czasem pracy była podyktowana realnymi potrzebami jednostki organizacyjnej") zdecydowanie zgadza się 28,6% respondentów, 37,1% ankietowanych raczej zgadza się, 5,7% respondentów raczej nie zgadza się z postawionym twierdzeniem, 17,1% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z tak postawioną tezą, a 11,5% respondentów nie ma wyrobionego zdania na dany temat. Biorąc pod uwagę analizę statystyczną postawionego twierdzenia (średnia odpowiedzi 2,31 punktu przy medianie równej 2 punkty oraz wartości kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 3 punktów) oraz fakt, iż jest to twierdzenie odwrotne – o czym była mowa w rozdziale poprzednim – należy uznać, że respondenci zgadzają się z postawioną tezą. Potwierdzeniem tego jest rozkład odpowiedzi na ostatnie twierdzenie postawione w autorskim narzędziu pomocniczym („nie miałem żadnego wpływu na to, w jakim systemie czasu pracy pracuję"). Z twierdzeniem tym zdecydowanie zgadza się 37,1% ankietowanych, 11,4% respondentów raczej zgadza się z postawioną tezą, 22,9% ankietowanych raczej nie zgadza się z postawionym twierdzeniem, 25,7% respondentów zdecydowanie nie zgadza się z powyższym stwierdzeniem, natomiast 2,9% ankietowanych nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Biorąc pod uwagę średnią odpowiedzi wynoszącą 2,03 punktu przy medianie równej 1 punkt oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 3 punktów, można przyjąć, że respondenci zgadzają się z postawionym twierdzeniem. W świetle powyższego, należy uznać, iż **druga hipoteza badawcza H_2**, mówiąca, iż wybór metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest dokonywany subiektywnie bez uwzględnienia ich realnych potrzeb, **została potwierdzona.**

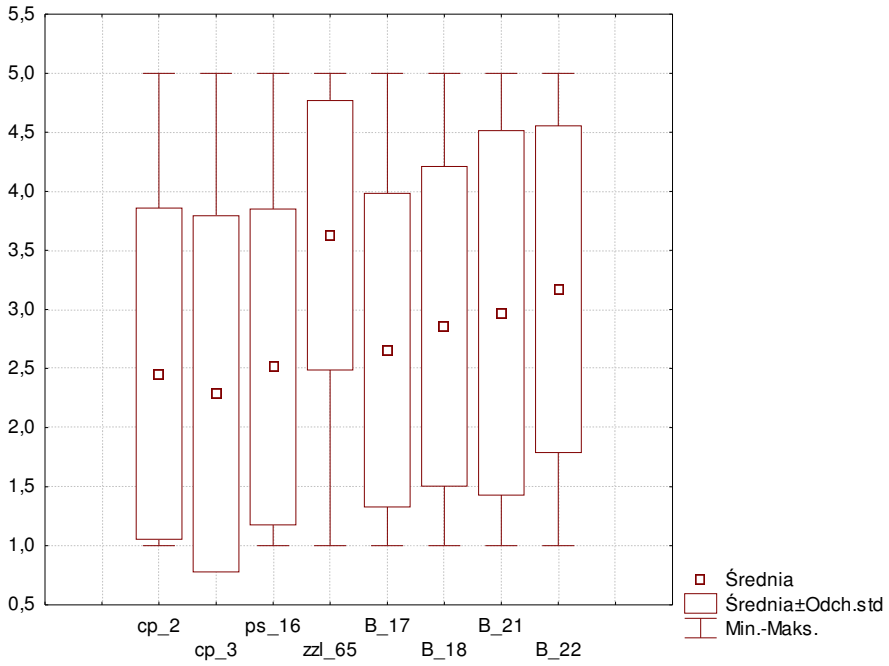
W dalszej kolejności analizie statystycznej poddano **trzecią hipotezę badawczą H_3** („wdrażanie metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia przyczynia się do dezorganizacji jej funkcjonowania"). Tak postawiona teza została zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych pytań postawionych w narzędziu badawczym (cp_2, cp_3, ps_16, zzl_65, B_17, B_18, B_21 oraz B_22). Wyniki analizy przedstawione są w tabeli nr 77. Graficzne odwzorowanie rozkładu średniej dla powyższych pytań przedstawia rysunek nr 65, natomiast rozkład mediany obrazuje rysunek nr 66.

Tabela 77. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących trzecią hipotezę badawczą H_3

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
cp_2	35	2,46	1	2	4	1,40	1	5
cp_3	35	2,29	1	2	4	1,51	1	5
ps_16	35	2,51	1	2	4	1,34	1	5
zzl_65	35	3,63	3	4	4	1,14	1	5
B_17	35	2,66	1	3	4	1,33	1	5
B_18	35	2,86	1	3	4	1,35	1	5
B_21	35	2,97	2	3	4	1,54	1	5
B_22	35	3,17	2	4	4	1,38	1	5

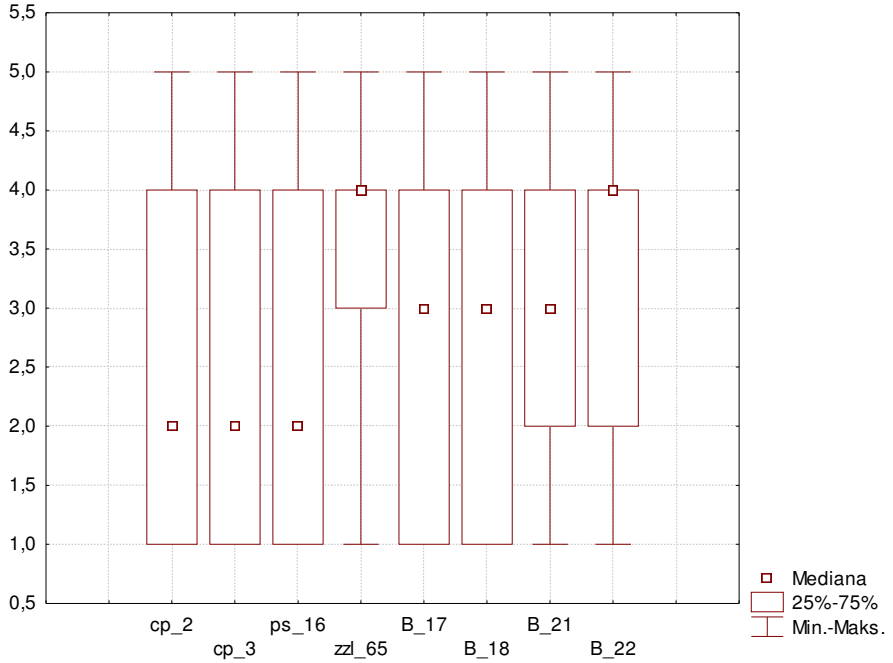
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 65. Rozkład średniej dla trzeciej hipotezy badawczej H_3



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 66. Rozkład mediany dla trzeciej hipotezy badawczej H_3



Źródło: Opracowanie własne.

Na twierdzenie nr 1 („przyjęte regulacje unijne pogorszyły organizację pracy w jednostce organizacyjnej") 34,3% respondentów stwierdziło, że zdecydowanie zgadza się z tak postawioną tezą, 28,6% ankietowanych uznało, iż raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem, nieco więcej, bo 31,4% respondentów uznało, że raczej nie zgadza się z postawioną tezą, natomiast 5,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgodziło się z tak sformułowanym twierdzeniem. Biorąc jednak pod uwagę średnią wartość odpowiedzi na poziomie 2,46 punktu przy wartości mediany równej 2 punkty (wartość dolnego kwartyla wyniosła 2 punkty, a górnego 4 punkty), można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Twierdzenie nr 2 („przyjęte regulacje ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej") 14,3% respondentów uznało za słuszne, wskazując, iż zdecydowanie zgadza się z tak postawioną tezą, 48,6% ankietowanych uznało, iż raczej zgadza się z postawioną tezą, 25,7% respondentów raczej nie zgodziło się z powyższym stwierdzeniem, natomiast 11,4% ankietowanych zdecydowanie nie zgodziło się z postawioną tezą. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,29 punktu oraz mediany na poziomie 2 punktów (przy wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu oraz górnego na poziomie 4 punktów) można uznać, iż respondenci raczej zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Z twierdzeniem nr 3 („przyjęte uregulowania unijne ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej") zdecydowanie zgadza się 28,6%, podobnie 28,6% respondentów raczej zgodziło się z postawiona tezą, 20% respondentów uważa, iż raczej nie zgadza się z taką tezą, 8,5% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z postawionym stwierdzeniem, natomiast 14,3% respondentów nie ma zdania. Wartość średniej odpowiedzi wyniosła 2,51 punktu przy medianie równej 2 punkty. Wartość dolnego kwartyla wyniosła 1 punkt, natomiast górnego kwartyla wyniosła 4 punkty. Prezentowane wartości statystyczne pozwalają więc uznać, iż respondenci zgadzają się ze sformułowaną tezą.

Kolejnym pytaniem mającym na celu zweryfikowanie postawionej hipotezy badawczej, jest twierdzenie, że „świadczenie pracy według stosowanej metody zarządzania czasem pracy znacząco usprawniło funkcjonowanie jednostki". Z tezą tą zdecydowanie zgadza się 2,8% respondentów, 37,1% ankietowanych raczej zgadza się, 25,7% respondentów raczej nie zgadza się, a 22,9% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się. Aż 11,5% respondentów nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Średnia odpowiedzi na poziomie 3,63 punktu (przy medianie równej 4 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 3 punktów i górnego na poziomie 4 punktów) pozwala uznać, że respondenci raczej nie zgadzają się z postawionym stwierdzeniem, a tym samym można wnioskować słuszności postawionej trzeciej hipotezy pomocniczej.

Z kolejnym twierdzeniem („praca w jednostce uległa znacznej zmianie i dezorganizacji") zdecydowanie zgadza się 28,6% badanych, 20% respondentów raczej zgadza się z postawioną tezą, 37,1% ankietowanych raczej nie zgadza się, a 2,8% respondentów zdecydowanie nie zgadza się z tak postawionym twierdzeniem. Aż 11,5% respondentów nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Średnia odpowiedzi na poziomie 2,66 punktu (przy medianie równej 3 punkty oraz wartościach kwartyli: dolnego na poziomie 1 punktu i górnego na poziomie 4 punktów) pozwala uznać, że respondenci raczej zgadzają się z postawionym stwierdzeniem.

Z następnym twierdzeniem („komfort pracy uległ znacznemu pogorszeniu") zdecydowanie zgadza się 25,7% respondentów, 14,3% ankietowanych raczej zgadza się, 40% respondentów raczej nie zgadza się, a 5,7% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się. Aż 14,3% respondentów nie ma wyrobionego zdania w tym zakresie. Analizując jednak rozkład średniej odpowiedzi (2,86 punktu) oraz mediany (3 punkty), a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondentom trudno jest odnieść się do tego twierdzenia, jednak występuje pewna tendencja w kierunku „raczej zgadzam się".

Również trudno jest odnieść się respondentom do kolejnego twierdzenia („gorzej mi się pracuje"). Ze stwierdzeniem tym zdecydowanie zgadza się 22,9% ankietowanych, 25,6% respondentów raczej zgadza się, 22,9% ankietowanych raczej nie zgadza się, podobny odsetek (22,9%) zdecydowanie nie zgadza się z powyższym twierdzeniem. 5,7% respondentów nie posiada wyrobionego na ten temat zdania. Biorąc pod uwagę rozkład średniej odpowiedzi (2,97 punktu) oraz mediany (3 punkty), a także wartości kwartyli: dolnego (2 punkty) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondentom trudno jest odnieść się do tego twierdzenia.

Inaczej przedstawia się sytuacja z ostatnim twierdzeniem („nie mogę w pełni wykorzystać swojego potencjału"). Z tak postawioną tezą zdecydowanie zgadza się 20% respondentów, 14,3% ankietowanych raczej zgadza się, 48,6% respondentów raczej nie zgadza się, a 11,4% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z postawionym twierdzeniem. 5,7% respondentów nie posiada wyrobionego zdania na ten temat. Analizując rozkład średniej odpowiedzi (3,17 punktu) oraz mediany (3 punkty), a także wartości kwartyli: dolnego (2 punkty) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondentom trudno jest odnieść się do tego twierdzenia, jednak występuje pewna tendencja w kierunku „raczej nie zgadzam się", co dowodzi słuszności postawionej pomocniczej hipotezy badawczej. W świetle powyższego, należy uznać, że **trzecia hipoteza badawcze H_3**, mówiąca, iż wdrażanie metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia przyczynia się do dezorganizacji jej funkcjonowania, **została potwierdzona.**

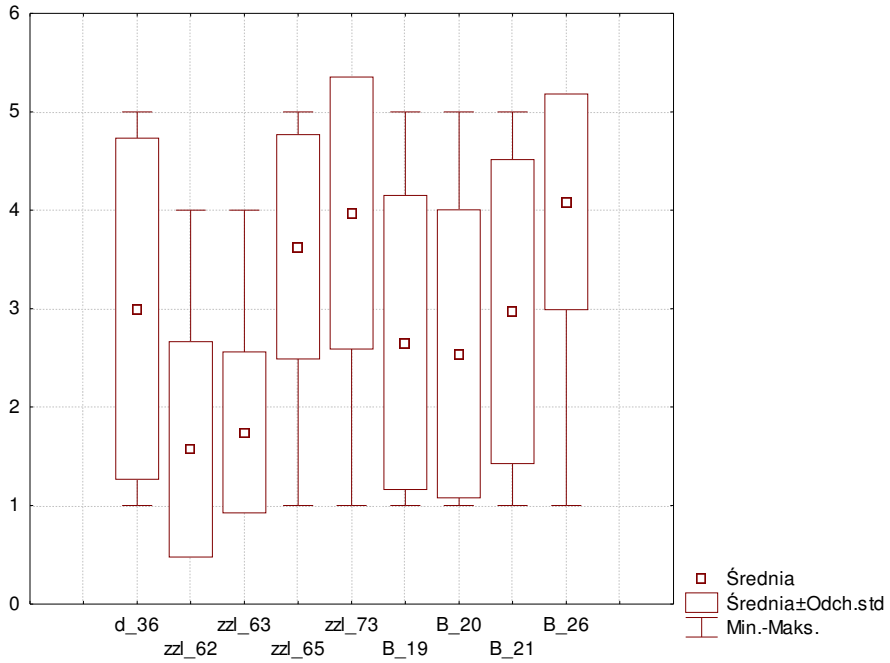
W ostatniej kolejności analizie statystycznej poddano **czwartą hipotezę badawczą H_4** („zmiany w zakresie wymiaru czasu pracy, które obowiązują w Polsce od 2008 roku, wpływają na problemy dotyczące równowagi zasobów ludzkich w poszczególnych jednostkach"). Tak postawiona teza została zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych twierdzeń postawionych w narzędziu badawczym (d_36, zzl_62, zzl_63, zzl_65, zzl_73, B_19, B_20, B_21 oraz B_26). Wyniki analizy przedstawione są w tabeli nr 78. Graficzne odwzorowanie rozkładu średniej dla powyższych pytań przedstawia rysunek nr 67, natomiast rozkład mediany obrazuje rysunek nr 68.

Tabela 77. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących czwartą hipotezę badawczą H_4

	N ważnych	Średnia	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Odch. Std.	Min.	Max.
d_36	35	3,00	1	3	5	1,73	1	5
zzl_62	35	1,57	1	1	2	1,09	1	4
zzl_63	35	1,74	1	2	2	0,82	1	4
zzl_65	35	3,63	3	4	4	1,14	1	5
zzl_73	35	3,97	3	5	5	1,38	1	5
B_19	35	2,66	1	2	4	1,49	1	5
B_20	35	2,54	1	2	4	1,46	1	5
B_21	35	2,97	2	3	4	1,54	1	5
B_26	35	4,09	4	4	5	1,09	1	5

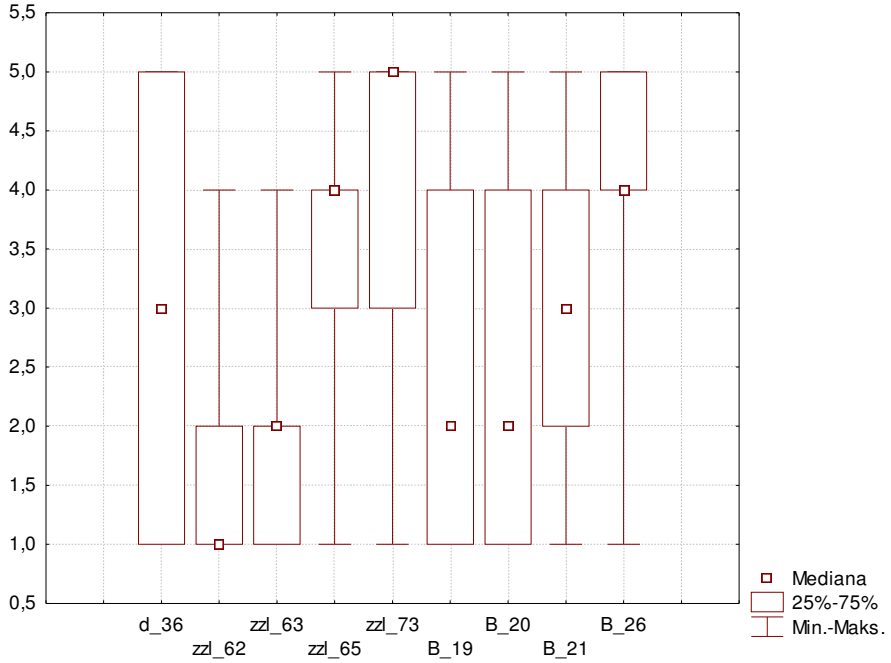
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 67. Rozkład średniej dla czwartej hipotezy badawczej H_4



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 68. Rozkład mediany dla czwartej hipotezy badawczej H_4



Źródło: Opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że z pierwszym twierdzeniem („w związku z ograniczeniem czasu pracy, w jednostce organizacyjnej wzrosło zatrudnienie") zdecydowanie zgadza się 31,4% respondentów, 17,1% ankietowanych raczej zgadza się, 11,5% respondentów raczej nie zgadza się, a 34,3% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się. Ponadto, 5,7% respondentów nie ma wyrobionego w tym zakresie zdania. Biorąc pod uwagę rozkład średniej odpowiedzi (3 punkty) oraz mediany (3 punkty), a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (5 punktów) można przyjąć, że respondentom trudno jest odnieść się do tego twierdzenia.

Inaczej przedstawia się rozkład odpowiedzi na drugie twierdzenie („dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów unijnych spowodowało braki kadrowe") – aż 74,3% respondentów zdecydowanie zgadza się z tak postawioną tezą. Zaledwie 8,6% ankietowanych raczej zgadza się, a 14,3% respondentów raczej nie zgadza się z powyższym twierdzeniem. Ponadto, 2,8% ankietowanych nie ma wyrobionego w tym zakresie zdania. Biorąc pod uwagę rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 1,57 punktu, mediany na poziomie 1 punktu, a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (2 punkty) można przyjąć, że respondenci zgadzają się z postawionym twierdzeniem.

Podobnie przedstawia się rozkład odpowiedzi na trzecie twierdzenie („dostosowanie do regulacji Unii Europejskiej przyczyniło się do stosowania elastycznych form zatrudnienia") –

42,9% respondentów zdecydowanie zgadza się, a 45,7% ankietowanych raczej zgadza się z powyższym twierdzeniem. Zaledwie 5,7% respondentów raczej nie zgadza się. Podobny odsetek badanych (5,7%) nie posiada wyrobionej opinii w tym zakresie. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 1,74 punktu, mediany na poziomie 2 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (2 punkty) można przyjąć, że respondenci zgadzają się z postawionym twierdzeniem.

W przypadku kolejnego twierdzenia („świadczenie pracy według stosowanej metody zarządzania czasem pracy znacząco usprawniło funkcjonowanie jednostki") zaledwie 2,8% respondentów zdecydowania zgadza się z taką tezą. 37,1% ankietowanych raczej zgadza się z postawionym twierdzeniem, natomiast 25,7% ankietowanych raczej nie zgadza się, a 22,9% zdecydowanie nie zgadza się ze słusznością przyjętej tezy, natomiast 11,5% ankietowanych nie ma wyrobionego zdania w tym obszarze. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 3,63 punktu, mediany na poziomie 4 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (3 punkty) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondenci nie zgadzają się z postawionym twierdzeniem, co dowodzi słuszności stawianej hipotezy pomocniczej.

Podobnie przedstawia się rozkład odpowiedzi na kolejne twierdzenie („stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie wymaga zwiększenia zatrudnienia"). 8,6% respondentów zdecydowanie zgadza się z tym twierdzeniem, 11,4% ankietowanych raczej zgadza się, 17,1% respondentów raczej nie zgadza się, a aż 54,3% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z przyjętą tezą, natomiast 8,6% respondentów nie ma zdania na ten temat. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 3,97 punktu, mediany na poziomie 5 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (3 punkty) oraz górnego (5 punktów) można przyjąć, że respondenci nie zgadzają się z postawionym twierdzeniem, co dowodzi słuszności stawianej hipotezy pomocniczej.

Respondenci odmiennie odnoszą się do kolejnego twierdzenia („mój zakres obowiązków znacznie się zwiększył") – 31,4% zdecydowanie zgadza się z powyższym stwierdzeniem, 25,7% ankietowanych raczej zgadza się, 31,4% respondentów raczej nie zgadza się, a 11,5% zdecydowanie nie zgadza się z postawionym twierdzeniem. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,66 punktu, mediany na poziomie 2 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondenci raczej zgadzają się z postawionym twierdzeniem.

Podobnie odnoszą się respondenci do kolejnego twierdzenia („mam więcej obowiązków") – 31,4% zdecydowanie zgadza się z postawioną tezą, podobny odsetek

(31,4%) ankietowanych raczej zgadza się, natomiast 25,7% respondentów raczej nie zgadza się, a 11,4% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z postawioną tezą. Biorąc pod uwagę rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,54 punktu, mediany na poziomie 2 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (1 punkt) oraz górnego (4 punkty) można przyjąć, że respondenci raczej zgadzają się z postawionym twierdzeniem.

Respondentom natomiast trudno jest się odnieść do kolejnego twierdzenia („gorzej mi się pracuje") – o ile 22,9% ankietowanych zdecydowanie zgadza się, a 25,6% raczej zgadza się, o tyle 22,9% ankietowanych raczej nie zgadza się i tyle samo (22,9%) respondentów zdecydowanie nie zgadza się z postawioną tezą. Ponadto 5,7% ankietowanych nie ma wyrobionego zdania w tym obszarze. Potwierdzają to analizy statystyczne. Rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 2,97 punktu, mediany na poziomie 3 punktów oraz wartości kwartyli: dolnego (2 punkty) oraz górnego (4 punkty) potwierdza, że respondentom trudno jest określić słuszność postawionej tezy.

Oceniając ostatnie twierdzenie („zmuszony zostałem do poszukiwania dodatkowego zatrudnienia") można zauważyć, że respondenci nie zgadzają się z jego treścią. Potwierdzają to następujące dane: zaledwie 2,8% ankietowanych zdecydowanie zgadza się z przyjętą tezą, a 11,4% badanych raczej zgadza się z postawionym twierdzeniem, natomiast 40% respondentów raczej nie zgadza się, a 42,6% ankietowanych zdecydowanie nie zgadza się z postawioną tezą. Ponadto 2,8% badanych nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Analizując rozkład średniej odpowiedzi na poziomie 4,09 punktu, mediany na poziomie 4 punktów, a także wartości kwartyli: dolnego (4 punkty) oraz górnego (5 punktów) można przyjąć, że respondenci nie zgadzają się z postawionym twierdzeniem, co z kolei dowodzi słuszności stawianej hipotezy pomocniczej. W świetle powyższego, należy uznać, że **czwarta hipoteza badawcza H_4**, mówiąca, iż zmiany w zakresie wymiaru czasu pracy, które obowiązują w Polsce od 2008 roku, wpływają na problemy dotyczące równowagi zasobów ludzkich w poszczególnych jednostkach, **została potwierdzona.**

6.4. Podsumowanie wyników badań

Jak zaznaczono na wstępie poprzedniego rozdziału, podjęte badania miały dać odpowiedź na **cztery** zasadnicze pytania dotyczące oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia.

Pierwsze pytanie dotyczyło poznania, czy w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia stosowane są szczególne metody zarządzania czasem pracy, a jeśli tak, to czy

możliwe jest ich zaadoptowanie i zaaplikowanie dla potrzeb zarządzania innymi jednostkami. Przeprowadzone badania jakościowe w losowo wybranych jednostkach ochrony służby zdrowia na terenie województwa śląskiego (w postaci obserwacji oraz wywiadów z kierownikami jednostek służby zdrowia oraz ordynatorami i pracownikami poszczególnych jednostek) wyraźnie pokazały, że możliwe jest wyodrębnienie czterech metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia, mianowicie: metodę podstawową (M1), metodę podstawowo-kontraktową (M2), metodę kontraktową (M3) oraz metodę hybrydową (M4). Metody te wyodrębniono na podstawie obserwacji kryteriów, kształtujących sposób świadczenia pracy – formy zatrudnienia, system czasu, harmonogramowania pracy („grafiki"), okresu rozliczeniowego, pracy w godzinach nadliczbowych, dyżurów medycznych, elastyczności czasu pracy oraz elastyczności zatrudnienia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej stosowaną metodą zarządzania czasem pracy (stanowiącą 37,1%), jest metoda podstawowo-kontraktowa. Na drugim miejscu jest metoda hybrydowa (M4), stanowiąca 34,3% ogółu badanych jednostek, 20% ogółu badanej próby korzysta z podstawowej metody zarządzania czasem pracy (M1), natomiast najmniej, ponieważ zaledwie 8,6% jednostek, korzysta z kontraktowej metody zarządzania czasem pracy.

Należy w tym miejscu jednak podkreślić, że ze względu na dużą rozbieżność stosowania poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, niemożliwe jest generalizowanie ich dla danej placówki służby zdrowia jako całości – stąd badania skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy prowadzone były dla poszczególnych jednostek organizacyjnych (oddziałów, poradni) – nie zaś dla placówek służby zdrowia jako całości.

Drugie pytanie dotyczyło zakresu możliwości oraz ograniczeń stosowania różnych metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia. W tym celu wyodrębniono grupy oddziałów charakteryzujących się podobnym profilem działalności (porównaj tabela nr 22). Wśród grupy ginekologii, stanowiącej 17,1% ogółu badanych jednostek, 66% pracuje według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4), natomiast 34% wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Wśród grupy chirurgii, stanowiącej 8,6% ogółu badanych jednostek, 33,3% pracuje według podstawowej metody zarządzania czasem pracy (M1), 33,3% wykorzystuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), natomiast pozostałe 33,3% stosuje hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4). Wśród grupy interny, stanowiącej 11,4% ogółu badanych

jednostek, wszystkie oddziały – 100% – stosują hybrydową metodę zarządzania czasem pracy (M4). Natomiast w przypadku poradni, stanowiących 14,3% ogółu badanych jednostek, 20% stosuje podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2), 60% wykorzystuje kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M3), a pozostałe 20% pracuje według hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4). W przypadku grupy anestezjologii, stanowiącej 11,4% ogółu badanych jednostek, wszystkie oddziały – 100% – stosują podstawowo-kontraktową metodę zarządzania czasem pracy (M2). Pozostała grupa, stanowiąca 37,2% ogółu badanych jednostek, składa się z oddziałów małych, pojedynczych, których nie można połączyć w podobne grupy. Takie działanie miało na celu jak najdokładniejsze zbadanie skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach organizacyjnych oraz stanowiło podstawę do prowadzenia dalszych badań ilościowych.

Trzecie pytanie dotyczyło poznania i oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy stosowanych w placówkach służby zdrowia pod kątem realizacji ich celów statutowych i strategicznych. Opracowane autorskie narzędzia badawcze umożliwiły przeprowadzenie stosownych obliczeń i wskazanie obszarów (wymiarów), w których dane metody okazały się skuteczne.

I tak, dla kryterium „forma zatrudnienia" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy M4 jest skuteczniejsza niż metoda podstawowa M1 oraz pozostałe metody – podstawowo-kontraktowa M2 oraz kontraktowa M3.

Dla kryterium „forma zatrudnienia" dla wymiaru „komfort pracy" metoda podstawowa M1 jest bardziej skuteczna niż hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy M4, ponieważ lepiej umożliwia realizację celów tym placówkom, które pracują według tej metody.

Dla kryterium „forma zatrudnienia" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" hybrydowa metoda zarządzania czasem pracy M4 – pod względem jakości świadczonych usług, realizacji celów oraz ilości obowiązków pracowników – jest skuteczniejsza niż metoda podstawowa M1 oraz metoda podstawowo-kontraktowa M2.

W przypadku kryterium „dyżury medyczne" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" metoda M4 jest bardziej skuteczna od metody M1, ponieważ nie powoduje wzrostu zatrudnienia oraz nie ogranicza dostępności pracowników do świadczonych usług.

W przypadku kryterium „dyżury medyczne" dla wymiaru „dostępność dla pacjentów" metoda M2 jest bardziej skuteczna od metody M4.

Dla kryterium „system czasu pracy" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" metody zarządzania czasem pracy, wykorzystujące równoważny system czasu pracy (M3 i M4), są bardziej skuteczne niż metoda podstawowa M1.

W przypadku kryterium „praca w godzinach nadliczbowych" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" najbardziej skuteczną metodą jest metoda hybrydowa M4, natomiast najmniej sprawdza się metoda podstawowa M1.

Natomiast dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych" dla wymiaru „uzupełnianie ZL" bardziej skuteczną jest również metoda hybrydowa M4, natomiast pozostałe metody – z wyłączeniem metody kontraktowej M3 – są nieskuteczne, ponieważ prowadzą do braków kadrowych oraz spadku motywacji pracowników.

Dla kryterium „elastyczność czasu pracy" dla wymiaru „pobyt pacjenta" najbardziej skuteczna jest metoda hybrydowa M4.

Natomiast dla kryterium „elastyczność czasu pracy" dla wymiaru „dostępność dla pacjentów", a więc wpływu stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników pod kątem ich ilości oraz ilości hospitalizacji bardziej skutecznymi metodami są metoda podstawowa M1 oraz podstawowo-kontraktowa M2. Należy jednak zaznaczyć, że odnosi się to do oddziałów małych. Dla oddziałów średnich oraz dużych bardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy jest metoda hybrydowa M4.

Podobnie przypadku kryterium „elastyczność czasu pracy" dla wymiaru „uzupełnianie ZL", a więc sposobu pozyskiwania oraz motywowania pracowników dla realizacji celów jednostki w danej metodzie zarządzania czasem pracy, bardziej skutecznymi metodami są metoda podstawowa M1 oraz podstawowo-kontraktowa M2. Należy jednak zaznaczyć, że odnosi się to do oddziałów małych. Dla oddziałów średnich oraz dużych – biorąc pod uwagę wcześniej omówione wyniki – bardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy jest metoda hybrydowa M4.

Dla kryterium „elastyczność zatrudnienia" dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" metoda podstawowa M1 oraz metoda podstawowo-kontraktowa M2 są nieskuteczne w porównaniu z metodami kontraktową M3 oraz M4, ponieważ – poprzez ograniczenie dostępności do usług medycznych oraz wykonywanie większej ilości obowiązków przez taką samą ilość pracowników – są nieskuteczne.

Należy podkreślić, iż dla pozostałych kryteriów występuje jednakowa skuteczność, a zatem można uznać, że dla danych wymiarów wszystkie metody zarządzania czasem pracy

charakteryzują się jednakowym poziomem skuteczności, a więc realizacja celów badanych jednostek odbywa się na porównywalnym poziomie.

Ostatnie, **czwarte**, pytanie miało dać odpowiedź, która ze stosowanych metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia jest najbardziej skuteczna dla potrzeb zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Analizując uzyskane wyniki, w szczególności zaprezentowane powyżej wpływy poszczególnych kryteriów wyznaczających metody zarządzania czasem pracy, na ich skuteczność, należy zaznaczyć, iż wszystko zależy od specyfiki i wielkości badanych jednostek. Można jednak uznać, iż najbardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy jest metoda hybrydowa M4. Metoda ta bowiem łączy w sobie nie tylko wszystkie kryteria zapewniające lepszą realizację celów jednostek, ale również umożliwia pełną elastyczność, zwłaszcza pod kątem czasu pracy oraz zatrudnienia. Co więcej, z przeprowadzonych badań – w szczególności obserwacji i symulacji – wynika, że zastosowanie tej metody w średnich lub dużych oddziałach daje konkretne – mierzalne – efekty finansowe w postaci redukcji kosztów pracy.

ZAKOŃCZENIE

Głównym celem niniejszej pracy była identyfikacja metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia oraz ocena ich skuteczności pod kątem realizacji celów statutowych tych jednostek.

Na podstawie analiz, dyskusji literaturowych oraz zestawień empirycznych, opartych w szczególności na wywiadach swobodnych, obserwacjach uczestniczących oraz analizie dokumentów wewnętrznych – wyodrębniono metody zarządzania czasem pracy, stosowane w jednostkach służby zdrowia, a następnie opracowano własne narzędzia badawcze w postaci kwestionariuszy ankiety. Badania przeprowadzono na podstawie danych uzyskanych w prowadzonych badaniach ankietowych. Uzyskane wyniki stały się podstawą do dokonania oceny skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy pod kątem realizacji celów statutowych i strategicznych jednostek służby zdrowia.

W związku z przeprowadzonymi badaniami, dotyczącymi identyfikacji metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia oraz ich skuteczności pod kątem realizacji celów statutowych tych jednostek, można podkreślić, że w placówkach służby zdrowia możliwe jest stosowanie różnych metod zarządzania czasem pracy, które różnią się między sobą skutecznością. W związku z tym główny cel badań został zrealizowany.

Oprócz tego celu sformułowano również dodatkowe cele uzupełniające. Pierwszy zmierzał do określenia istoty i specyfiki funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia. Kwestiom tym poświęcono w szczególności rozdział pierwszy oraz trzeci niniejszej pracy. Rozważania obu rozdziałów wskazują na to, że pierwszy cel uzupełniający został zrealizowany. Drugim celem uzupełniającym była identyfikacja metod zarządzania czasem pracy stosowanych w placówkach służby zdrowia. Punktem wyjścia dla badań była analiza literaturowa zagadnień związanych z podstawowymi narzędziami oraz metodami zarządzania czasem pracy. Szczegółowo zagadnienia te zostały omówione w rozdziale czwartym niniejszej pracy, dzięki czemu drugi cel uzupełniający został zrealizowany. Kolejnym celem uzupełniającym, wynikającym bezpośrednio z poprzedniego, był trzeci cel uzupełniający, który zakładał zbadanie możliwości oraz ograniczeń stosowania poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia. Mając to na uwadze dokonano licznych obserwacji oraz wywiadów z pracownikami służby zdrowia, zarówno dyrektorami, jak i kierownikami oddziałów oraz szeregowymi pracownikami. Efektem tego stało się

wyróżnienie – zawartych w narzędziu badawczym – szeregu wymiarów, badających obszary stosowania wybranych metod zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia. Znajduje to odzwierciedlenie w podrozdziale 6.2.4., w którym dodatkowo dokonano analizy korelacji poszczególnych wymiarów. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań można uznać, że trzeci cel uzupełniający został zrealizowany. Ostatnim celem uzupełniającym było wskazanie skutecznej metody zarządzania czasem pracy dla potrzeb zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Zagadnieniu temu poświęcono rozdział drugi. Natomiast szczegółowa analiza statystyczna dotycząca analizy skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy została zawarta w podrozdziałach 6.2.1., 6.2.2. oraz 6.2.3. Mając na uwadze obszar tematyczny rozdziału drugiego oraz uzyskane wyniki można uznać, że czwarty cel uzupełniający został zrealizowany.

Poza celem podstawowym badań oraz celami uzupełniającymi, przyjęto również cel aplikacyjny badań. Zmierzał on do opracowania skutecznej metody zarządzania czasem na potrzeby zarządzania placówkami ochrony zdrowia, umożliwiającej optymalną realizację ich celów statutowych oraz skuteczne wykorzystanie zasobów ludzkich poprzez praktyczne zastosowanie odpowiednich form zatrudnienia. Badania literaturowe, wywiady, obserwacje, analiza dokumentów wewnętrznych, przeprowadzone symulacje oraz analiza statystyczna materiału empirycznego, pozwoliły na wskazanie obszarów oraz kryteriów wyznaczających metody zarządzania czasem pracy, które umożliwiły wskazanie najbardziej skutecznej metody zarządzania czasem pracy w jednostkach służby zdrowia. Uznano, że najbardziej skuteczną metodą zarządzania czasem pracy w tych jednostkach jest metoda hybrydowa M4, która łączy w sobie nie tylko wszystkie kryteria zapewniające lepszą realizację celów jednostek, ale również umożliwia pełną elastyczność, zwłaszcza pod kątem czasu pracy oraz zatrudnienia. Zastosowanie tej metody w średnich lub dużych oddziałach daje konkretne – mierzalne – efekty finansowe w postaci redukcji kosztów pracy. W związku z tym można uznać, iż cel aplikacyjny badań został zrealizowany.

Podjęte w pracy analizy miały na celu udowodnienie czterech założeń badawczych i uzasadnienie tezy głównej. Pierwsza z postawionych w pracy hipotez badawczych zakładała, iż jednostki służby zdrowia w Polsce stoją w obliczu licznych problemów dotyczących organizacji pracy. Weryfikacja tej hipotezy badawczej, przeprowadzona w oparciu o wyniki badań zamieszczone w podrozdziale 6.3., wskazuje, że zmiany wynikające z nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która weszła w życie 1 stycznia 2008 r., będące

efektem dostosowania prawa polskiego do norm prawa europejskiego, spowodowały istotne problemy w zakresie funkcjonowania placówek służby zdrowia. W szczególności odnosiły się one do czasu pracy, sposobu i form prawnych jej świadczenia. Przeprowadzone badania pokazały, że zachwiane zostały dotychczasowe standardy i normy w wielu aspektach zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej. Na ich podstawie ustalono, że w wyniku przyjętych zmian zaburzone zostało dotychczasowe funkcjonowanie wszystkich jednostek. Nowe podejście do zarządzania czasem pracy, w tym w szczególności do sposobów i form pełnienia dyżurów medycznych, spotkało się z bardzo dużym oporem środowiska medycznego. W efekcie, wdrażanie nowych form i metod zarządzania czasem pracy odbywało się w atmosferze nerwowości, niepewności i braku zaufania. Powodowało to niepokoje oraz groźbę braku zapewnienia ciągłości opieki medycznej, a nawet likwidację niektórych placówek służby zdrowia. Wdrażanie metod zarządzania czasem pracy przyczyniało się ponadto do dezorganizacji funkcjonowania tych jednostek. Odbywało się ono najczęściej bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego kadry zarządzającej i przy dużej niepewności personelu medycznego. Następstwem takiej sytuacji stało się pogorszenie nie tylko relacji interpersonalnych, ale także organizacji pracy w jednostkach służby zdrowia, co z kolei negatywnie wpłynęło na realizację ich celów statutowych. W świetle powyższego należy znać, że hipoteza badawcza H_1 została potwierdzona.

Druga hipoteza badawcza wskazywała, że wybór metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia jest dokonywany subiektywnie bez uwzględnienia ich realnych potrzeb. Tak postawione założenie zostało zweryfikowane za pomocą analizy statystycznej poszczególnych pytań sformułowanych w narzędziu badawczym (cp_7, cp_8, cp_9 oraz B_27). Wyniki zaprezentowane w podrozdziale 6.3. wskazują, że również hipoteza H_2 została potwierdzona.

Kolejne założenie badawcze wskazywało, że wdrażanie metod zarządzania czasem pracy w służbie zdrowia przyczynia się do dezorganizacji jej funkcjonowania. Teza ta została zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych pytań postawionych w narzędziu badawczym (cp_2, cp_3, ps_16, zzl_65, B_17, B_18, B_21 oraz B_22). Wyniki zaprezentowane w podrozdziale 6.3. wskazują, że hipoteza H_3 została potwierdzona.

Ostatnie z przyjętych założeń badawczych zakładało, że zmiany w zakresie wymiaru czasu pracy, które obowiązują w Polsce od 2008 roku, wpływają na problemy dotyczące równowagi zasobów ludzkich w poszczególnych jednostkach. Tak postawiona teza została

zweryfikowana za pomocą analizy statystycznej poszczególnych twierdzeń postawionych w narzędziu badawczym (d_36, zzl_62, zzl_63, zzl_65, zzl_73, B_19, B_20, B_21 oraz B_26). Wyniki zaprezentowane w podrozdziale 6.3. wskazują, że hipoteza H_4 została również potwierdzona.

Jako główne założenie badawcze niniejszej pracy przyjęto, że podstawowe normy zarządzania czasem pracy, które określa obowiązujące prawo polskie i reguły normatywne Unii Europejskiej, wpływają negatywnie na skuteczność funkcjonowania jednostek służby zdrowia, ograniczając realizację ich celów statutowych i strategicznych. Odnosząc się do wskazanego założenia:

- zidentyfikowano metody zarządzania czasem pracy,
- opracowano metodologię badania skuteczności metod zarządzania czasem pracy (rozdział V),
- przyjęto metodologię pozwalającą na poznanie skuteczności poszczególnych metod zarządzania czasem pracy,
- wskazano możliwe wymiary, w których odpowiednio stosowane metody zarządzania czasem pracy mogą poprawić skuteczność realizacji celów jednostek służby zdrowia,
- w oparciu o analizę skuteczności metod zarządzania czasem pracy, wskazano kwestie, które pozwolą na racjonalizację stosowanych metod oraz mogą przyczynić się do poprawy skuteczności realizacji celów statutowych i strategicznych jednostek służby zdrowia.

Także wyniki analizy statystycznej, zaprezentowane w podrozdziale 6.3., wskazują, że teza główna została potwierdzona.

W oparciu o przeprowadzone analizy, dyskusję literaturową, zebrany materiał empiryczny i uzyskane wyniki analiz statystycznych, można sformułować pewne wnioski i rekomendacje dla menedżerów placówek służby zdrowia, mające na celu racjonalizację podejmowanych przez nich działań z zakresu zarządzania czasem pracy.

Nadrzędnym wnioskiem płynącym z rozważań przeprowadzonych w niniejszej pracy jest stwierdzenie, iż w jednostkach służby zdrowia możliwe jest wyodrębnienie i stosowanie różnych metod zarządzania czasem pracy, a także, że metody te charakteryzują się różną skutecznością, biorąc pod uwagę realizację celów statutowych oraz strategicznych tych jednostek. Z przeprowadzonych badań wynika, iż – ze względu na dużą rozbieżność stosowania poszczególnych metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach

organizacyjnych – nie jest możliwe generalizowanie ich dla danej placówki służby zdrowia jako całości. Stąd też zastosowanie poszczególnych metod zarządzania czasem pracy należy rozpatrywać dla pojedynczych jednostek organizacyjnych (oddziałów, poradni), a nie dla placówek służby zdrowia jako całości. Wynika to przede wszystkim ze specyfiki funkcjonowania i profilu działalności poszczególnych jednostek. Wiedząc w jakich profilach oddziałów wykorzystywane są poszczególne metody zarządzania czasem pracy, można przeprowadzić pewną racjonalizację ich stosowania. Można więc uznać, że metody: podstawowa (M1) oraz podstawowo-kontraktowa (M2) są najbardziej skuteczne w przypadku stosowania ich w oddziałach małych, zatrudniających do pięciu lekarzy, oraz średnich, zatrudniających do dziesięciu lekarzy. Najczęściej są to oddziały dziecięce, ortopedyczne, dermatologiczne lub rehabilitacyjne. Metoda kontraktowa (M3) charakteryzuje się największą skutecznością w przyszpitalnych poradniach specjalistycznych. Natomiast metoda hybrydowa (M4) jest najbardziej skuteczna w przypadku stosowania jej w oddziałach średnich, zatrudniających do dziesięciu lekarzy, oraz dużych oddziałach, zatrudniających powyżej dziesięciu lekarzy, o profilu zabiegowym (ginekologia, chirurgia) i internistycznym. Spośród wyróżnionych i stosowanych w jednostkach służby zdrowia metod zarządzania czasem pracy najbardziej skuteczną metodą jest metoda hybrydowa (M4). Metoda ta łączy w sobie nie tylko wszystkie kryteria zapewniające lepszą realizację celów jednostek, ale również umożliwia pełną elastyczność, zwłaszcza pod kątem czasu pracy oraz zatrudnienia. Ponadto, zastosowanie tej metody w średnich lub dużych oddziałach daje konkretne, wymierne efekty finansowe w postaci redukcji kosztów pracy.

Odnosząc się do wymiarów, które determinują skuteczność metod zarządzania czasem pracy w poszczególnych jednostkach, należy wskazać na:

- pobyt pacjenta, czyli wpływ wdrożenia metody zarządzania czasem pracy na ciągłość opieki medycznej, czas pobytu pacjenta i wynikające z tego: procedury medyczne oraz realizacja kontraktu z NFZ,
- wskaźnik hospitalizacji, a więc zależność pomiędzy wdrożeniem norm unijnych w zakresie czasu pracy a wskaźnikiem hospitalizacji, ilością przyjmowanych pacjentów, czasem ich oczekiwania na przyjęcie oraz nakładami na opiekę medyczną,
- potrzeby pacjentów, a więc wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na dostępność pracowników dla pacjentów, zaspokajanie ich potrzeb, rozwój jednostki organizacyjnej oraz wykorzystanie (np. obłożenie łóżek) infrastruktury medycznej,

- jakość usługi, czyli wpływ stosowanej metody zarządzania czasem pracy na jakość realizacji usługi medycznej, wykorzystanie technik medycznych, jakość pracy zespołu oraz zadowolenie pacjentów,
- inne elementy zarządzania, czyli określenie zależności pomiędzy stosowaną metodą zarządzania czasem pracy a możliwościami dostosowania się danej jednostki organizacyjnej do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), możliwościami skutecznego planowania i organizowania procesów pracy, ustalaniem celów i zadań oraz zarządzaniem daną jednostką.

Na podstawie przeprowadzonych badań można również wskazać, które z kryteriów wyznaczających metody zarządzania czasem pracy wpływają na ich skuteczność względem poszczególnych wymiarów. I tak:

- forma zatrudnienia powoduje, że podstawowa metoda zarządzania czasem pracy (M1) jest najbardziej skuteczna dla wymiaru „komfort pracy", natomiast – po wyłączeniu metody kontraktowej (M3) – metoda hybrydowa staje się najbardziej skuteczna dla wymiaru „dostępność usługi medycznej",
- sposób pełnienia dyżurów medycznych ma istotny wpływ na skuteczność hybrydowej metody zarządzania czasem pracy (M4) dla wymiaru „dostępność usługi medycznej" oraz na skuteczność metody podstawowo-kontraktowej (M2) względem wymiaru „dostępność dla pacjentów". W obu wskazanych wymiarach wyróżnione metody są najbardziej skuteczne,
- system czasu pracy powoduje, że metody, które wykorzystują równoważny system czasu pracy (kontraktowa M3 i hybrydowa M4 metoda zarządzania czasem pracy), są bardziej skuteczne od metod, które charakteryzują się podstawowym systemem czasu pracy,
- świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych ma istotne znaczenie dla skuteczności metod zarządzania czasem pracy w dwóch wymiarach: „dostępność usługi medycznej" oraz „uzupełnianie ZL", dla których najbardziej skuteczną jest metoda hybrydowa (M4),
- elastyczność czasu pracy wpływa na skuteczność metod zarządzania czasem pracy w trzech wymiarach: „pobyt pacjenta", dla którego najbardziej skuteczną metodą jest metoda hybrydowa (M4), „dostępność dla pacjentów", dla którego najbardziej skutecznymi metodami są metoda podstawowa (M1) oraz podstawowo-kontraktowa

(M2) – dla jednostek małych, oraz metoda hybrydowa (M4) – dla jednostek średnich i dużych. Podobnie przedstawia się skuteczność metod zarządzania czasem pracy dla wymiaru „uzupełnianie ZL”,

- elastyczność zatrudnienia wpływa szczególnie na wymiar „dostępność usługi medycznej”, powodując, że metody M1 i M2 są nieskuteczne w porównaniu z metodami M3 i M4.

Przeprowadzone w niniejszej pracy badania pozwalają uznać, że dobrze dobrana metoda zarządzania czasem pracy w jednostce służby zdrowia może jej przynieść mierzalne oszczędności. Na podstawie dokonanej symulacji w trzech porównywalnych oddziałach wewnętrznych udowodniono, że prawidłowo dobrana metoda zarządzania czasem pracy (w tym wypadku M4) pozwoliła zredukować miesięczne koszty pracy o dziesięć tysięcy złotych (w odniesieniu do dotychczas stosowanej metody podstawowej M1). Mnożąc powyższą wartość przez ilość miesięcy w roku, ilość oddziałów oraz ilość szpitali w Polsce można zyskać oszczędności rzędu kilkuset milionów złotych rocznie.

Opierając się na przeprowadzonych analizach można ponadto wskazać, że:

- Przyjęcie i „odgórne” wprowadzenie w danej jednostce organizacyjnej metody zarządzania czasem pracy, wynikającej z dostosowania do prawa europejskiego, pogorszyło zarówno realizację jej celów, jak i zdeterminowało gorszą jakość pracy. Nie wpłynęło to jednak negatywnie na jakość świadczonych usług medycznych i nie obniżyło wskaźnika hospitalizacji, co przejawiałoby się „odpływem” pacjentów do innych jednostek oraz wydłużeniem się średniego czasu oczekiwania na przyjęcie.
- Wdrożenie stosowanych metod zarządzania czasem pracy nie ograniczyło dostępności do usług medycznych świadczonych przez daną jednostkę, a wdrożone metody zarządzania czasem pracy nie powodują, iż pracownicy wykonują więcej obowiązków.
- Stosowane metody zarządzania czasem pracy umożliwiają pełną dostępność personelu dla pacjentów Oznacza to, że są oni zawsze przyjmowani, a ich potrzeby są w pełni zaspokajane. Ponadto, stosowane metody zarządzania czasem pracy dają możliwość stopniowego rozwoju jednostki oraz stwarzają lepsze możliwości wykorzystania infrastruktury medycznej pod kątem realizacji potrzeb pacjentów.
- Dostosowanie ram prawnych funkcjonowania jednostek służby zdrowia do wymogów Unii Europejskiej nie ograniczyło dostępności danej jednostki dla pacjentów oraz nie

ograniczyło ilości hospitalizacji. Wdrożone metody zarządzania czasem pracy umożliwiają bardziej racjonalne wykorzystanie personelu, co ma istotne znaczenie dla pacjentów, oraz poprawiają jakość dotychczasowej pracy zespołu.

- Stosowane metody zarządzania czasem pracy w pełni umożliwiają dostosowanie się jednostek do otoczenia (poprzez identyfikację jej mocnych i słabych stron), a także umożliwiają skuteczne planowanie i organizowanie procesów pracy, ustalanie celów i zadań, jak i zarządzanie daną jednostką. Stosowane metody zarządzania czasem pracy pozwalają na koordynację działań z innymi jednostkami oraz dają możliwość formułowania oczekiwań względem poszczególnych osób i ról pełnionych przez nie w danej jednostce.
- Dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów Unii Europejskiej zwiększyło migrację personelu i nie wpłynęło w znaczący sposób na wzrost wynagrodzeń pracowników. Spowodowało jednak braki kadrowe i konieczność zwiększenia zatrudnienia.

Przeprowadzone w niniejszej pracy analizy pozwalają również na wskazanie zaleceń dla praktyki zarządzania publicznymi placówkami służby zdrowia. Zgodnie z nimi należy:

1. Zweryfikować dotychczas stosowane w jednostkach opieki zdrowotnej metody zarządzania czasem pracy, dążąc do ich ujednolicenia i uniwersalizacji. W tym zakresie pomocne mogą okazać się centra wymiany wiedzy, specjalistyczne forum lub inna forma wymiany wiedzy i doświadczeń w skali ogólnokrajowej.
2. Dokonać weryfikacji zasobów ludzkich pod kątem zapewnienia realizacji celów statutowych. W szczególności powinno się stosować restrukturyzację naprawczą, obejmującą między innymi reorganizację dotychczasowych, sztywnych, „skostniałych" struktur organizacyjnych. Reorganizacja ta powinna dotyczyć zarówno personelu „białego", jak i administracji, której powinno się przekazać więcej samodzielności i niezależności w podejmowaniu decyzji.
3. Zweryfikować dotychczas stosowane formy zatrudnienia i zwrócić szczególną uwagę na zatrudnienie pozapracownicze oraz możliwości i korzyści, jakie daje stosowanie elastycznych form zatrudnienia, zwłaszcza u progu rozwoju e-medycyny czy telemedycyny.

SPIS RYSUNKÓW

	Tytuł	Str.
Rysunek 1.	Procedura badań empirycznych…….	9
Rysunek 2.	Placówka służby zdrowia jako system społeczno-techniczny……...	15
Rysunek 3.	Hierarchia celów w organizacji…….	16
Rysunek 4.	Pojęcia związane ze skutecznością w sensie largo……	35
Rysunek 5.	Zależność pomiędzy pracownikami, zadaniem a zarządzaniem czasem	42
Rysunek 6.	Elastyczne formy świadczenia pracy…….	72
Rysunek 7.	Schemat zarządzania czasem w placówkach służby zdrowia……	87
Rysunek 8.	Harmonogram jednomiesięczny, pięciogodzinny czas pracy……	107
Rysunek 9.	Harmonogram trzymiesięczny, pięciogodzinny czas pracy……...	108
Rysunek 10.	Harmonogram jednomiesięczny, dwunastogodzinny czas pracy, system równoważnego czasu pracy……...	109
Rysunek 11.	Harmonogram jednomiesięcznej pracy lekarza z pełnieniem dwudziestoczterogodzinnej opieki medycznej……..	112
Rysunek 12.	Model badawczy……	119
Rysunek 13.	Procedura prowadzenia badań……...	121
Rysunek 14.	Procentowy udział metod zarządzania czasem pracy w ogóle badanych jednostek…….....	168
Rysunek 15.	Rozkład średnich dla wszystkich jednostek organizacyjnych……...	171
Rysunek 16.	Rozkład mediany dla wszystkich jednostek organizacyjnych……...	171
Rysunek 17.	Rozkład średniej dla wymiaru „komfort pracy” dla grup jednostek……..	178
Rysunek 18.	Rozkład mediany dla wymiaru „komfort pracy” dla grup jednostek……	178
Rysunek 19.	Rozkład średniej dla wymiaru „dobór metody” dla grup jednostek……..	182
Rysunek 20.	Rozkład mediany dla wymiaru „dobór metody” dla grup jednostek…….	183
Rysunek 21.	Rozkład średniej dla wymiaru „realizacja celów” dla grup jednostek…..	185
Rysunek 22.	Rozkład mediany dla wymiaru „realizacja celów” dla grup jednostek….	185
Rysunek 23.	Rozkład średniej dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji” dla grup jednostek……	188
Rysunek 24.	Rozkład mediany dla wymiaru „wskaźnik hospitalizacji” dla grup jednostek……	188

Rysunek 25. Rozkład średniej dla wymiaru „potrzeby pacjentów” dla grup jednostek 191
Rysunek 26. Rozkład mediany dla wymiaru „potrzeby pacjentów” dla grup jednostek 192
Rysunek 27. Rozkład średniej dla wymiaru „dostępność dla pacjentów” dla grup jednostek…… 193
Rysunek 28. Rozkład mediany dla wymiaru „dostępność dla pacjentów” dla grup jednostek…… 194
Rysunek 29. Rozkład średniej dla wymiaru „jakość usługi” dla grup jednostek……... 196
Rysunek 30. Rozkład mediany dla wymiaru „jakość usługi” dla grup jednostek…….. 196
Rysunek 31. Rozkład średniej dla wymiaru „efekt medyczny” dla grup jednostek….. 198
Rysunek 32. Rozkład mediany dla wymiaru „efekt medyczny” dla grup jednostek….. 198
Rysunek 33. Rozkład średniej dla wymiaru „dostosowanie do UE” dla grup jednostek…… 201
Rysunek 34. Rozkład mediany dla wymiaru „dostosowanie do UE” dla grup jednostek…… 201
Rysunek 35. Rozkład średniej dla wymiaru „równowaga ZL” dla grup jednostek…… 204
Rysunek 36. Rozkład mediany dla wymiaru „równowaga ZL”….. 204
Rysunek 37. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 208
Rysunek 38. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej” 209
Rysunek 39. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „komfort pracy” – po usunięciu metody M3……. 225
Rysunek 40. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „komfort pracy” – po usunięciu metody M3……. 225
Rysunek 41. Rozkład średniej dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej” – po usunięciu metody M3……. 227
Rysunek 42. Rozkład mediany dla kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej” – po usunięciu metody M3……. 228
Rysunek 43. Rozkład średniej dla kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 231
Rysunek 44. Rozkład mediany dla kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 232

Rysunek 45. Rozkład średniej dla kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostępność dla pacjentów”……... 240
Rysunek 46. Rozkład mediany dla kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostępność dla pacjentów”……... 240
Rysunek 47. Rozkład średniej dla kryterium „system czasu pracy”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 250
Rysunek 48. Rozkład mediany dla kryterium „system czasu pracy”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 251
Rysunek 49. Rozkład średniej dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……... 254
Rysunek 50. Rozkład mediany dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……... 255
Rysunek 51. Rozkład średniej dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wymiar „uzupełnianie ZL”…… 256
Rysunek 52. Rozkład mediany dla kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wymiar „uzupełnianie ZL”…… 257
Rysunek 53. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „pobyt pacjenta”……. 261
Rysunek 54. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „pobyt pacjenta”……. 262
Rysunek 55. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „dostępność dla pacjentów”……... 263
Rysunek 56. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „dostępność dla pacjentów”……... 264
Rysunek 57. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „uzupełnianie ZL”…….. 265
Rysunek 58. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wymiar „uzupełnianie ZL”…….. 266
Rysunek 59. Rozkład średniej dla kryterium „elastyczność zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 269
Rysunek 60. Rozkład mediany dla kryterium „elastyczność zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……. 270

Rysunek 61. Rozkład średniej dla tezy głównej……. 277
Rysunek 62. Rozkład mediany dla tezy głównej…… 277
Rysunek 63. Rozkład średniej dla drugiej hipotezy badawczej H_2 ……... 282
Rysunek 64. Rozkład mediany dla drugiej hipotezy badawczej H_2 …….. 283
Rysunek 65. Rozkład średniej dla trzeciej hipotezy badawczej H_3 ……... 285
Rysunek 66. Rozkład mediany dla trzeciej hipotezy badawczej H_3 …….. 286
Rysunek 67. Rozkład średniej dla czwartej hipotezy badawczej H_4 ……. 289
Rysunek 68. Rozkład mediany dla czwartej hipotezy badawczej H_4 …… 290

SPIS TABLIC

	Tytuł	Str.
Tablica 1.	Otoczenie oraz istotne czynniki determinujące funkcjonowanie placówek służby zdrowia…….	12
Tablica 2.	Interesariusze związani bezpośrednio z funkcjonowaniem placówek służby zdrowia…….	13
Tablica 3.	Podmioty działające w sektorze służby zdrowia……..	18
Tablica 4.	Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce……...	21
Tablica 5.	Przegląd definicji skuteczności……	36
Tablica 6.	Przegląd wybranych definicji pojęcia „zarządzanie czasem”……..	85
Tablica 7.	Systemy czasu pracy stosowane w jednostkach służby zdrowia…….	104
Tablica 8.	Kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy – matryca taksonomiczna……..	125
Tablica 9.	Wykaz badanych jednostek służby zdrowia……	126
Tablica 10.	Podział próby badawczej ze względu na wielkość zatrudnienia……..	128
Tablica 11.	Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza merytorycznego…….	136
Tablica 12.	Ostateczne wymiary narzędzia badawczego dla kwestionariusza pomocniczego…….....	138
Tablica 13.	Interpretacja modułów dla narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)……..	140
Tablica 14.	Interpretacja modułów dla narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)…….	142

SPIS TABEL

	Tytuł	Str.
Tabela 1.	Stopień relacji celu a pojęcie skuteczności…….	35
Tabela 2.	Charakterystyka profilu oddziałów…….	127
Tabela 3.	Wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)…….	133
Tabela 4.	Wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)…….....	133
Tabela 5.	Ostateczne wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz merytoryczny)…….	139
Tabela 6.	Ostateczne wartości testu rzetelności α Cronbacha dla poszczególnych modułów narzędzia badawczego (kwestionariusz pomocniczy)…….....	139
Tabela 7.	Statystyki opisowe……..	146
Tabela 8.	Przyjęte przedziały korelacji…….....	150
Tabela 9.	Kryteria wyznaczające metody zarządzania czasem pracy w badanych jednostkach…….	155
Tabela 10.	Grupy oddziałów o podobnym profilu działalności…….....	168
Tabela 11.	Ocena skuteczności dla wszystkich jednostek organizacyjnych…….....	170
Tabela 12.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „komfort pracy”……..	177
Tabela 13.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostępność usługi medycznej”……..	180
Tabela 14.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „organizacja pracy”……	180
Tabela 15.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dobór metody”…….....	181
Tabela 16.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „wykonanie kontraktu”…….....	183
Tabela 17.	Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „realizacja celów”…….....	184

Tabela 18. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „pobyt pacjenta”……. 186
Tabela 19. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „wskaźnik hospitalizacji”……..... 187
Tabela 20. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „potrzeby pacjentów”…….. 190
Tabela 21. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostępność dla pacjentów”……..... 192
Tabela 22. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „jakość usługi”……. 195
Tabela 23. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „efekt medyczny”…….. 197
Tabela 24. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „inne elementy zarządzania”…… 199
Tabela 25. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „dostosowanie do UE”…… 200
Tabela 26. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „równowaga ZL”…… 203
Tabela 27. Ocena skuteczności dla poszczególnych grup jednostek. Wymiar „uzupełnianie ZL”…….. 206
Tabela 28. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „komfort pracy”…….. 207
Tabela 29. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dostępność usługi medycznej”…….. 208
Tabela 30. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „organizacja pracy”…… 210
Tabela 31. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „dobór metody”…….. 211
Tabela 32. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „wykonanie kontraktu”……... 212
Tabela 33. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia”. Wymiar „realizacja celów”……... 213

Tabela 34. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „pobyt pacjenta"……. 214
Tabela 35. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „wskaźnik hospitalizacji"……... 215
Tabela 36. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „potrzeby pacjentów"……. 216
Tabela 37. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność dla pacjentów"…… 217
Tabela 38. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „jakość usługi"…… 218
Tabela 39. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „efekt medyczny"……... 219
Tabela 40. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „inne elementy zarządzania"…….. 220
Tabela 41. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostosowanie do UE"…… 221
Tabela 42. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „równowaga ZL"…… 222
Tabela 43. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „uzupełnianie ZL"…….. 223
Tabela 44. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „komfort pracy" – po usunięciu metody M3…….. 224
Tabela 45. Ocena skuteczności względem kryterium „forma zatrudnienia". Wymiar „dostępność usługi medycznej" – po usunięciu metody M3…….. 226
Tabela 46. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „komfort pracy"…….. 229
Tabela 47. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dostępność usługi medycznej"…….. 230
Tabela 48. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „organizacja pracy"…… 232
Tabela 49. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne". Wymiar „dobór metody"…….. 233

Tabela 50. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „wykonanie kontraktu”……... 234
Tabela 51. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „realizacja celów”……... 235
Tabela 52. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „pobyt pacjenta”……. 236
Tabela 53. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „wskaźnik hospitalizacji”……... 237
Tabela 54. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „potrzeby pacjentów”…… 238
Tabela 55. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostępność dla pacjentów”…… 239
Tabela 56. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „jakość usługi”…… 241
Tabela 57. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „efekt medyczny”……... 243
Tabela 58. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „inne elementy zarządzania”…… 244
Tabela 59. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „dostosowanie do UE”…… 245
Tabela 60. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „równowaga ZL”…… 246
Tabela 61. Ocena skuteczności względem kryterium „dyżury medyczne”. Wymiar „uzupełnianie ZL”……... 247
Tabela 62. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy”. Odpowiedź „PODSTAWOWY”…… 248
Tabela 63. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy”. Odpowiedź „RÓWNOWAŻNY”……... 249
Tabela 64. Ocena skuteczności względem kryterium „system czasu pracy”. Wyniki testu U Manna-Whitney`a……... 249
Tabela 65. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Odpowiedź „TAK”……. 252

Tabela 66. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Odpowiedź „NIE”……... 253
Tabela 67. Ocena skuteczności względem kryterium „praca w godzinach nadliczbowych”. Wyniki testu U Manna-Whitney`a…….. 253
Tabela 68. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy”. Odpowiedź „TAK”……. 259
Tabela 69. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy”. Odpowiedź „NIE”……... 260
Tabela 70. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność czasu pracy”. Wyniki testu U Manna-Whitney`a…….. 260
Tabela 71. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia”. Odpowiedź „TAK”……. 267
Tabela 72. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia”. Odpowiedź „NIE”……... 268
Tabela 73. Ocena skuteczności względem kryterium „elastyczność zatrudnienia”. Wyniki testu U Manna-Whitney`a…….. 268
Tabela 74. Macierz korelacji…… 272
Tabela 75. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących tezę główną……... 276
Tabela 76. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących drugą hipotezę badawczą H_2 …….. 282
Tabela 77. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących trzecią hipotezę badawczą H_3 …….. 285
Tabela 77. Wyniki analizy statystycznej dla pytań tworzących czwartą hipotezę badawczą H_4 …….. 289

BIBLIOGRAFIA

Opracowania zwarte

1. Adamiak M., Umowy cywilne, Difin, Warszawa 2003.
2. Antoszkiewicz J. D., Techniki menedżerskie: skuteczne zarządzanie firmą, Poltext, Warszawa 2000.
3. Apanowicz J., Rutka R., Charakterystyka wiedzy o zarządzaniu, [w:] Czemiński A., Zarządzanie organizacjami, TNOiK, Toruń 2001.
4. Armstrong M., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
5. Baron-Wiaterek M., Instrumenty kształtowania kapitału ludzkiego i jego wartości na rynku pracy, [w:] Lipka A., Waszczak S. (red.), Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2007.
6. Baron-Wiaterek M., Instytucjonalno-prawne aspekty rynku pracy i promocji zatrudnienia, IPiSS, Warszawa 2008.
7. Baron-Wiaterek M., Prawne aspekty procesu kadrowego w przedsiębiorstwie, [w:] Limański A. (red.), Funkcjonowanie przedsiębiorstw w warunkach integracji i globalizacji, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania Marketingowego i Języków Obcych, Katowice 2003.
8. Baron-Wiaterek M., Stosunki pracy w procesie komercjalizacji i prywatyzacji w Polsce, [w:] Limański A., Stefanycz D. (red.), Podstawowe problemy zarządzania, Wydawnictwo Institutu Ekonomiki i Pidpriemnictwa i Wiszcza Szkoła Marketingowogo Uprawlinnija, Termopil-Katowice 2001.
9. Baron-Wiaterek M., Telepraca jako forma elastycznego zatrudnienia pracowników, [w:] Głąbicka K., Grewiński M. (red.), Wokół polityki społecznej, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Warszawa 2008.
10. Baron-Wiaterek M., Tools of Working Time Management, [in:] Bylok F., Cichobłaziński L. (ed.), Chosen Aspects of Managing Human Resources in Modern Organisations, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009.
11. Baron-Wiaterek M., Wspieranie zatrudnienia, [w:] Rączaszek A., Koczur W. (red.), Polityka społeczna w procesie integracji europejskiej. Przegląd problemów, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2006.

12. Baron-Wiaterek M., Zarządzanie strategiczne jako instrument diagnozy i planowania działań społecznych, [w:] Grewiński M., Karwacki A. (red.), Strategie w polityce społecznej, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2009.
13. Baron-Wiaterek M., Zarządzanie zasobami ludzkimi w samorządzie terytorialnym – nowe rozwiązania, [w:] Gagacka M., Głąbicka K. (red.), Współczesne wyzwania dla lokalnej polityki społecznej, PTPS, Radom 2009.
14. Barzycka-Banaszczyk M., Prawo pracy, C. H. BECK, Warszawa 2005.
15. Bednarczyk M., Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością, PWN, Warszawa-Kraków 2001.
16. Bessaraba R., Różańska A., Czas pracy, BESSARD-CONSULTING, Warszawa 2002.
17. Bielski M., Organizacje: istota, struktury, procesy, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992.
18. Bieniok H. (red.) Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2003.
19. Bieniok H. (red.), Zarządzanie małą firmą, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1995.
20. Bieniok H., Zarządzanie czasem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1999.
21. Binsztok A., Koncepcja organizacji wirtualnej oraz organizacji fraktalnej jako odpowiedź na turbulencję otoczenia gospodarczego, [w:] Niedzielska E. Dudycz H., Dyczkowski M., (red.), Nowoczesne technologie informacyjne w zarządzaniu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2004.
22. Bittel L. R., Krótki kurs zarządzania, PWN i McGraw-Hill, Warszawa-Londyn 1994.
23. Bliss E. C., Jak gospodarować swoim czasem, Wydawnictwo Podsiedlik-Raniowski i Spółka, Poznań 1992.
24. Bocchino W. A., Systemy informacyjne zarządzania: narzędzia i metody, WNT, Warszawa 1975.
25. Bojar E., Menedżer XXI wieku – ile wiedzy, ile umiejętności?, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2003.
26. Bratnicki M., Dylematy i pułapki współczesnego zarządzania, Gnome, PAN, Oddział Katowice, 2000.
27. Brian T., Zarządzanie czasem, Muza S. A., Warszawa 2007.

28. Bryston J. M., Finn C. B., Development and Use of Strategy Maps to Enhance Organisational Performance, [in:] Halachmi A., Bouckaert G. (eds.), The Challenge of Management in a Changing World, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1995.
29. Burda-Świerz K., Rozwój kapitału ludzkiego jako strategii działania nowoczesnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, [w:] Lisiecki M., Machowicz K., Sokół A. (red.), Nowoczesna administracja publiczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
30. Chobot A., Czas pracy w znowelizowanym Kodeksie pracy, Wydawnictwo Poznańskie Sp. z o. o., Poznań 2003.
31. Churchill G. A., Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne, PWN, Warszawa 2002.
32. Ciborski P., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej w 2008 roku, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o. o., Gdańsk 2008.
33. Clegg B., Błyskawiczne zarządzanie czasem, IFC PRESS, Kraków 2000.
34. Culyer A. J., The Moralisty of Efficiency in Health Care, [in:] King A., Hyclok Th., Thorton R., McMahon I. (eds.), North American Health Care Policy in the 1990s, Willy and Sons, Chichester 1993.
35. Czerwińska M., Profil cech menedżerskich w warunkach globalizacji i zaostrzającej się konkurencji, [w:] Bojar E. (red.), Menedżer XXI wieku w warunkach zaostrzającej się konkurencji, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2005.
36. Davidson J., Zarządzanie czasem, Liber Sp. z o. o., Warszawa 2002.
37. Depre R., Hondeghem A., Bodiguel J., Public Servants in Transition? [in:] Farnham D., Horton S., Barlow J., Hondeghem A. (eds.), New Public Managers in Europe, McMillan Press Ltd., London 1996.
38. Dittmer R. E., Znakomita organizacja czasu, Wydawnictwo HELION, Gliwice 2008.
39. Domański C., Statystyczne testy nieparametryczne, PWE, Warszawa 1979.
40. Domański C., Testy statystyczne, PWE, Warszawa 1980.
41. Domański S. R., Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy, PWN, Warszawa 1993.
42. Donaldson C., Gerard K. G., Economics of Health Care Financing: Visible Hand, MacMillan, Houndmills 1993.
43. Drucker P. F., Innovation and Entrepreneurship, Broadway Books, New York 1985.
44. Drucker P. F., Menedżer skuteczny, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 1994.

45. Drucker P. F., Myśli przewodnie Druckera, Wydawnictwo MT Biznes Sp. z o. o, Warszawa 2002.
46. Epstein M. J., Birchard B., Counting What Counts: Turning Corporate Accountability to Competitive Advantage, Perseus Books, Harlow 1999.
47. Ferguson G. A., Takane Y., Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice, PWN, Warszawa 1997.
48. Florek L., Europejskie prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1996.
49. Florek L., Europejskie prawo pracy, LexisNexis, Warszawa 2003.
50. Florek L., Polskie prawo pracy a standardy Unii Europejskiej, [w:] Lewandowski H., Polskie prawo pracy w okresie transformacji w świetle prawa wspólnotowego, SCHOLAR, Warszawa 1997.
51. Florek L., Zgodność polskiego prawa pracy z prawem europejskim, [w:] Sanetra W., Europeizacja polskiego prawa pracy, Warszawa 2004.
52. Fontana D., Zarządzanie czasem, PWN Warszawa 1999.
53. Forsyth P., Efektywne zarządzanie czasem, HELION, Gliwice 2003.
54. Fraczkiewicz-Wronka A., Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005.
55. Frąckiewicz L. (red.), Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1991.
56. Frąckiewicz L., Ochrona zdrowia w Polsce, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1987.
57. Frąckiewicz L., Polityka ochrony zdrowia, [w:] Frąckiewicz L. (red.), Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1991.
58. Frączkiewicz-Wronka A., Bratnicki M., O organizacjach publicznych i o przedsiębiorczym rozwoju, [w:] Zbiegień-Maciąg L., Beck E. (red.), Zarządzanie ludźmi w otoczeniu globalnym – pomiędzy „starym" a „nowym". Organizacje, ludzie, procesy, procedury, Wydawnictwo Akademii Górniczo-Hutniczej, Kraków 2006.

59. Frączkiewicz-Wronka A., Obszary restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia, [w:] Mikołajewicz Z. (red.), Społeczne i regionalne aspekty przemian strukturalnych w polskiej gospodarce, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Opole 2004.
60. Frączkiewicz-Wronka A., Rozważania o istocie zaistniałych trendów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia, [w:] Węgrzyn M., Wasielwski D. (red.), Koncepcje zmian w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Doświadczenia i propozycje na przyszłość, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2004.
61. Frieske K. W. (red.), Deregulacja polskiego rynku pracy, IPiSS, Warszawa 2003.
62. Gasińska M., Ochrona zdrowia i ubezpieczenie zdrowotne, [w:] Kurzynowski A. (red.), Polityka społeczna, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2006.
63. Gatnar E., Analiza czynnikowa – teoria i zastosowanie, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1998.
64. Gierszewska G., Romanowska M., Analiza strategiczna przedsiębiorstwa, PWE, Warszawa 1998.
65. Głąbicka J., Polityka społeczna. Pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2000.
66. Golinowska S. (red.), Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu, IPiSS, Warszawa 2007.
67. Golinowska S. (red.), Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności, IPiSS, Warszawa 1999.
68. Golinowska S., System reformy zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Ochrona Zdrowia w regionie – aspekty organizacyjne i prawne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005.
69. Gołębiowski T., Zarządzanie strategiczne. Planowanie i kontrola, Difin, Warszawa 2001.
70. Gramlewicz M., Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia, Śląsk, Katowice 2007.
71. Greń J., statystyka matematyczna – modele i zadania, PWN, Warszawa 1978.
72. Griffin R. W., Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 1998.

73. Gruz M., Kontrowersje wokół współczesnych problemów edukacji, ochrony zdrowia, kultury, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1997.
74. Gulski B., Prokop P., Skurzyńska-Sikora U., Szeloch Z., Podstawy organizacji i zarządzania, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Samorządu i Administracji, Lublin 2000.
75. Hamrol A., Mantura W., Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2002.
76. Hausner J. (red.), Studia z zakresu zarządzania publicznego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2001.
77. Holstein-Beck M., Być albo nie być menedżerem, INFOR, Warszawa 1997.
78. Jamka B., Kierowanie karierą pracowników instrumentem stabilizacji kadr, [w:] Rybak M. (red.), Kapitał ludzki a konkurencyjność przedsiębiorstw, Poltext, Warszawa 2003.
79. Janowska Z., Zarządzanie zasobami ludzkimi, PWE, Warszawa 2002.
80. Jasłowski J., eZdrowie jako szansa dla usprawnienia systemów opieki zdrowotnej-perspektywa europejska i jej implikacje dla Polski, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka L. (red.), Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym `08. Konwersja wiedzy, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2008.
81. Jończyk J., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, DIFIN, Warszawa 2008.
82. Kaplan R. S., Norton D. P., Strategiczna karta wyników, CIM, Warszawa 2001.
83. Karpiński A., Co warto wiedzieć o polityce gospodarczej rządów, ORGMASZ, Warszawa 1997.
84. Kast F., Rosenzweig J., Organization and Management, A Systems Approach, Mc Graw Hill, New York 1970, s. 120-121, [w:] Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2006.
85. Kettl D. F., The Global Public Management Revolution. A Report on the Transformation of Governance, Brookings Institution Press, Washington 2000.
86. Kostera M., Kownacki S., Zarządzanie potencjałem społecznym, [w:] Koźmiński A. K., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 2000.
87. Kostera M., Zarządzanie personelem, PWE, Warszawa 2000.
88. Kozioł L., Motywacja w pracy – determinanty ekonomiczno-organizacyjne, PWN, Warszawa-Kraków 2002.

89. Kozioł L., Zarządzanie czasem pracy, Antykwa, Kraków 2000.
90. Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa 1995.
91. Koźmiński K., Zarządzanie w warunkach niepewności. Podręcznik dla zaawansowanych, PWN, Warszawa 2004.
92. Kożuch B. (red.), Zarządzanie. Podstawowe zasady i funkcje, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000.
93. Kożuch B., Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji, Placet, Warszawa 2004.
94. Kromołowski H., Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach ochrony zdrowia, [w:] Bylok F., Cichobłaziński L. (red.), Problemy zarządzania zasobami ludzkimi w dobie globalizacji, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009.
95. Król H., Rozwój kapitału ludzkiego w przedsiębiorstwie, [w:] Ludwiczyński A., Stobińska K. (red.), Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim, Poltext, Warszawa 2001.
96. Krupski R., Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu, PWE, Warszawa 2005.
97. Krzyżanowski L., O podstawach kierowania organizacjami inaczej, PWN, Warszawa 1999.
98. Kubot Z., Dyżur medyczny po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, KLEMAR, Wrocław 2005.
99. Kubot Z., Harmonogramy Pracy. Karty czasu pracy. Karty wynagrodzeń, KLEMAR, Wrocław 2008.
100. Kubot Z., Odpoczynek lekarza po zakończeniu dyżuru medycznego, KLEMAR, Wrocław 2008.
101. Kubot Z., Praca lekarza po zakończeniu dyżuru medycznego, KLEMAR, Wrocław 2008.
102. Kubów A., Potrzeby społeczne jako wyznacznik zmian w infrastrukturze społecznej, [w:] Pisz Z. (red.), Zadania społeczne, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 1996.
103. Kulik T. B., Latalski M. (red.), Zdrowie publiczne, Czelej, Lublin 2002.
104. Kurzynowski A., Polityka Społeczna, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2003.

105. Kuźnik F., Stare i nowe koncepcje zarządzania publicznego w strukturach samorządu terytorialnego, [w:] Kożuch B., Markowski T., (red.), Z teorii i praktyki zarządzania publicznego, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2004.
106. Lewandowska H., Rozpędowska- Matraszek D., Zasoby ludzkie i rzeczowe publicznych podmiotów sektora ochrony zdrowia w latach 1999-2006. Analiza statystyczno-ekonometryczna, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka L. (red.), Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym `08. Konwersja wiedzy, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2008.
107. Lipka A., Król M., Waszczak S., Winnicka-Wejs A., Kształtowanie motywacji wewnętrznej. Koszty jakości i ryzyko, Difin, Warszawa 2010.
108. Lipka A., Kwalitologia kapitału ludzkiego – przedmiot i metody badawcze, [w:] Pocztowski A. (red.), W kierunku jakości kapitału ludzkiego, IPiSS, Warszawa 2007.
109. Lipka A., Ryzyko personalne organizacji. Szanse i zagrożenia zarządzania zasobami ludzkimi, Poltext, Warszawa 2002.
110. Lipka A., Ryzyko w zarządzaniu zasobami ludzkimi, [w:] Najlepsze praktyki zarządzania kapitałem ludzkim, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2002.
111. Lipka A., Ryzyko związane z gospodarowaniem zasobami wiedzy w organizacji non-profit, [w:] Lipka A., Lipski, A., Satoła M., Kantyka S., Król M. (red.), Gospodarowanie zasobami wiedzy w organizacjach non-profit. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005.
112. Lipka A., Tendencje zmian na rynku pracy, [w:] Jędralska K., Żabiński L. (red.), Gospodarka w obliczu globalizacji. Przegląd wybranych zagadnień, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Oddział w Katowicach, Katowice 2003.
113. Lipka A., W poszukiwaniu metody wyceny kapitału ludzkiego, [w:] Lipka A., Waszczak S. (red.), Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2007.
114. Lisiecka K. (red.), Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, IPiSS, Warszawa 2003.
115. Lisiecka-Biełanowicz M., Wybrane koncepcje zapewnienia jakości usług zdrowotnych, [w:] Frąckiewicz L., Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Polityka społeczna wobec reform, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice, 1999.
116. Liszcz T., Prawo pracy, LexisNexis, Warszawa 2005.
117. Ludwiczyński A. (red.), Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2000.

118. Machol-Zajda L., Telepraca – nowa forma zatrudnienia, [w:] Frieske K. W. (red.), Deregulacja polskiego rynku pracy, IPiSS, Warszawa 2003.
119. Maciąg A., Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych, zdrowotnych, Medica Press, Bielsko Biała 2007.
120. Majowska M., Problemy badania wpływu kapitału ludzkiego na zachowania przedsiębiorcze [w:] Juchnowicz M. (red.), Kapitał ludzki a kształtowanie przedsiębiorczości, Poltext, Warszawa 2004.
121. Makin P., Cooper C., Cox Ch., Organizacje a kontrakt psychologiczny. Zarządzanie ludźmi w pracy, PWN, Warszawa 2000.
122. Marciniak J., Pozyskiwanie pracowników, INFOR, Warszawa 1999.
123. Masewicz W., Czas pracy po nowelizacji Kodeksu pracy, Wydawnictwo „Biblioteczka Pracownicza", Warszawa 1996.
124. Masewicz W., Czas pracy. Zagadnienia prawne organizacji pracy, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1977.
125. Materiały X Jubileuszowej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej", 18-19 maja 2006 r., Centrum Monitorowania Jakości, Kraków 2006.
126. Matey M., Blanpain R., Europejskie prawo pracy w polskiej perspektywie, Warszawa 1993.
127. McKenna E., Beech N., Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Gebethner&Ska, Warszawa 1997.
128. Michna A., Wpływ organizacyjnego uczenia się na efektywność funkcjonowania małych i średnich przedsiębiorstw, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007.
129. Michna A., Wpływ procesów dezintegracyjnych na kulturę organizacyjną przedsiębiorstwa, [w:] Urbańczyk E. (red.), Nowe tendencje w zarządzaniu wartością przedsiębiorstwa aktualny stan i perspektywy rozwoju, Kreos, Szczecin 2003.
130. Michna A., Zależności pomiędzy empirycznymi wymiarami organizacyjnego uczenia się w małych i średnich przedsiębiorstwach, [w:] Potocki A. (red.), Społeczne aspekty przeobrażeń społecznych, Difin, Warszawa 2003.
131. Mociąg A., Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych, zdrowotnych, Medica Press, Bielsko Biała 2007.
132. Mooney G., Russem E. M., Weir R. D., Choices for Health Care. A Practical Introduction to the Economics of Health Provision, MacMillan, Houndmills 1986.

133. Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Perechuda K. (red.), Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości. Koncepcje, modele, metody, Placet, Warszawa 2000.
134. Morawski M., Zarządzanie czasem, [w:] Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości. Koncepcje, modele, metody, Placet, Warszawa 2000.
135. Mudie P., Cottam A., Usługi. Zarządzanie i marketing, PWN, Warszawa 1998.
136. Muszalski W., Polskie instytucje prawne czasu pracy na tle porównawczym, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońkiego, Kraków, 1999.
137. Nilles J. M., Telepraca. Strategie kierowania wirtualną załogą, WNT, Warszawa 2003.
138. Nilles J. M., Telepraca. Strategie kierowania wirtualną załogą, WNT, Warszawa 2003.
139. Nycz T., Ochronny charakter przepisów o czasie pracy, Kraków-Tarnobrzeg 2000.
140. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka, Pedetu, Warszawa 2003.
141. Oppenhheim A. N., Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
142. Orbik Z., Zarządzanie czasem w poglądach Petera Druckera, [w:] Sobieraj I., Broda J., Rąb J. (red.), Świadectwo Petera Druckera, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Nauki Polskiej, Zabrze 2007.
143. Orczyk J., Polityka społeczna – uwarunkowania i cele, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2005.
144. Ostasiewicz W., Zastosowanie zbiorów rozmytych w ekonomii, PWN, Warszawa 1986.
145. Pacho J., Czas pracy. Zagadnienia prawne i społeczne, Warszawa 1986.
146. Patulski A., Patulski W., Walczak K., Orłowski G., Nałęcz M., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, C. H. BECK, Warszawa 2007.
147. Pawłowski Z., Statystyka matematyczna, PWN, Warszawa 1976.
148. Payne A., Marketing usług, PWE, Warszawa 1996.
149. Perechuda K., Metody zarządzania przedsiębiorstwem, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 1999.
150. Piekarski M., Żabski A., Umowa o pracę nakładczą, PWN, Warszawa 1988.
151. Pietrzkiewicz T., Etyka zarządzania działalnością gospodarczą, ORGMASZ, Warszawa 1995.
152. Pisarczyk Ł., Różne formy zatrudnienia, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
153. Pluta-Olearnik M., Marketing usług, PWE, Warszawa 1994.

154. Pocztowski A., Zarządzanie zasobami ludzkimi. Zarys problematyki i metod, Antykwa, Kraków 1998.
155. Podolski K., Infrastruktura społeczna, [w:] Rajkiewicz A. (red.), Polityka społeczna, PWE, Warszawa 1979.
156. Powichrowska B., Wiedza jako czynnik rozwoju małych i średnich przedsiębiorstw, [w:] Kowalczewski W., Matwiejczuk W. (red.), Kierunki i metody zarządzania przedsiębiorstwem, Difin, Warszawa 2007.
157. Przekształcenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Strategia realizacji celów, MZiOS, maj 1994.
158. Richards S., Flexibility In Personnel Management: Some Comparisons Between the Public and Private Sectors, [in:] Flexible Personnel Management in the Public Service, PUMA, Paris 1990.
159. Roberts N. C., Organisational Configurations: Four Approaches to Public Sector Management [in:] Brudney J. L., O`Toole L. J. Jr., Rainey H. R. (eds.), Advancing Public Management. New Developments in Theory, Methods, and Practice, Georgetown University Press, Washington 2000.
160. Rycak M. B., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
161. Rycak M. B., Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
162. Rycak M. B., Wymiar i rozkład czasu pracy, Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
163. Sajkiewicz A. (red.), Zarządzanie potencjałem pracy, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 1995.
164. Sajkiewicz A., Zasoby ludzkie w firmie. Organizacja, kierowanie, ekonomika, Poltext, Warszawa 2004.
165. Salwa Z., Podstawy prawa pracy, LexisNexis, Warszawa 2003.
166. Salwa Z., Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, LexisNexis, Warszawa 2004.
167. Schwan K., Seipel K. G., Marketing kadrowy, C. H. BECK, Warszawa 1995.
168. Seiwert L. J., Zarządzanie czasem, Placet, Warszawa 1998.
169. Sitko-Lutek A., Polskie firmy wobec globalizacji, PWN, Warszawa 2007.
170. Skowron K., Działania proinnowacyjne w sferze usług medycznych na przykładzie miasta Bytom, [w:] Stachowicz J. (red.), IBS PAN, w druku.

171. Skowron K., Human Resources Management In Health Care System, [in:] Bylok F., Cichobłaziński L. (ed.), Chosen Aspects of Managing Human Resources in Modern Organisations, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2009.
172. Skowron K., Kompleksowe zarządzanie jakością na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, [w:] Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 2006.
173. Skowron K., Marketing kadrowy a kapitał ludzki w służbie zdrowia, [w:] Daszkowska M. (red.), Marketing. Nowe trendy w marketingu, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2006.
174. Skowron K., Partnerstwo publiczno-prywatne w służbie zdrowia, [w:] Urbaniec M., Stec P., Dolata S. (red.), Partnerstwo publiczno-prywatne jako instrument rozwoju zrównoważonego, Wydawnictwo Akademii Polonijnej, Częstochowa 2009.
175. Skowron K., Rola sieci wsparcia w realizacji zadań publicznych jednostek służby zdrowia, [w:] Gagacka M. (red.), Lokalne sieci wsparcia, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2010 – w druku.
176. Skowron K., Skuteczność realizacji celów statutowych w ochronie zdrowia, [w:] Gagacka M., Głąbicka K. (red.), Współczesne wyzwania dla lokalnej polityki społecznej, PTPS i Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2009.
177. Skowron K., Wybrane problemy kształtowania zasobów ludzkich sektora publicznego na przykładzie służby zdrowia, [w:] Pyka J. (red.), Nowoczesność przemysłu i usług. Relacje i wartość w strategiach zarządzania przedsiębiorstwami, TNOiK, Katowice 2008.
178. Skowron S., Dziwulski J., Efektywność ochrony zdrowia w świetle zasad i funkcji współczesnego zarządzania, [w:] Krajewski K., Wójtowicz M. (red.), Skuteczne zarządzanie placówką medyczną, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001.
179. Sobczyk A., Zasady prawnej regulacji czasu pracy, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2005.
180. Sobocka-Szczapa H. (red.), Czas na pracę – praca na czas. Wyniki analiz i badań w województwie podkarpackim, IPiSS, Warszawa 2006.
181. Sobolewski K., O pojęciu skuteczności i pojęciach związanych, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 1998.

182. Sowińska A., Promocja zdrowia w warunkach przemian systemowych, [w:] Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.), Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 1997.
183. Statt D. A., Concise dictionary of business management, Routledge, New York 1999.
184. Steczyński A., Nowy system ochrony zdrowia, [w:] Kurzynowski A., Polityka Społeczna, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2003.
185. Steward D. M. (red.), Praktyka kierowania, PWE, Warszawa 1994.
186. Stiglitz J. E., Ekonomia sektora publicznego, PWN, Warszawa 2004.
187. Stone R. J., Human Resources Management, 3rd ed., John Wiley & Sons, 1998.
188. Strategia dla Zdrowia, MZiOS, Warszawa, lipiec 1994.
189. Strużycki M. (red.) Zarządzanie przedsiębiorstwem, Difin, Warszawa 2004.
190. Strużyna J., Kapitał ludzki i przedsiębiorczość – aspekty teoretyczne, [w:] Juchnowicz M. (red.), Kapitał ludzki a kształtowanie przedsiębiorczości, Poltext, Warszawa 2004.
191. Strużyna J., Wymiary kapitału ludzkiego firmy [w:] Kożuch B. (red.), Kształtowanie kapitału ludzkiego firmy, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000.
192. Styś A. (red.), Marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław, 1996.
193. Szaban J., Miękkie zarządzanie, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 2003.
194. Szałkowski A., Rozwój personelu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2002.
195. Świątkowski A., Elementy prawa pracy, LexisNexis, Warszawa 2003.
196. Świątkowski A., Europejskie prawo pracy, tom II, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1999.
197. Tokar J., Racjonalna organizacja czasu pracy menedżera, [w:] Sobieraj I., Broda J., Rąb J. (red.), Świadectwo Petera Druckera, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Nauki Polskiej, Zabrze 2007.
198. Trąbka W. (red.), Szpitalne systemy informatyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
199. Trocki M., Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, PWE, Warszawa 2001.

200. Urbaniak B., Bohdziewicz P., Standardy zarządzania pracownikami wyznaczane w konkursie *Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi*, [w:] Borkowska S. (red.), Zarządzanie zasobami ludzkimi. Teraźniejszość i przyszłość, IPISS, Warszawa 2006.
201. Waters D., Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi, PWN, Warszawa 2007.
202. Weber R. A., Zasady zarządzania organizacjami, PWE, Warszawa 1984, s. 259.
203. Williams A., Equity In Health Care: the Role of the Ideology, [in:] van Doorslaer E., Wagstaff A. E., Rutten F. (eds.), Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective, Oxford University Press, Oxford – New York – Tokyo, 1993.
204. Witkowski T. (red.), Nowoczesne metody doboru i oceny personelu, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1998.
205. Wojciechowski T., Wpływ nowych koncepcji zarządzania na działania marketingowe i logistyczne przedsiębiorstw, [w:] Kowalczewski W., Matwiejczuk W. (red.), Kierunki i metody zarządzania przedsiębiorstwem, Difin, Warszawa 2007.
206. Wojtyna A., Nowoczesne państwo kapitalistyczne a gospodarka – teoria i praktyka, PWN, Warszawa 1990.
207. Zbiegień-Maciąg L., Marketing personalny, Wydawnictwo Business Press, Warszawa 1996.
208. Zeliaś A. (red.), Ekonometria przestrzenna, PWE, Warszawa 1991.
209. Zieliński J., Prawo pracy. Przepisy, orzecznictwo i wyjaśnienia, Warszawa 1963.
210. Zieliński T., Prawo pracy. Zarys systemu. Część II. Prawo stosunku pracy, Warszawa-Kraków, 1986.
211. Zimniewicz K., Współczesne koncepcje i metody zarządzania, PWE, Warszawa 2008.
212. Żelazna-Blicharz A., Blicharz P., Kluczowe kompetencje i umiejętności współczesnego menedżera, [w:] Bojar E. (red.), Menedżer XXI wieku w warunkach zaostrzającej się konkurencji, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2005.

Czasopisma

1. Baron-Wiaterek M., Narzędzia rekrutacji i derekrutacji, „Organizacja i Zarządzanie", nr 29, 2006.
2. Baron-Wiaterek M., Narzędzia zwolnień pracowników, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 3, 2002.

3. Baron-Wiaterek M., Organizacja zatrudnienia tymczasowego i telepracy, „Organizacja i Zarządzanie", nr 4, 2008.
4. Bednarski M., E-praca a zmiany w firmie, „Polityka Społeczna", nr 2 z 2004.
5. Bratnicki M., Dyduch W., W poszukiwaniu wyceny kapitału społecznego, „Organizacja i Kierowanie", nr 1, 2003.
6. Bratnicki M., Dyduch W., Zbierowski P., Zarządzanie kapitałem społecznym organizacji, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 2, 2003.
7. Bratnicki M., Dyduch W., Zbierowski W., Przedsiębiorczość a kapitał społeczny, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 12, 2002.
8. Brocławik K., Testowane na ludziach, czyli zarządzanie zasobami ludzkimi w systemie opieki zdrowotnej, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", nr 2, 2004.
9. Bukowitz W. R., Petrash G. P. Visualizing Measuring and Managing Knowledge, "Research, Technology Management", 1997, No. 4.
10. Cameron K. S., Effectiveness as Paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, "Management Science", may 1986.
11. Cybulski Z., Będą kłopoty? „Pasaż Medyczny", nr 05/06, 2008.
12. Długosz D., Zdrowie – nie tylko polski problem, „Polityka Społeczna", nr 10, 1996.
13. Drucker P. F., Management`s New Paradigms, Forbes Magazine, (5 października 1998 r.).
14. Frączkiewicz-Wronka A., Bratnicki M., Efektywność organizacyjna i zarządzanie publiczne: Wyłaniające się koncepcje, kluczowe wyzwania i kierunki dalszych badań w obszarze pomiaru efektywności, „Organizacja i Kierowanie", nr 3, 2006.
15. Frączkiewicz-Wronka A., Wykorzystanie technologii informatycznych w ochronie zdrowia – studium przypadku, „Współczesne Zarządzanie", nr 2, 2006.
16. Friedman M. A., Issues In Measuring and Improving Health Care Quality, Health Care Financing Review, 1995, Vol. 16, No. 4.
17. Georgopoules B. S., Tannenbaum A. S., The Study of Organizational Effectiveness, "American Sociological Review, 1957, Vol. 22.
18. Gersdorf M., O pojęciu pracy w godzinach nadliczbowych polemicznie, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 3, 2004.
19. Gimeno J., Folta T. B., Cooper A., C., Woo C., Y. Survival of the Fittest? Entrepreneurial Human Capital and the Persistence of Underperforming Firms, "Administrative Science Quaterely" 1997, No. 2.

20. Gomulski W., Z kalendarzem i rozsądkiem, „Businessman Magazine", nr 3, 2007.
21. Józefowicz A., Pogotowie do pracy, „Państwo i Prawo", nr 12, 1970.
22. Koper A., Wdowiak L., Wrońska I., Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu, „Zdrowie Publiczne", nr 1/2, 2003.
23. Kubot Z., Dobowy wymiar dyżuru medycznego, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 12, 2007.
24. Kubot Z., Rodzaje kontraktów menedżerskich, „Przegląd Prawa Handlowego", nr 7, 1999.
25. Kubot Z., Specyfika dyżurów medycznych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 1, 2008.
26. Lewin A. Y., Menton J. W., Determining Organizational Effectiveness: Another Look and an Agenda for Research, "Management Scence", may 1986.
27. Lipka A., Kultura organizacyjna a elastyczność strategiczna w kształtowaniu potencjału kadrowego, „Przegląd Organizacji", nr 5, 2004.
28. Lipka A., Od zarządzania zasobami ludzkimi do gospodarowania kapitałem ludzkim, „Przegląd Organizacji", nr 4, 2005.
29. Lyytinen K., Mathiassen L., Ropponen J., Attention Shaping and Software Risk – A Categorical Analysis of Four Classical Risk Management Approaches, Information Systems Research Journal, September 1998, Vol. 9, No. 3.
30. Markowski T., Banachowicz B., Nowoczesne zarządzanie w jednostkach samorządu terytorialnego, „Współczesne Zarządzanie", nr 4, 2003.
31. Michna A., Czynniki determinujące rozwój kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa-wyniki badań, „Organizacja i Zarządzanie", nr 21, 2004.
32. Michna A., Kapitał intelektualny przedsiębiorstw budowlanych, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa", nr 9, 2004.
33. Michna A., Poziomy uczenia się w organizacji-wybrane aspekty, „Organizacja i Zarządzanie", nr 34, 2008.
34. Michna A., Specyfika przeprowadzania badań kwestionariuszowych w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw, „Organizacja i Zarządzanie", nr 1, 2009.
35. Moszyński M., Telepraca jako nowa forma zatrudnienia w Europie, „Rynek Pracy", nr 11-12, 2001.
36. Nycz T., Nowe zasady urlopowe, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny", nr 3, 2004.

37. Nycz T., Ochronny charakter przepisów o czasie pracy – wybrane zagadnienia, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 3, 1999.
38. Nycz T., Pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny”, nr 8, 2004.
39. Nycz T., Pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny”, nr 8, 2004.
40. Nycz T., Wybrane problemy czasu pracy, „Międzynarodowy Przegląd Polityczny”, nr 7, 2004.
41. Oleksyn T., Zarządzanie potencjałem pracy w małych średnich przedsiębiorstwach – istota, specyfika, wyzwania, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 1, 2003.
42. Pędziwiatr F., Telepraca i jej implikacje, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 2, 2002.
43. Przymusiński C., Pojęcie norm czasu pracy w Kodeksie pracy, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego”, nr 1, 1975.
44. Rączka K., Dodatkowe dni wolne od pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 12, 1997.
45. Rączka K., Kontrowersje wokół pojęcia pracy w godzinach nadliczbowych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 5, 2001.
46. Rączka K., Nowe pojęcie pracy w godzinach nadliczbowych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 3, 2004.
47. Rączka K., Praca w godzinach nadliczbowych w znowelizowanym Kodeksie pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 1, 2004.
48. Rączka K., Systemy czasu pracy w znowelizowanym Kodeksie pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 2, 2004.
49. Rączka K., Ustalanie systemów i rozkładów czasu pracy na gruncie Kodeksu pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 4, 2004.
50. Sitko-Lutek A., Kultura organizacyjna okresu transformacji, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, nr 12, 2005.
51. Sitko-Lutek A., Nowy paradygmat doskonalenia menedżerów, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 3/4, 2006, s. 65-74.
52. Sitko-Lutek A., Pawłowska E., Kapitał społeczny a doskonalenie kompetencji menedżerów, „Organizacja i Zarządzanie”, nr 3, 2008.

53. Skowron K., TQM źródłem przewagi konkurencyjnej szpitala – studium przypadku, „Organizacja i Zarządzanie", nr 44, 2008.
54. Sobczyk A., Urlop na żądanie, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 7, 2004.
55. Szafrański M., Badanie i ocena skuteczności działań w systemie zarządzania jakością, „Problemy Jakości", nr 12, 2004.
56. Thomas J. W., Penchansky R., Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services, "Medical Care" 1984, Vol. 22, No. 6.
57. Wagner B., Pojęcia dnia pracy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 2, 1985.
58. Włodarczyk C., Niektóre bariery w reformowaniu opieki zdrowotnej, „Polityka Społeczna", nr 4, 1996.
59. Włodarczyk C., Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa, „Polityka Społeczna", nr 10, 1992.
60. Wratny J., Problem ochrony pracowników w elastycznych formach zatrudnienia, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne", nr 7, 2007.
61. Yuchtman E., Seashore S., A Systems Resource Approach to Organizational Effectiveness, "American Sociological Review", 1967, Vol. 32.
62. Zalega T., Rynek pracy w epoce cywilizacji informacyjnej, „Nowe Życie Gospodarcze" nr 5, 2002.

Ważniejsze akty prawne

1. Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time (O. J. L 307/18 z dnia 13 grudnia 1993 r.).
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2000/34/WE z dnia 22 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 195/41 z dnia 1 sierpnia 2000 r.).
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299/9 z dnia 18 listopada 2003 r.).
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1998 r. dotycząca realizacji przedsięwzięć mających na celu poprawę bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników podczas pracy (Dz. Urz. UE L 183 z dnia 29 czerwca 1989 r.).
5. Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U., z 1999 r., nr 8, poz. 67).

6. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483).
7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. nr 60, poz. 281).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 30, poz. 300 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 83 poz. 905, ze zm.).
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących prace nakładczą (Dz. U. z 1996 nr 3, poz. 19 ze zm.).
11. Uchwała SN z dnia 14 sierpnia 1985 r. (III PZP 26/85, OSNC 1986, nr 5, poz. 70).
12. Ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 14 listopada 2003 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2003 r. nr 213, poz. 2081).
14. Ustawa z dnia 18 grudnia 1919 r. o czasie pracy w przemyśle i handlu (tekst jedn. Dz. U. z 1933 r. nr 94, poz. 734 z późn. zm.).
15. Ustawa z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. nr 4, poz. 28 z późn. zm.).
16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45, poz. 391).
17. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. o czasie pracy kierowców (Dz. U. nr 123, poz. 1354 z późn. zm.).
18. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 176, poz. 1239 i 1240.).
19. Ustawa z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2001 r. nr 33, poz. 388 ze zm.).
20. Ustawa z dnia 26. 06. 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2005 roku, nr 10, poz. 71).
21. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

22. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.).
23. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 28, poz. 152 z późn. zm.).
24. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153).
25. Uzasadnienie wyroku TK z 16 października 2006 r. (K 25/05, ZU OTK 2006, nr 9, poz. 122).
26. Wyrok SN z dnia 16 grudnia 1987 r. (I PRN 68/87, OSNCP z 1989, z. 10, poz. 164).
27. Wyrok TS z dnia 12 lipca 1990 r. w sprawie C-188/89, A. Foster and others v. British Gas. Plc.
28. Wyrok TS z dnia 26 lutego 1986 r. w sprawie C-152/84, M. H. Marshall v. Southampton and South-West-Hampshire Area Health Authority Teaching.

Źródła internetowe

1. Banach M., Jak można zdobyć specjalizację w Polsce? www.jobmed.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=25&idartykul=238 (25 listopada 2008 r.).
2. Banach M., Rezydentury w Polsce, www.jobmed.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=86&idartykul=800 (25 listopada 2008 r.).
3. Definition of Time Management, http://www.timemanagementtools.net/definition-of-time-management/ (27 listopada 2008 r.).
4. Erfurt U.: Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545 (21 września 2006 r.).
5. Metoda ALPEN, http://zarzadzanieczasem.blogspot.com/2008/09/23-planowanie-metoda-alpen.html (3 maja 2009 r.).
6. Obmach J., Słomczyński W., Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000.pdf. (17 września 2006 r.).

7. Osmelak J., Okresowe przeglądy stanowisk pracy, Internet, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=782, (23 maja 2006 r.).
8. Systemy czasu pracy, Internet, http://www.prawo.egospodarka.pl/31418 (16 listopada 2008 r.).
9. Szymczak T., Domagała M., Górecki D. (red.) Wybór źródeł do nauki prawa konstytucyjnego (lata 1944-1992), Łódź, www.dws.xip.pl/Dane/manifest.html (15 maja 2007 r.).
10. Telepraca, Internet, http://www.telepraca-efs.pl (31 maja 2007 r.).
11. Time management, http://www.businessdictionary.com/definition/timemanagement.html (27 listopada 2008 r.).
12. Urban T., Zasada 80/20 (zasada Pareto), Internet, http://czas.ebiznes.org.pl/zasadapareto8020.htm (3 maja 2009 r.).
13. Urban T., Zasada Eisenhowera, Internet, http://czas.ebiznes.org.pl/zasada,eisenhowera.htm (3 maja 2009 r.).
14. Wyznaczanie celów pracownikowi, http://kadry.nf.pl/Artykul/6320/ (3 maja 2009 r.).
15. Zakrzewska-Krzyś H., Jak efektywnie gospodarować swoim czasem, Internet, http://www.infor.pl/temat-dnia/73502,jak-efektywnie-gospodarowac-swoim-czasem.html (3 maja 2009 r.).
16. Znajmiecka-Sikora M., Planowanie zadań, czyli o tym jak właściwie zorganizować dzień pracy, Stowarzyszenie Rozwoju Kadr, Internet, http://www.srk.org.pl/artykul7.php (3 maja 2009 r.).

ZAŁĄCZNIK 1

Szanowni Państwo!

Zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie załączonej ankiety. Jest ona częścią rozprawy doktorskiej na temat oceny skuteczności metod zarządzania czasem pracy w placówkach służby zdrowia, prowadzonej na Wydziale Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej w Zabrzu.

Ankieta składa się z następujących części:

- *metryczki, mającej na celu wyodrębnienie metody zarządzania czasem pracy,*
- *części II, skierowanej do Kierowników Jednostek Organizacyjnych, dotyczącej oceny skuteczności wskazanej metody zarządzania czasem pracy oraz:*
- *części III, skierowanej do losowo wybranych Pracowników Jednostki Organizacyjnej.*

Ze względu na konieczność wskazania metody zarządzania czasem pracy w poszczególnych Jednostkach Organizacyjnych, bardzo proszę o przystawienie w ostatnim wierszu metryczki pieczątki Oddziału/Poradni.

Pragnę Państwa jednocześnie zapewnić, iż uzyskane wyniki posłużą wyłącznie do celów naukowych i nie zostaną nigdzie opublikowane ani udostępnione osobom trzecim.

Wszystkie pytania zawarte z ankiecie dotyczą okresu ***1. 01. – 31. 12. 2008 r.*** *Odpowiedzi proszę zaznaczać znakiem „X" w miejscach do tego wyznaczonych. Proszę o zaznaczanie wyłącznie jednej odpowiedzi. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości bądź pytań, proszę o kontakt mailowy:*

krzysztof.skowron@polsl.pl

Jednocześnie pragnę serdecznie podziękować za okazaną pomoc i czas poświęcony wypełnieniu ankiety. W przypadku Państwa uwag i sugestii proszę o ich zaznaczenie w miejscu do tego przewidzianym na końcu części II niniejszej ankiety.

Z wyrazami szacunku

CZĘŚĆ I – METRYCZKA – wskazanie metody czasu pracy obowiązującej w Jednostce Organizacyjnej

Kryterium	METODA			
	M 1 Podstawowa	**M 2 Podstawowo-kontraktowa**	**M 3 Kontraktowa**	**M 4 Hybrydowa**
Forma zatrudnienia	Tylko etat	Etat + kontrakt	Tylko kontrakt	Wszystkie dowolne
System czasu pracy	Podstawowy	Podstawowy	Równoważny	Równoważny
Harmonogramy („grafiki")	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE
Okres rozliczeniowy				
Praca w godzinach nadliczbowych	TAK/NIE	TAK/NIE	BRAK	TAK/NIE
Dyżury medyczne	Etatowe 24h	Brak etatowych-tylko kontraktowe	W ramach kontraktu	Wszystkie dowolne
Elastyczność czasu pracy	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE
Elastyczność zatrudnienia	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE
Jednostka Organizacyjna	Pieczątka Jednostki Organizacyjnej			

CZĘŚĆ II – OCENA SKUTECZNOŚCI
WYBRANEJ METODY ZARZĄDZANIA CZASEM PRACY
PO ZMIANACH 1. 01. 2008 r. –
ankieta dla Kierowników Jednostek Organizacyjnych

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
	A. CZAS PRACY					
1	W pełni przyjęto regulacje unijne w zakresie norm czasu pracy					
2	Przyjęte regulacje unijne pogorszyły organizację pracy w jednostce organizacyjnej					
3	Przyjęte regulacje ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej					
4	Zmiany w zakresie czasu pracy zdeterminowały gorszą jakość pracy w jednostce organizacyjnej					
5	Nowe wymogi w zakresie czasu pracy wpłynęły negatywnie na jakość świadczonych usług medycznych					
6	Wdrożenie obecnej metody zarządzania czasem ograniczyło dostępność do usług medycznych jednostki organizacyjnej					
7	Zastosowana metoda czasu pracy (system czasu pracy) została narzucona „odgórnie”					
8	Wybór metody zarządzania czasem pracy dla jednostki organizacyjnej został dokonany subiektywnie					
9	Wdrożona metoda zarządzania czasem pracy była podyktowana realnymi potrzebami jednostki organizacyjnej					
10	Wdrożenie metody zarządzania czasem pracy spowodowało dezorganizację pracy jednostki organizacyjnej					
11	Pracownicy są bardziej wypoczęci					
12	Zwiększyła się dostępność personelu dla pacjentów					
13	Można lepiej zorganizować pracę jednostki organizacyjnej					
14	Taka sama ilość pracowników wykonuje więcej obowiązków					
15	Trudniej jest kierować zespołem pracowników					

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
B. POSTRZEGANA SKUTECZNOŚĆ						
16	Przyjęte uregulowania unijne ograniczyły realizację celów jednostki organizacyjnej					
17	Dostosowania do norm unijnych zwiększyły biurokrację kosztem działalności podstawowej jednostki organizacyjnej					
18	Zastosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia skuteczną realizację procesów pracy					
19	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwiła pełną realizację kontraktu z NFZ					
20	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia skuteczne wykorzystanie personelu					
21	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy jest na tyle skuteczna, że można w pełni realizować cele jednostki					
22	Zastosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia skuteczną pracę zespołu					
C. EFEKTYWNOŚĆ						
23	Wdrożenie norm unijnych w zakresie czasu pracy obniżyło wskaźnik hospitalizacji					
24	Wprowadzone normy unijne spowodowały „odpływ" pacjentów do innych jednostek					
25	Zdarzały się przypadki, kiedy jednostka organizacyjna nie mogła zapewnić ciągłości opieki medycznej					
26	Normy unijne w zakresie czasu pracy wymusiły stosowanie prostszych procedur medycznych					
27	Zmiany w zakresie czasu pracy nie korelują ze wzrostem nakładów na opiekę medyczną					
28	Wydłużył się średni czas pobytu pacjenta w jednostce organizacyjnej					
29	W jednostce organizacyjnej wydłużył się średni czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie					
30	Wzrost kosztów pracowniczych wymusił poszukiwanie oszczędności w procedurach medycznych					
31	Na skutek zmian czasu pracy kontrakt z NFZ na rok 2008 został wykonany w stopniu mniejszym niż 100%					
32	Personel jednostki organizacyjnej był mniej efektywny, ponieważ brakowało obsady kadrowej					

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
	D. DOSTĘPNOŚĆ					
33	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia pełną dostępność personelu dla pacjentów					
34	Mimo ograniczenia czasu pracy pacjenci są zawsze przyjmowani					
35	Zastosowana metoda zarządzania czasem pracy umożliwia racjonalne wykorzystanie personelu					
36	W związku z ograniczeniem czasu pracy, w jednostce organizacyjnej wzrosło zatrudnienie					
37	Mimo ograniczeń, stosowana metoda zarządzania czasem pracy zawsze pozwala zaspokoić potrzeby pacjentów					
38	Zastosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na stopniowy, systematyczny rozwój jednostki organizacyjnej					
39	Przyjęcie regulacji unijnych spowodowało konieczność ograniczania dostępności jednostki dla pacjentów					
40	W wyniku dostosowań należało zmniejszyć ilość hospitalizacji					
41	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na lepsze wykorzystanie infrastruktury medycznej					
42	Zmiany w zakresie czasu pracy nie korelują ze wzrostem nakładów na opiekę medyczną					
	E. JAKOŚĆ					
43	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na realizację usług medycznych na najwyższym poziomie					
44	Świadczone usługi medyczne cechuje wysoka specjalizacja i najwyższy poziom					
45	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy w pełni pozwoliła na wykorzystanie wszystkich technik medycznych					
46	Dzięki stosowanej metodzie zarządzania czasem pracy poprawiła się jakość dotychczasowej pracy zespołu					
47	Dzięki stosowanej metodzie zarządzania czasem pracy poprawiła się jakość świadczonych usług medycznych					
48	Poziom świadczonych usług medycznych przewyższa oczekiwania pacjentów					
49	Pacjenci są zadowoleni z jakości świadczonych usług oraz z jakości ich obsługi					
50	Jaskość świadczonych usług medycznych pozwala na uzyskanie pozytywnego efektu medycznego					
51	Średni czas pobytu pacjenta w jednostce organizacyjnej uległ skróceniu					

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
F. INNE ELEMENTY ZARZĄDZANIA						
52	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy pozwala na lepsze dostosowanie się do potrzeb otoczenia					
53	Obecnie stosowana metoda pozwala na identyfikację słabych oraz mocnych stron jednostki organizacyjnej					
54	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia możliwość skutecznego planowania i organizowania pracy					
55	Metoda ta zapewnia możliwość formułowania zasad i trybu ustalania celów dla prawidłowego funkcjonowania jednostki					
56	Obecna metoda daje możliwość specjalizacji zadań i określenia ich treści					
57	Metoda zarządzania czasem umożliwia koordynację wyspecjalizowanych zadań					
58	Zastosowana metoda zarządzania czasem pracy daje możliwość koordynacji działań z innymi jednostkami					
59	Stosowana metoda daje możliwość formułowania oczekiwań względem poszczególnych osób i ról pełnionych w jednostce					
60	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia jasność i przejrzystość w kierowaniu zespołem pracowników					
61	Obecnie stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie stwarza trudności w zarządzaniu jednostką organizacyjną					
G. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI						
62	Dostosowanie metod zarządzania czasem pracy do wymogów unijnych spowodowało braki kadrowe					
63	Dostosowanie do regulacji Unii Europejskiej przyczyniło się do stosowania elastycznych form zatrudnienia					
64	Obecna metoda zarządzania czasem pracy w zakresie czasu pracy w pełni spełnia założenia dostosowań do wymogów UE					
65	Świadczenie pracy wg stosowanej metody zarządzania czasem pracy znacząco usprawniło funkcjonowanie jednostki					
66	Taka sama liczba personelu została obarczona większą ilością wykonywanych obowiązków					
67	Dzięki zastosowanej metodzie zarządzania czasem pracy nastąpiło lepsze wykorzystanie potencjału pracowników					
68	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy zapewnia pracownikom wysoki komfort pracy					
69	W wyniku dostosowań do nowych warunków zaobserwować można zwiększoną migrację personelu					
70	Braki kadrowe uzupełniane są przede wszystkim za pomocą rekrutacji wewnętrznej (np. przeniesienia)					
71	Wynagrodzenia pracowników pracujących w obecnym systemie pracy uległy znacznemu wzrostowi					
72	Stosowana metoda czasu pracy daje większą motywację dla					

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
73	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy nie wymaga zwiększenia zatrudnienia					
74	Obecna ilość zatrudnionych w jednostce pracowników w pełni pozwala na wykonanie kontraktu z NFZ					
75	Stosowana metoda zarządzania czasem pracy w pełni umożliwia realizację celów jednostki					

Inne uwagi i opinie:

……

……

……

……

……

……

ZAŁĄCZNIK 2

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
	A. MOTYWACJA DO PRACY					
1	W miejscu pracy panuje miła i serdeczna atmosfera zachęcająca do pracy					
2	W jednostce mam świadomość stabilności zatrudnienia					
3	W jednostce mam satysfakcjonujące warunki pracy					
4	Pakiet socjalny oferowany przez Dyrekcję jest satysfakcjonujący					
5	Formy zatrudnienia są adekwatne do potrzeb jednostki					
6	Obecny poziom wynagrodzenia jest satysfakcjonujący					
7	Wysokość mojego wynagrodzenia jest adekwatna do wykonanej przeze mnie pracy					
8	Moje relacje z bezpośrednim przełożonym są satysfakcjonujące					
9	Mój wysiłek i zaangażowanie w pracę są zauważane i doceniane przez przełożonych					
10	Sposób rekrutacji pracowników odbywa się zgodnie ze standardami rynkowymi					
11	Sposób awansowania uważam za sprawiedliwy i satysfakcjonujący					
12	Sposób rozstawania się z pracownikami jest według mnie sprawiedliwy i zadawalający					
13	Szkolenia oferowane przez placówkę są adekwatne i satysfakcjonujące					
14	Mam jasno określone cele i zadania					
15	Jestem na bieżąco informowany o planach i celach placówki					
16	Stosowane metody zarządzania czasem pracy nie pozwalają na pełną realizację celów jednostki					

Lp.	PYTANIE	Zdecydowanie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
B. PO 1. 01. 2008 r.						
17	Praca w jednostce uległa znacznej zmianie i dezorganizacji					
18	Komfort pracy uległ znacznemu pogorszeniu					
19	Mój zakres obowiązków znacznie się zwiększył					
20	Mam więcej obowiązków					
21	Gorzej mi się pracuje					
22	Nie mogę w pełni wykorzystać swojego potencjału					
23	Realizacja celów jednostki pogorszyła się					
24	Ważny jest tylko harmonogram					
25	Chętnie podpisałem/podpisałam klauzulę opt-out					
26	Zmuszony zostałem do poszukiwania dodatkowego zatrudnienia					
27	Nie miałem żadnego wpływu na to, w jakim systemie czasu pracy pracuję					
28	Zmiany pogorszyły organizację pracy w jednostce					
29	System czasu pracy, w jakim wykonuję swoje obowiązki, jest nieskuteczny					
30	Skuteczność realizacji celów jednostki pogorszyła się					