

Tomasz Sapeta

Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim

Bernard Ziębicki

Katedra Metod Organizacji i Zarządzania

Wyzwania w zakresie doskonalenia systemów taryfowych na przykładzie szpitalnictwa krajowego

1. Wprowadzenie

W wyniku masowej emigracji polskich lekarzy i pielęgniarek do krajów tzw. starej Unii w wielu szpitalach zaczyna brakować specjalistycznego personelu, niezbędnego do zapewniania właściwego funkcjonowania jednostki. Szczególne zagrożenie w tym względzie związane jest z emigracją anestezjologów oraz chirurgów. Powszechnie ogłaszaną przyczyną tej sytuacji jest bardzo niski poziom wynagrodzeń specjalistycznego personelu medycznego w krajowych publicznych instytucjach leczniczych, w wyniku zbyt niskim nakładów na służbę zdrowia. Czy jednak tylko ograniczoność środków jest przyczyną niedostatecznego motywacyjnego oddziaływania wynagrodzeń w krajowej służbie zdrowia?

Zdaniem autorów artykułu, nie jest to jedyna przyczyna opisywanej sytuacji. Problemy są w tym wypadku w dużej mierze wynikiem nieprzywiązywania należytej wagi do stosowania poprawnych rozwiązań w zakresie wynagrodzeń i ich ciągłego doskonalenia, zapewniającego w możliwie największym stopniu odpowiedzialność w płacy rzeczywistej wartości pracy. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na najczęściej występujące patologie w zakresie kształtowania systemów taryfowych w krajowym szpitalnictwie i wskazanie kierunków oraz zasad ich doskonalenia.

2. Charakterystyka aktualnych rozwiązań w zakresie taryfikacji pracy w krajowym szpitalnictwie

Obecnie najczęściej stosowanym w krajowym szpitalnictwie rozwiązaniem w zakresie wynagradzania jest forma czasowo-premiowa. Wynagrodzenie całkowite składa się w tym rozwiązaniu z części stałej, związanej z taryfikacją pracy, oraz zmiennej, zależnej od indywidualnych efektów. Część stałą tworzy płaca zasadnicza i względnie związane z nią stałe dodatki. Stosowane w tym wypadku formy dodatkowego stałego wynagrodzenia mają zarówno charakter obligatoryjny (wynikający z regulacji prawnych), jak i fakultatywny. Najczęściej stosowane dodatkowe wynagrodzenie o charakterze obligatoryjnym związane jest z dyżurowaniem oraz pracą w szkodliwych warunkach. Dodatki fakultatywne dotyczą z reguły wysługi lat, pełnienia funkcji kierowniczych oraz stopni i tytułów naukowych. Wysokość wymienionych składników wynagrodzenia całkowitego wynika na ogół z relacji ustalonych w ramach płacy zasadniczej.

Najczęściej stosowanym w krajowym szpitalnictwie zmiennym składnikiem wynagrodzenia są premie. Mają one jednak z reguły charakter regulaminowy i cechują się wysokim stopniem uznaniowości. Rzadko stosowane są tutaj obiektywne kryteria wiążące wysokość premii z indywidualnymi rezultatami pracy. Często również premiowaniem objęte są tylko wybrane grupy pracownicze (np. personel administracyjny).

Należy zatem uznać, że motywacyjna funkcja wynagrodzeń w krajowych szpitalach realizowana jest głównie przez płace zasadnicze, w mniejszym zaś stopniu przez pozostałe składniki wynagrodzenia. Powoduje to konieczność właściwego zaprojektowania systemu taryfikacyjnego oraz jego stałej aktualizacji.

Stworzenie skutecznego systemu taryfowego we współczesnych warunkach rynkowych wymaga:

- ustalenia poprawnych relacji płacowych pomiędzy stanowiskami na podstawie wartościowania pracy,
- zapewnienia określonego poziomu elastyczności w zakresie wyznaczania indywidualnych wysokości płac zasadniczych,
- uwzględnienia rynkowych poziomów wynagrodzeń.

Pierwszy z wymienionych warunków zapewnia powiązanie płac zasadniczych z rzeczywistą wartością pracy oraz określenie poprawnych relacji wynagrodzeń pomiędzy poszczególnymi stanowiskami.

Zapewnienie elastyczności w zakresie kształtowania indywidualnych wynagrodzeń przeciwdziała usztywnieniu płac w ramach systemu taryfowego i sprowadza się do stosowania przedziałowych kategorii płacowych z ich ograniczonym przenikaniem (zazębianiem się). Takie rozwiązanie umożliwia niewielkie różnicowanie wysokości indywidualnych płac zasadniczych bez zmiany kategorii.

Daje to w większym stopniu możliwość powiązania płac z indywidualnymi kompetencjami poszczególnych pracowników oraz zwiększa obiektywność całego systemu. Pamiętać jednak należy, że zarówno szerokość przedziałów płacowych w ramach kategorii zaszeregowania, jak również stopień przenikania, powinny być względnie ograniczone. Przenikanie płac nie powinno przekraczać dwóch kategorii zaszeregowania.

Uwzględnienie rynkowych realiów w zakresie wynagradzania związane jest przede wszystkim z dążeniem do zapewnienia rozpiętości wynagrodzeń występującej w podobnych instytucjach.

Tabela 1. Formalna i rzeczywista tabela płac zasadniczych w grupie lekarzy w wybranym krajowym szpitalu klinicznym

Pracownicy	Tabela płac zasadniczych					
	formalna			rzeczywista		
	min.	max.	max./min.	min.	max.	max./min.
Ordynator	1100	3000	2,73	1450	1700	1,17
Zastępca ordynatora	1000	2500	2,50	1300	1300	1,00
Starszy asystent – lekarz z podspecjalizacją	900	2300	2,56	1215	1350	1,11
Starszy asystent – lekarz oddziału zabiegowego	900	2100	2,33	1158	1650	1,42
Starszy asystent – lekarz oddziału niezabiegowego	900	2000	2,22	1210	2000	1,65
Asystent lekarz	800	1600	2,00	1060	1382	1,30
Młodszy asystent – lekarz	800	1400	1,75	1000	1050	1,05
Lekarz – rezydent	700	1200	1,71	1592	1592	1,00
Stażysta – lekarz	700	1200	1,71	1403	1403	1,00
Relacja płac	1,57	2,50	–	1,59	1,90	–
Relacja płac max./min.	4,29			2,00		
Stopień przenikania	przez wszystkie kategorie			przez 3 kategorie		
	1,09			0,66		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez badany szpital.

Przedstawione zasady w większości krajowych szpitali nie są przestrzegane. Podstawowym problemem w tym względzie jest znaczne przenikanie widełek płacowych. Przenikanie dotyczy w tym wypadku z reguły od 3 do 6 klas taryfowych. W przedstawionym przykładowym rozwiązaniu, pochodzącym z jednego z krajowych szpitali klinicznych, przenikanie w formalnym systemie taryfowym doty-

czy wszystkich kategorii (tabela 1). Stosowanie tabeli płac jest wtedy nieistotne. Nie pełni ona bowiem żadnej roli regulacyjnej. Występuje tutaj właściwie całkowita dowolność w zakresie kształtowania wysokości płac zasadniczych. Potwierdza to analiza rozpiętości przedziałów płacowych w ramach poszczególnych kategorii wynikająca z rzeczywistego rozkładu płac zasadniczych.

W analizowanym przypadku pojawiły się dodatkowo rozbieżności pomiędzy formalną a rzeczywistą tabelą płac. Są one wynikiem ograniczenia się w administrowaniu systemem taryfowym tylko do jego aktualizacji, zależnie od zmian wynikających z wprowadzanych rozporządzeń i regulacji dotyczących wynagrodzeń w służbie zdrowia. W analizowanym szpitalu nie prowadzono systematycznych działań polegających na eliminowaniu pojawiających się patologii i doskonaleniu systemu.

Przedstawione rozwiązanie cechuje niski stopień powiązania wynagrodzeń z wartością pracy. Potwierdzeniem tego może być zmniejszanie rzeczywistych płac na wyższych poziomach ścieżki awansu stanowiskowego oraz ogólnie niski stopień ich zróżnicowania. Występuje także duże spłaszczenie płac, co dowodzi braku uwzględnienia realiów rynkowych w zakresie wynagradzania. W formalnej tabeli płac zasadniczych rozpiętość wynosi 1: 4,29, natomiast dla płac rzeczywistych – 1: 2. Zdaniem autorów artykułu, minimalny poziom rozpiętości płac powinien wynosić 1 : 4. Poniżej tej rozpiętości nie jest możliwe dostateczne zróżnicowanie płac, zapewniające ich motywacyjne oddziaływanie. Zatem jedynie formalna tabela płac zapewnia w tym wypadku minimalny poziom oczekiwań w zakresie zróżnicowania wynagrodzeń.

3. Uwarunkowania w zakresie doskonalenia systemów taryfowych w krajowym szpitalnictwie

Doskonalenie systemów taryfowych w krajowym szpitalnictwie powinno zmierzać w pierwszej kolejności do eliminacji wad aktualnie funkcjonujących rozwiązań. Głównym zadaniem w tym względzie jest zwiększenie stopnia powiązania płac zasadniczych z rzeczywistą wartością pracy. Wymaga to przeprowadzenia wartościowania pracy. Ze względu na wspólny fundusz wynagrodzeń dla wszystkich podsystemów organizacyjnych i grup pracowniczych w ramach szpitali wartościowaniem pracy powinny zostać objęte wszystkie stanowiska pracy. Dodatkowo proces ten powinien zostać zrealizowany przy wykorzystaniu jednolitej metody. Powoduje to konieczność zastosowania uniwersalnej metody wartościowania, uwzględniającej różnorodne czynniki trudności pracy, związane zarówno z pracą personelu medycznego, jak i administracyjnego.

Skuteczność siatki i tabeli płac, opracowanych na podstawie wyników wartościowania pracy, zależy w tym wypadku przede wszystkim od ograniczenia

stopnia przenikania kategorii zaszerogowania oraz zapewnienia odpowiedniej rozpiętości wynagrodzeń. Zalecanym poziomem rozpiętości wynagrodzeń dla krajowych szpitali jest relacja 1 : 4 – 1 : 5. Wymóg ten powoduje, że przy tworzeniu systemu taryfowego należy liczyć się z koniecznością powiększenia dostępnego funduszu wynagrodzeń. W wypadku szpitali zwiększenie takie może zostać uzyskane przede wszystkim w drodze racjonalizacji zatrudnienia. Autorzy artykułu zetknęli się również z tym, że wykorzystywane były w tym celu środki, które wcześniej wypłacane były z tytułu ustawy „203” (Dz.U. z 2001 r., nr 5, poz. 45).

Kolejnym wskazaniem związanym z tworzeniem motywacyjnych systemów taryfowych jest włączenie do płacy zasadniczej dodatku za wysługę lat oraz dodatku funkcyjnego (za kierowanie). W ten sposób ogranicza się składniki wynagrodzenia całkowitego i unika podwójnego nagradzania za te same elementy trudności pracy. Staż pracy i trudność pracy związana z odpowiedzialnością za kierowanie uwzględniane są w ramach wartościowania pracy i w wielu wypadkach to one w głównej mierze decydują o wysokiej pozycji stanowiska w układzie taryfowym.

Należy również pamiętać, że skuteczność systemu taryfowego nie zależy jedynie od poprawności jego budowy, ale również od jego spójności z innymi elementami motywowania pracowników. Szczególnie istotne jest zapewnienie właściwej motywacji przez awans stanowiskowy połączony z wzrostem wynagrodzenia. Wymaga to przeprowadzenia analizy i niezbędnych zmian również w zakresie ścieżki awansu stanowiskowego.

4. Projekt ścieżki awansu stanowiskowego

Stosowane w krajowej służbie zdrowia modele ścieżek awansu stanowiskowego wynikają przede wszystkim z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 52, poz. 543 z późn. zm.). Bezpośrednie zastosowanie rozwiązania przedstawionego w cytowanym rozporządzeniu nie pozwala jednak na zapewnienie właściwej motywacji do rozwoju kompetencji. Aby podjąć działania mające na celu doskonalenie systemu wynagradzania w konkretnej jednostce służby zdrowia, należy zaprojektować odpowiedni model awansu stanowiskowego, dostosowany do potrzeb. Ze względu na specyfikę działalności medycznej, doskonalenie ścieżki awansu wymaga opracowania osobnych rozwiązań dla poszczególnych grup zawodowych.

Podstawową grupę zawodową stanowią w tym wypadku lekarze. Ścieżka awansu stanowiskowego w tej grupie składa się z reguły z sześciu stopni powiązanych z formalnym procesem rozwoju zawodowego (tabela 2).

Tabela 2. Typowa ścieżka awansu stanowiskowego w grupie lekarzy

Stopień awansu	Stanowiska w grupie lekarzy
1	Ordynator
2	Zastępca ordynatora
3	Starszy asystent
4	Asystent lekarz
5	Młodszy asystent – lekarz
6	Stażysta – lekarz

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione powyżej rozwiązanie zostało poprawnie zbudowane. Jego wadą może być jedynie ograniczenie możliwości właściwego powiązania stanowiska z rzeczywistą wartością pracy. Konieczne w tym celu staje się wprowadzanie zróżnicowania lekarzy w ramach poszczególnych kategorii na dwie grupy zależnie od stanu pacjentów. Grupę pierwszą tworzyliby lekarze niezajmujący się lub sporadycznie zajmujący się leczeniem pacjentów kategorii III i IV (w stanie ciężkim i wymagający opieki paliatywnej), natomiast grupa druga to lekarze zajmujący się stale leczeniem pacjentów kategorii III i IV.

Najwięcej problemów związanych z poprawnością budowy ścieżki awansu stanowiskowego dotyczy grupy pielęgniarek. Z reguły stanowią one najliczniejszą grupę zawodową wśród pracowników szpitali. W praktyce większość pracowników w tej grupie rozpoczyna pracę na stanowisku pielęgniarki i następnie, po kilku latach pracy, awansuje na stanowisko starszej pielęgniarki, na którym pracuje do osiągnięcia wieku emerytalnego. Takie rozwiązanie nie zachęca pracowników do rozwoju zawodowego, zwiększania posiadanych kompetencji itd. Dodatkowo brakuje czytelnych kryteriów kompetencyjnych, rozróżniających pielęgniarki i starsze pielęgniarki. Podstawą awansu jest w praktyce jedynie kryterium stażu pracy. Konieczne staje się zatem:

- określenie czytelnej ścieżki awansu stanowiskowego,
- wskazanie kompetencji wymaganych do pracy na poszczególnych poziomach awansu stanowiskowego,
- wprowadzenie, podobnie jak w przypadku lekarzy, podziału pielęgniarek na grupy, zależnie od kategorii pacjentów.

Autorzy artykułu proponują wprowadzenie trzech grup pielęgniarek w każdej kategorii. Przykładowe rozwiązanie zgodne z przedstawionymi kierunkami doskonalenia ścieżek awansu stanowiskowego w grupie pielęgniarek przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Proponowana ścieżka awansu stanowiskowego w grupie pielęgniarek

Stopień awansu	Stanowiska w grupie pielęgniarek
1	Pielęgniarka oddziałowa – grupa I Pielęgniarka oddziałowa – grupa II Pielęgniarka oddziałowa – grupa III
2	Zastępca pielęgniarki oddziałowej – grupa I Zastępca pielęgniarki oddziałowej – grupa II Zastępca pielęgniarki oddziałowej – grupa III
3	Pielęgniarka koordynująca – grupa I Pielęgniarka koordynująca – grupa II Pielęgniarka koordynująca – grupa III
4	Specjalistka pielęgniarka – grupa I Specjalistka pielęgniarka – grupa II Specjalistka pielęgniarka – grupa III
5	Starsza pielęgniarka – grupa I Starsza pielęgniarka – grupa II Starsza pielęgniarka – grupa III
6	Pielęgniarka – grupa I Pielęgniarka – grupa II Pielęgniarka – grupa III
7	Młodsza pielęgniarka – grupa I Młodsza pielęgniarka – grupa II Młodsza pielęgniarka – grupa III
8	Stażystka-pielęgniarka – grupa I Stażystka-pielęgniarka – grupa II Stażystka-pielęgniarka – grupa III

Źródło: opracowanie własne.

Propozycja kryteriów uzależniających awans w ramach proponowanej ścieżki przedstawiona została w tabeli 4. Rozwiązanie to ma charakter uniwersalny i jego zastosowanie w praktyce wymaga wcześniejszych konsultacji w ramach personelu medycznego szpitala.

Tabela 4. Przykładowe kryteria awansowania w grupie pielęgniarek

Stanowisko	Kryteria awansu	
	okres pracy	wymogi kompetencyjne
Stażystka-pielęgniarka	min. do 1 roku	ukończona szkoła pielęgniarska
Młodsza pielęgniarka	od 1 roku do min. 2 lat	umiejętności w zakresie wykonywania wszystkich podstawowych czynności i zabiegów pielęgniarskich

cd. tabeli 4

Stanowisko	Kryteria awansu	
	okres pracy	wymogi kompetencyjne
Pielęgniarka	powyżej 2 lat	umiejętności w zakresie wykonywania wszystkich czynności i zabiegów pielęgniarskich wynikających ze specjalizacji oddziału
Starsza pielęgniarka	powyżej 5 lat	kursy kwalifikacyjne lub co najmniej stopień licencjata pielęgniarstwa
Pielęgniarka specjalistka	powyżej 5 lat	specjalizacja pielęgniarstwa, magister pielęgniarstwa
Pielęgniarka oddziałowa Z-ca pielęgniarki oddziałowej Pielęgniarka koordynująca	powyżej 5 lat	awans ze stanowiska starszej pielęgniarki

Źródło: opracowanie własne.

Podział pielęgniarek na grupy, podobnie jak w wypadku lekarzy, wynika z kategorii pacjentów i został on przedstawiony w tabeli 5.

Tabela 5. Kryteria klasyfikacji grup pielęgniarek

Grupa	Opis grupy
I	Oddziały, na których praca pielęgniarska związana jest ze sporadycznymi i okresowymi kontaktami ^a z pacjentami w ciężkim stanie (kat. III i IV)
II	Oddziały, na których praca pielęgniarska związana jest z częstymi kontaktami ^b z pacjentami obłożnie chorymi (kat. III i IV)
III	Oddziały, na których praca pielęgniarska związana jest ze stałym kontaktem ^c z pacjentami obłożnie chorymi (kat. IV) oraz wymagającymi opieki paliatywnej

^a Kontakt okresowy występuje, gdy łączny jego czas wynosi poniżej 30% dnia pracy.

^b Kontakt częsty występuje, gdy łączny jego czas stanowi od 30% do 60% dnia pracy.

^c Kontakt stały występuje, gdy łączny jego czas stanowi więcej niż 60% dnia pracy.

Źródło: opracowanie własne.

Rozwiązania w zakresie ścieżki awansu stanowiskowego w grupie pozostałego wyższego personelu medycznego, stosowane w krajowym szpitalnictwie, wykazują z reguły prawidłową budowę, umożliwiającą stosowanie motywacji przez awans. Grupę wyższego personelu medycznego tworzą farmaceuci, laboranci, rehabilitanci, dietetycy, technicy RTG, EKG itd. Typowy model ścieżki awansu stanowiskowego dla omawianej grupy przedstawiony został w tabeli 6.

Tabela 6. Ścieżka awansu stanowiskowego w grupie pozostałego wyższego personelu medycznego

Stopień awansu	Stanowiska w grupie pozostałego wyższego personelu medycznego
1	Kierownik komórki organizacyjnej
2	Starszy asystent
3	Asystent
4	Młody asystent
5	Stażysta

Źródło: opracowanie własne.

Opracowanie poprawnego rozwiązania w zakresie ścieżki awansu stanowiskowego powinno dotyczyć również obszaru administrowania szpitalem. Przykładowe rozwiązanie w tym zakresie zostało przedstawione w tabeli 7.

Tabela 7. Proponowana ścieżka awansu stanowiskowego w grupie pracowników administracyjnych szpitala

Stopień awansu	Stanowiska w grupie pracowników administracyjnych
1	Kierownik działu organizacyjnego
2	Kierownik sekcji organizacyjnej
3	Starszy specjalista
4	Specjalista
5	Inspektor
6	Starszy referent
7	Referent
8	Stażysta

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiona propozycja ścieżki awansu stanowiskowego w grupie pracowników administracyjnych ma charakter uniwersalny (odnoszący się do różnych komórek administracyjnych) i została opracowana na podstawie analizy rozwiązań powszechnie stosowanych w różnych przedsiębiorstwach i instytucjach. Wdrożenie jej wymaga jednak określenia wymogów uzależniających awansowanie w ramach danej komórki lub szerzej – podsystemu administracyjnego. Wymagania takie powinny zostać zdefiniowane na poziomie poszczególnych pionów administracyjnych przez ich kierowników.

5. Wskazania w zakresie wartościowania pracy w szpitalnictwie

Ze względu na sposób finansowania krajowej służby zdrowia, polegający na tworzeniu wspólnego funduszu wynagrodzeń dla całego personelu szpitala, konieczne staje się wykorzystanie metody wartościowania pracy obejmującej wszystkie stanowiska pracy. Wymaga to zatem zastosowania uniwersalnej metody, która obejmowałaby różne aspekty trudności pracy, związanej zarówno z realizowanym procesem leczniczym i odpowiedzialnością za pacjenta, jak również z administrowaniem i obsługą techniczną jednostki leczniczej. Najprostszym i zarazem najbardziej obiektywnym rozwiązaniem umożliwiającym zrealizowanie przedstawionego celu wydaje się zastosowanie metody analityczno-punktowej opartej na schemacie genewskim wartościowania pracy. Na przestrzeni lat w praktyce zarządzania zostało wypracowanych wiele różnych metod analityczno-punktowego wartościowania pracy o charakterze uniwersalnym. Metody te tworzone były jednak głównie dla potrzeb organizacji gospodarczych. Jednostki służby zdrowia należą do obszaru, w którym wartościowanie pracy wykorzystywano dotychczas w bardzo ograniczonym zakresie. Z tego względu brakuje gotowych metod wartościowania pracy, dostosowanych do specyfiki tego typu organizacji.

W wypadku zdecydowania się przez szpital na doskonalenie systemu wynagradzania obejmujące wartościowanie pracy, konieczne staje się zaprojektowanie własnej, całkowicie nowej metody lub też wykorzystanie znanej, zweryfikowanej w praktyce, po jej odpowiednim przystosowaniu do specyfiki analizowanej działalności.

Zaprojektowanie własnej metody wartościowania pracy wiąże się z dość dużym ryzykiem. W zasadzie jedynie duże światowe firmy dysponują oryginalnymi metodami wartościowania, które wypracowywane były w ciągu wielu lat przez specjalnie powołane do tego celu komórki. W przeszłości w Polsce powstało kilka oryginalnych metod wartościowania pracy, opracowanych dla potrzeb konkretnych przedsiębiorstw. Najsłynniejszą tego typu metodą jest metoda Hortex [4, s. 217]. Tworzenie metod wartościowania pracy jest zagadnieniem trudnym i wymagającym dość dużej wiedzy i doświadczenia, dlatego – zdaniem autorów artykułu – tylko firmy konsultingowe, specjalizujące się w wartościowaniu pracy, posiadają na tyle duże doświadczenie, że są w stanie zaprojektować metodę wartościowania pracy, która zapewniłaby poprawność procesu oceny. Działania takie wiążą się jednak ze znaczną pracochłonnością, która przekłada się na dość wysoką cenę usługi.

Rekomendowanym przez autorów artykułu podejściem jest wykorzystanie znanego, sprawdzonego rozwiązania (metody) po odpowiednim przystosowaniu do specyfiki i potrzeb organizacji. Przystosowanie to polega na:

- doborze kryteriów wartościowania uwzględniających wszystkie elementy trudności pracy, jakie występują w danej organizacji,
- nadaniu poszczególnym kryteriom rangi odzwierciedlającej wagę poszczególnych elementów trudności pracy dla funkcjonowania i rozwoju organizacji,
- modyfikacji (konstruowaniu) kluczy analitycznych, tak aby odnosiły się do warunków występujących w danej organizacji.

Przystosowanie metody wartościowania pracy do specyfiki szpitala należy rozpocząć od identyfikacji czynników trudności pracy. W tym celu należy przeprowadzić analizę pracy obejmującą poszczególne grupy stanowisk.

W trakcie badań prowadzonych przez autorów artykułu w wybranym krajowym szpitalu klinicznym zidentyfikowano następujące elementy trudności pracy:

- wymagania w zakresie wykształcenia zawodowego ogólnego i specjalistycznego,
- wymagania w zakresie doświadczenia zawodowego,
- stopień innowacyjności pracy,
- różnicowanie pracy ze względu na charakter współpracy wewnętrznej,
- częstotliwość kontaktów w ramach współpracy wewnętrznej,
- wymagania w zakresie zręczności manualnej,
- odpowiedzialność za przebieg pracy,
- bezpośrednia odpowiedzialność za zdrowie pacjentów,
- zakres odpowiedzialności decyzyjnej,
- odpowiedzialność za powierzone mienie,
- odpowiedzialność za kierowanie,
- kontakty zewnętrzne,
- odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych osób (nie pacjentów),
- wysiłek umysłowy,
- wysiłek psychiczny,
- wysiłek spowodowany terapią pacjentów w ciężkim stanie,
- wysiłek fizyczny,
- wstępowanie zagrożenia zdrowia i życia,
- zakłócenia czasu wolnego i różnicowanie wymagań w zakresie dyspozycyjności,
- obciążenie monotonią,
- obciążenie związane z kontaktem z wodą i parą,
- obciążenie związane z zanieczyszczeniami,
- obciążenie związane z kontaktem z substancjami chemicznymi,
- obciążenie związane z nieprzyjemnymi zapachami,
- obciążenie związane z pracą w niskiej lub wysokiej temperaturze powietrza,
- obciążenie związane z promieniowaniem.

Wyróżnione czynniki trudności pracy stały się podstawą do zaprojektowania metody wartościowania pracy. Ze względu na przyjęte założenie objęcia wartościowaniem wszystkich stanowisk pracy w szpitalu oraz duży udział czynników trudności pracy związanych z wysiłkiem i warunkami pracy zdecydowano się na zastosowanie metody analityczno-punktowej. Zaprojektowano układ 20 kryteriów elementarnych i 6 kryteriów cząstkowych wartościowania pracy. Zbiór kryteriów wykorzystanych w metodzie odpowiada wymogom poprawności analitycznego wartościowania pracy zawartym w schemacie genewskim. Wiele kryteriów zaczerpniętych zostało z najbardziej znanych na świecie i w Polsce metod, np. metody Timmego, UMEWAP, Mebator.

Na podstawie analizy specyfiki oceny dobrane kryteria pogrupowano w cztery płaszczyzny syntetyczne. Tak opracowany model poddano następnie dyskusji i rangowaniu, w którym uczestniczyli przedstawiciele poszczególnych grup pracowników, przedstawiciele związków zawodowych i przedstawiciele dyrekcji szpitala. Na podstawie wyników rangowania ustalono udział procentowy każdego z kryteriów w ogólnym modelu metody oraz zaproponowano maksymalne noty punktowe. Model metody będący wynikiem opisywanej analizy czynników trudności pracy, uwzględniający wyniki rangowania został przedstawiony poniżej.

Tabela 8. Model analityczno-punktowej metody wartościowania pracy dostosowany do specyfiki szpitala

Kryteria oceny trudności pracy		Maksymalne noty punktowe	Udział w %
syntetyczne	elementarne		
Fachowość	razem	175	36,16
	wykształcenie zawodowe	60	
	doświadczenie zawodowe	50	
	inicjatywa i pomysłowość	30	
	współdziałanie	25	
	zręczność	10	
Odpowiedzialność za	razem	170	35,12
	zdrowie pacjentów	20	
	decyzje	30	
	przebieg pracy	30	
	kierowanie	40	
	bezpieczeństwo innych osób	10	
	powierzone mienie	15	
	kontakty zewnętrzne	25	

cd. tabeli 8

Kryteria oceny trudności pracy		Maksymalne noty punktowe	Udział w %
syntetyczne	elementarne		
Wysiłek	razem	70	14,46
	powodowany terapią osób w ciężkim stanie	15	
	umysłowy	25	
	psychiczny	15	
	fizyczny	15	
Warunki pracy	razem	69	14,26
	zagrożenie zdrowia i życia	15	
	dyspozycyjność	25	
	materialne środowisko pracy, w tym:	29	
	woda, para	3	
	zanieczyszczenia	3	
	substancje chemiczne	5	
	nieprzyjemne zapachy	3	
	temperatura powietrza	3	
	promieniowanie	7	
	monotonia	5	
Łącznie		484	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Dla każdego z kryteriów elementarnych zaprojektowany został klucz analityczny, określający stopnie nasilenia elementu trudności pracy i odpowiadające im noty punktowe.

6. Tworzenie siatki i tabeli płac zasadniczych

Rezultatem wartościowania pracy jest ustalenie relacji w zakresie trudności pracy, jaka występuje pomiędzy poszczególnymi stanowiskami lub pracownikami. Relacja ta wyrażana jest w postaci wartości punktowych, będących sumą punktów przyznawanych ze względu na kryteria oceny uwzględnione w zastosowanej metodzie wartościowania. Punktowy sposób wyceny trudności pracy jest najbardziej obiektywnym i zarazem użytecznym rozwiązaniem ze względu na przełożenie wyników wartościowania na płace. Uzyskane punkty nie tylko pokazują hierarchię stanowisk i pracowników pod względem trudności pracy, ale również określają różnice, jakie pomiędzy nimi występują. Przechodzenie z wyników wartościowania pracy na płace sprowadza się w tym wypadku do przeliczenia punk-

tów na konkretne stawki wynagrodzenia zasadniczego. W praktyce stosowane są dwa podejścia:

- oparte na bezpośrednim wyznaczeniu wartości punktu w złotych i przemnożeniu jej przez sumę punktów dla poszczególnych stanowisk,
- zaprojektowaniu widełkowej tabeli płac zasadniczych.

Podstawowymi zaletami przechodzenia z wyników wartościowania pracy na płace przez wykorzystanie formuł opartych na wyliczeniu wartości punktu jest przejrzystość oraz możliwość łatwego przeprowadzania indeksacji wynagrodzeń. Podejście to ma jednak bardzo istotne ograniczenia, do których należą:

- usztywnienie płac powodujące brak możliwości różnicowania wysokości płacy zasadniczej pomiędzy pracownikami zatrudnionymi na tym samym stanowisku,
- naciski pracowników na uzyskiwanie możliwie jak największej liczby punktów podczas wartościowania, które w rezultacie często wypaczają uzyskane wyniki,
- możliwość pojawienia się dużych wymuszeń wzrostu lub obniżenia dotychczasowych płac zasadniczych, co istotnie ogranicza proces wdrożeniowy.

Przedstawione powyżej ograniczenia przechodzenia z wyników wartościowania pracy na płace przez wyznaczenie wartości punktu powodują, że współcześnie coraz częściej stosuje się rozwiązania oparte na projektowaniu widełkowych tabel płac. Podejście to z reguły realizowane jest w dwóch etapach: projektowania siatki taryfowej, a następnie – tabeli płac zasadniczych.

Projektowanie siatek taryfowych sprowadza się do pogrupowania stanowisk pracy o zbliżonej wartości uzyskanych punktów w kategorii zaszeregowania. W procesie tym należy uwzględnić poniższe zasady:

1) liczba klas taryfowych ma indywidualny charakter i powinna być zależna od stopnia zróżnicowania pracy. Im większe zróżnicowanie pracy (więcej stanowisk), tym liczba klas taryfowych powinna być większa, dlatego w praktyce można spotkać od 14 do 17 klas taryfowych;

2) rozpiętość punktowa poszczególnych kategorii zaszeregowania może być różna. W praktyce stosowane są trzy różne modele: elitarny – im wyższe kategorie zaszeregowania, tym szersze przedziały punktowe, egalitarny – im niższe kategorie, tym szersze przedziały, lub mieszany, będący połączeniem modelu elitarnego i egalitarnego. Najczęściej stosowany jest model elitarny, którego główną zaletę stanowi możliwość grupowania zróżnicowanych stanowisk o wyższych kompetencjach w ramach tych samych klas taryfowych;

3) przedziały punktowe w ramach poszczególnych klas taryfowych powinny zostać tak wyznaczone, aby jedna klasa obejmowała wszystkie stanowiska z tego samego poziomu hierarchicznego organizacji.

Drugi etap to projektowanie tabeli płac zasadniczych. Sprowadza się on do wyznaczenia minimalnych i maksymalnych wysokości płacy w ramach danej kategorii zaszeregowania, zgodnie z relacją wyznaczoną przez rozkład punktów w siatce taryfowej. Wyznaczenie wartości punktu w jednostkach pieniężnych dla poszczególnych widełek może odbywać się przez wykorzystanie wzorów odnoszących się do wartości jednego punktu.

W badaniach do wyznaczenia wysokości wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych klas taryfowych wykorzystano formułę zaproponowaną przez prof. Z. Martyniaka, po jej niewielkiej modyfikacji [4, s. 306]:

$$P_z = P_{znj} + (P_{wp} - P_{wpnj}) \cdot W_p,$$

gdzie:

P_z – wysokość płacy zasadniczej dla dolnych lub górnych widełek,

P_{znj} – przyjęta najniższa płaca zasadnicza,

P_{wpnj} – liczba punktów dla dolnych widełek w pierwszej klasie taryfowej,

P_{wp} – minimalna lub maksymalna liczba punktów w danej klasie taryfowej,

W_p – wartość jednego punktu, wyliczana na podstawie następującego wzoru:

$$W_p = \frac{P_{nj} \cdot (N - 1)}{P_{wp \max}},$$

gdzie:

N – współczynnik określający postulowaną rozpiętość pomiędzy płacą najwyższą i najniższą w szpitalu; dla minimalnych poziomów wynagrodzenia w ramach poszczególnych klas sugeruje się przyjęcie rozpiętości 4, natomiast dla maksymalnych rozpiętości równej 5, zapewni to uzyskanie przenikania płac przez dwie kategorie zaszeregowania,

$P_{wp \max}$ – realne maksimum punktów (największa liczba punktów, jaka została uzyskana w wartościowaniu pracy w szpitalu).

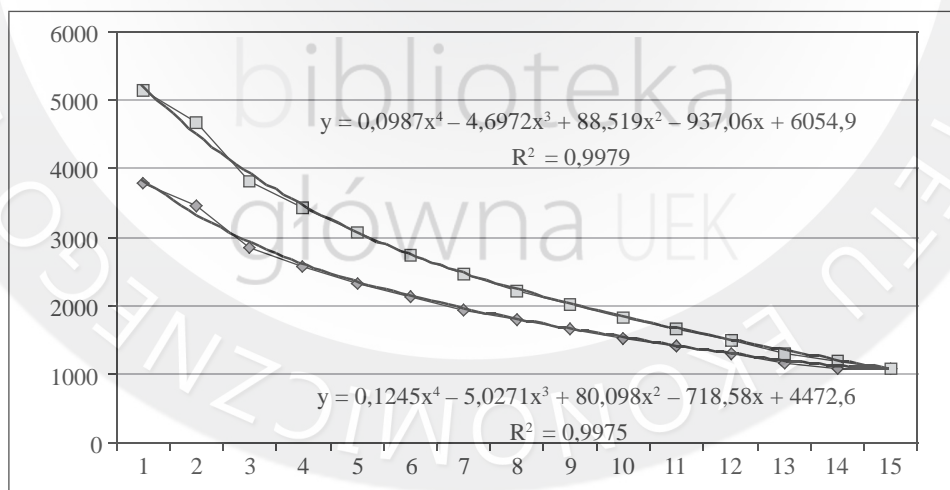
Przy różnej rozpiętości górnych i dolnych widełek wynagrodzeń w tabeli (różnej wielkości współczynnika N) należy wyznaczyć dwie wartości W_p , odnoszące się odpowiednio do minimalnego i maksymalnego poziomu wynagrodzenia w kategorii.

W tabeli 9 przedstawiono przykładową siatkę i tabelę płac zasadniczych zaprojektowaną na podstawie powyższej formuły, przy zakładanej wielkości współczynnika N dla dolnych widełek 4 i górnych 5 i przyjętej najniższej płacy zasadniczej na poziomie 1073 zł.

Tabela 9. Tabela płac zasadniczych w podsystemie pracowników medycznych

Kategoria	Min. punktów	Max. punktów	Minimalna płaca	Maksymalna płaca	Skok punktowy przy podziale na podkategorie
XV	438	486	3778	5137	16
XIV	391	437	3443	4670	15
XIII	307	347	2843	3814	13
XII	270	306	2579	3424	12
XI	235	269	2329	3071	11
X	206	234	2122	2738	9
IX	180	205	1937	2462	8
VIII	159	179	1787	2215	7
VII	140	158	1651	2015	6
VI	122	139	1523	1834	6
V	105	121	1401	1663	5
IV	90	104	1294	1501	5
III	71	83	1159	1301	4
II	60	70	1080	1178	3
I	59	59	1073	1073	0

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 1. Funkcje rozkładu płac zasadniczych w podsystemie pracowników medycznych

Źródło: opracowanie własne.

Indeksacja płac zasadniczych w przypadku przedstawionej formuły może być realizowana na trzy różne sposoby:

- poprzez powiększenie bazy płacowej (zwiększenie minimalnego wynagrodzenia). Nastąpi wówczas równomierny przyrost wynagrodzeń wszystkich pracowników;

- zwiększenie współczynnika relacji płacy najwyższej do najniższej dla minimalnych i maksymalnych poziomów widełek. W rezultacie takiego zabiegu nastąpi zwiększenie wynagrodzenia dla pracowników z wyższych kategorii zaszerogowania i ogólne zwiększenie stopnia zróżnicowania płac;

- jednoczesne zwiększenie bazy płacowej oraz współczynnika relacji płacy najwyższej do najniższej dla minimalnych i maksymalnych poziomów widełek. Nastąpi wówczas zwiększenie wynagrodzenia wszystkich pracowników przy jednoczesnym zwiększeniu stopnia zróżnicowania płac. Rozwiązanie takie jest najlepsze, wiąże się jednak z największym przyrostem płac zasadniczych.

7. Wytyczne wdrażania projektowanych rozwiązań taryfikacyjnych w szpitalnictwie

Ze względu na ograniczenia w przyroście funduszu wynagrodzeń wdrożenie nowego systemu taryfowego powinno przebiegać w dwóch fazach i powinno uwzględniać następujące założenia:

- w rezultacie wdrożenia nowych stawek płac zasadniczych nie powinno ulec zmniejszeniu dotychczasowe wynagrodzenie żadnego z pracowników. Gdy dotychczasowa płaca zasadnicza jest wyższa od maksymalnej stawki przewidzianej w widełkach dla jego kategorii, wysokość płacy powinna zostać skorygowana w czasie przez jej „zamrożenie”;

- do płacy zasadniczej zostanie włączony dodatek funkcyjny i za wysługę lat. Jako dodatkowe składniki wynagrodzenia całkowitego pozostaną: premie, dodatki HIV (terapia nosicieli wirusa), nagrody jubileuszowe, dodatki przewidziane w kodeksie pracy oraz dodatek za stopnie i tytuły naukowe.

Pierwsza faza wdrażania nowego rozwiązania powinna sprowadzać się do dostosowania wysokości wynagrodzeń zasadniczych pracowników do minimalnych poziomów wynagrodzenia przewidzianych dla kategorii zaszerogowania właściwej danemu pracownikowi. W sytuacji gdy dotychczasowa płaca zasadnicza znajduje się powyżej górnych widełek w klasie, należy zachować jej dotychczasowy poziom.

Druga faza powinna polegać na zróżnicowaniu wynagrodzeń pracowników w ramach poszczególnych klas taryfowych. Proponuje się dokonanie podziału każdej klasy taryfowej i odpowiadającego jej przedziału płacowego na trzy pod-

klasy, a następnie odpowiednie zwiększenie wynagrodzenia zgodnie z rzeczywistą punktacją dla danego stanowiska.

Decyzja o wdrożeniu drugiej fazy związana jest z oceną możliwości zwiększenia funduszu płac zasadniczych. Z tego względu konieczne jest przeprowadzenie odpowiednich symulacji w tym zakresie, które pozwalają ustalić poziom niezbędnych środków potrzebnych na jej realizację.

Literatura

- [1] Borkowska S., *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001.
- [2] Czajka Z., Jacukowicz Z., Juchnowicz M., *Wartościowanie pracy a zarządzanie płacami. Vademecum pracodawcy i pracownika*, Difin, Warszawa 1998.
- [3] Jacukowicz Z., *Praca i jej opłacanie*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2002.
- [4] Martyniak Z., *Metodologia wartościowania pracy*, Antykwia, Kraków 1998.
- [5] Oleksyn T., *Praca i płaca w zarządzaniu*, MSM, Warszawa 2001.
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 52, poz. 543 z późn. zm.).
- [7] Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2001 r. nr 5, poz. 45.
- [8] *Wpływ postępu techniczno-organizacyjnego na poziom i strukturę trudności prac administracyjno-biurowych*, red. Z. Martyniak, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1992.

Challenges in Improving Tariff Systems Based on the Example of the Domestic Hospital System

In this article, the authors describe the most common flaws of the tariff systems used in domestic hospitals. They present the trends in and limitations to the improvement of tariff systems. The authors devote particular attention to the improvement of career advancement paths, the use of job valuation in order to strengthen the link between salaries and real work value, and the rules for developing base salary grids and tables. They also present guidelines for implementing draft solutions. The authors illustrate the problems with numerous examples of existing and draft solutions from a selected clinical hospital.