

Jak pozyskać i zatrzymać personel medyczny

Pieniądze to nie wszystko

Beata Buchelt



fot. iStockphoto

Od kilku lat w wielu publikacjach wskazuje się na problem niedoboru personelu medycznego wyższego i średniego szczebla. Jak przyciągnąć i zatrzymać pracowników w szpitalu?

Autorzy są zgodni: niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego wyższego szczebla, lekarzy, wydaje się doskwierać kadrze zarządzającej placówkami medycznymi zarówno otwartymi, jak i zamkniętymi bardziej niż niedobór personelu medycznego szczebla średniego. Wydaje się jednak oczywiste z punktu widzenia trendów społeczno-demograficznych, że to tylko kwestia czasu, gdy kadra menedżerska zidentyfikuje lukę również w stanie i strukturze zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na razie z lektury ogłoszeń pracodawców wynika, że poszukują oni wykwalifikowanych lekarzy, np. neurologów, dermatologów czy kardiologów.

Kto szuka

Lekarzy ze specjalizacją poszukują przede wszystkim ośrodki zlokalizowane poza centrami akademickimi i dużymi miastami. To one pierwsze, ale na pewno nie ostatnie, doświadczają niedoboru wykwalifikowanej kadry medycznej wyższego szczebla. I jak wskazuje analiza czynników związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia, sytuacja ta w kolejnych latach nie tylko nie będzie się polepszać czy nawet normować, ale wręcz będzie się pogarszać. Pamiętajmy bowiem, że jak wynika z analizy danych zawartych w publikacjach naukowych czy na stronach internetowych urzędów statystycznych –

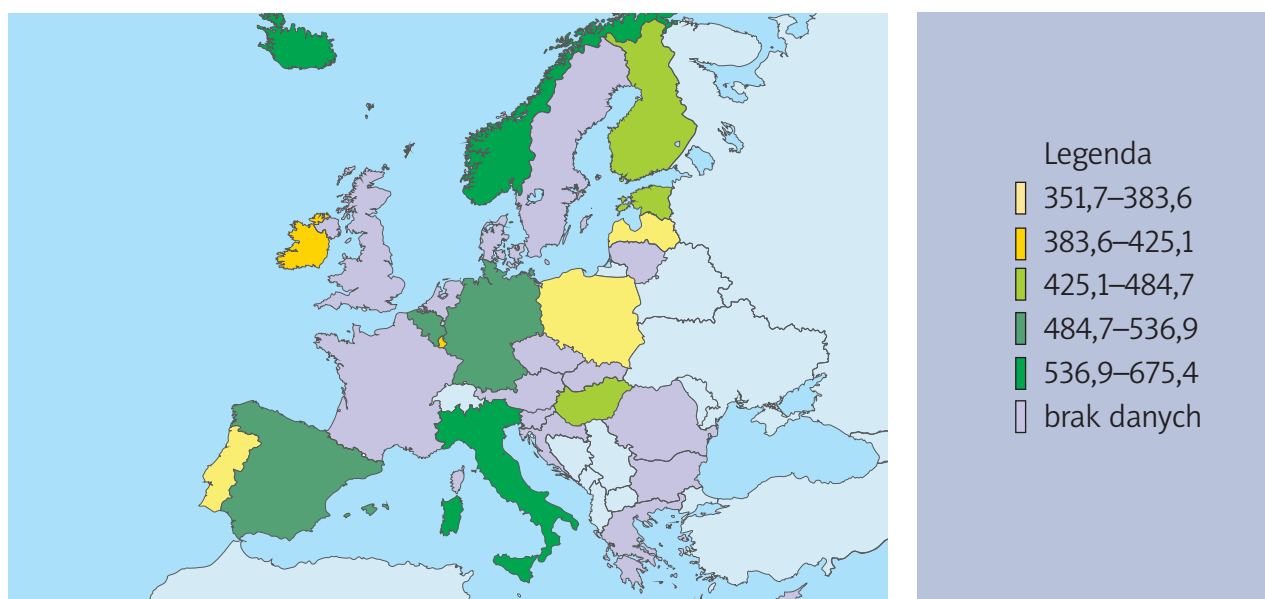
zarówno krajowego, jak i europejskiego – liczba lekarzy przypadająca na 100 000 mieszkańców w naszym kraju jest niepokojąco niska, co stawia Polskę w końcówce państw należących do Unii Europejskiej (ryc. 1.). W zasadzie wśród krajów, które udostępniły dane dotyczące liczby lekarzy na 100 000 mieszkańców, to Polska wyznacza wartość minimalną, tj. 351,7 lekarza na 100 000 mieszkańców. W tym samym czasie na przykład w Niemczech liczba ta wyniosła 536,9, a we Włoszech 614,1 [<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00167>, dostęp dnia 29.08.2013]. Tak mała liczba personelu medycznego wyższego szczebla przypadająca na 100 000 mieszkańców w naszym kraju wynika między innymi z dużej emigracji tego personelu. Od czasu wejścia Polski w struktury UE corocznie wyjeżdża do pracy do innych krajów UE od kilku do kilkunastu procent lekarzy, co wynika z liczby zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. I tak tylko w roku 2013 wydano 9026 zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych, co stanowiło 7,07 proc. liczby lekarzy wykonujących zawód [stan na 31 sierpnia 2013 r. opublikowany przez Najwyższą Izbę Lekarską, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0009/91944/Zestawienie-nr-06a.pdf, dostęp dnia 17.09.2013]. Dla porównania – w tym samym okresie w roku 2006 wydano takich zaświadczeń 5114 [Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp dnia 28.08.2013]. Porównując przytoczone dane, należy stwierdzić, że liczba emigrujących lekarzy systematycznie się zwiększa, co w przyszłości jeszcze bardziej będzie wpływać na i tak już trudną sytuację w zakresie pozyskania i utrzymania pracowników należących do tej grupy personelu medycznego.

„ Zadowolony pracownik przysporzy pracodawcy maksymalnie kilku kolejnych nowych kandydatów, niezadowolony opowie o nim przynajmniej kilkudziesięciu swoim znajomym ”

Niedobór personelu medycznego nie tylko wyższego, lecz także średniego szczebla znacznie doskwierać kadrze menedżerskiej placówek medycznych jeszcze bardziej w najbliższych latach, co wynika z niekorzystnego trendu demograficznego, zidentyfikowanego we wszystkich krajach członkowskich UE. Społeczeństwo polskie także się starzeje. Równocześnie zarówno kobiety, jak i mężczyźni żyją dłużej (odpowiednio do 80. i 75. roku życia) [GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_648_PLK_HTML.htm, dostęp dnia 17.09.2013]. Zwiększająca się długość życia Polaków oznacza w zasadzie zwiększający się popyt na usługi medyczne, a tym samym rosnące zapotrzebowanie na wykwalifikowany personel medyczny.

Czym przyciągać

Patrząc przez pryzmat wyzwań, z jakimi mierzą się lub też w najbliższej przyszłości zmierzą się placówki medyczne, wydaje się oczywiste, że problem niedoboru



Ryc. 1. Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach UE w 2010 r.

Źródło: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00167>, dostęp dnia: 1.09.2013

„ Personel medyczny poszukiwany jest najczęściej metodą tzw. rekomendacji pracowniczych ”

ru personelu medycznego wyższego szczebla należy uznać za strategiczny i traktować go priorytetowo. Trzeba jednak zadać pytanie, czy istnieją metody i narzędzia, które mogą osłabić lub zneutralizować skutki niekorzystnych dla placówek ochrony zdrowia czynników otoczenia. Otóż istnieją takie metody i narzędzia, a w zasadzie ich konfiguracje, powstałe na gruncie praktyk biznesowych organizacji nie tyle produkcyjnych, ile – a może przede wszystkim – tych świadczących zdywersyfikowane usługi, które to konfiguracje pozwalają nie tylko na przyciągnięcie kandydata do pracy w danej firmie, ale i jego zatrzymanie. Takimi konfiguracjami są różne warianty strategii budowania wizerunku pracodawcy (BWP; ang. *employer branding*).

Jak wspomniano wcześniej, koncepcja budowania wizerunku pracodawcy rozwijana jest w praktykach współczesnych organizacji od kilku lat. W literaturze przedmiotu BWP definiowane jest jako długoterminowa strategia zarządzania świadomością i postrzeganiem przez pracowników oraz interesariuszy (*stakeholders*) wizerunku danej firmy [Sullivan J. (2004), Eight elements of a successful employer brand: a costly proposition, *ER Daily*]. Początkowo działania związane z BWP właściwe były przede wszystkim dla organizacji działających na skalę międzynarodową. Współcześnie w zasadzie wszystkie organizacje, które pragną osiągnąć sukces na obsłużanym przez siebie rynku, w mniejszym lub większym zakresie dbają o swój wizerunek na rynku pracy.

BWP jako wabik

Założenia BWP odnoszą się do pięciu konceptów teoretycznych [Backhaus K, Tikoo S (2004), *Conceptualizing and researching employer branding*, *Career Development International*, no. 9]:

1. Podejścia zasobowego do zarządzania firmą (*resource-based view*). W koncepcji tej zakłada się, że zasoby ludzkie, czyli potocznie rzecz ujmując – pracownicy, a w zasadzie ucieleśniony w nich potencjał, ze względu na swoje atrybuty mogą stanowić źródło przewagi konkurencyjnej. W założeniach koncepcji budowania marki pracodawcy (BMP) przyjmuje się, że zasoby ludzkie tworzą wartość dla organizacji i dlatego też inwestycje w kapitał ludzki mogą podwyższyć efektywność firmy.

2. Marketingu zewnętrznego. Wykorzystując narzędzia marketingu zewnętrznego do budowy marki pracodawcy, zakłada się, że firma postrzegana będzie jako najlepszy pracodawca, a przez to będzie wybierana przez najlepszych kandydatów jako potencjalne miejsce pracy. Dodatkowo zakłada się, że gdy marka pracodawcy stanie się atrakcyjna dla kandydatów do pracy, to wytworzą oni sobie zestaw założeń o zatrudnieniu w danej firmie, który będą wdrażać, gdy faktycznie zostaną przez nią zatrudnieni, co z kolei wzmocni wartości firmy i wzmocni ich zaangażowanie.
3. Marketingu wewnętrznego. Narzędzia marketingu wewnętrznego pozwalają tworzyć pracodawcom kapitał ludzki trudny do imitowania przez konkurencję poprzez systematyczne informowanie pracowników o wartościach istotnych dla organizacji. W ten sposób tworzona jest kultura organizacyjna skoncentrowana na strategicznych celach organizacji.
4. Kontraktu psychologicznego. W kontekście zmian odnoszących się do form oraz warunków zatrudnienia, czyli zmiany kontraktu psychologicznego, działania wchodzące w skład budowania marki pracodawcy pozwalają na ekspozycję benefitów związanych z zatrudnieniem u danego pracodawcy, jak szkolenia czy możliwości kariery zawodowej.
5. Kapitału marki (*brand equity*). W marketingu kapitał marki oznacza zbiór aktywów i pasywów przypisanych marce, które dodają lub odejmują wartość produktowi lub usłudze danej firmy w oczach jej klientów. W kontekście koncepcji BMP kapitał marki pracodawcy powinien wpływać na potencjalnych lub aktualnych pracowników firmy. Wysoka wartość marki pracodawcy powinna skutkować większą liczbą aplikacji potencjalnych pracowników oraz zmniejszeniem płynności pracowniczej. Kapitał marki pracodawcy jest efektem działań związanych z budowaniem marki przez pracodawcę.

I BWP, i BMP

Zasadniczą zaletą koncepcji BMP jest to, że w sposób niemal naturalny wymusza ona na organizacjach takie ulepszenie systemu zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL), aby stał się on konkurencyjny wobec systemów stosowanych przez innych pracodawców, czyli konkurentów na danym rynku pracy. Warto jednak zaznaczyć, że zastosowanie strategii budowania marki przez organizacje spełnia swoją funkcję tylko wtedy, gdy organizacje faktycznie, a nie pozornie, ulepszają swoje systemy zarządzania zasobami ludzkimi. Pozorna zmiana oraz promocja może bowiem przyciągnąć do organizacji utalentowanych lub po prostu potrzebnych pracowników. Natomiast brak faktycznie realizowanych dobrych praktyk zarządzania zasobami ludzkimi spowoduje szybki odpływ wartościowych pracowników, czyli w żargonie finansowym zjawisko kosztów utopionych (*sinking costs*). Innymi zaletami wdrożenia tej strategii są m.in.:

- łatwość pozyskiwania talentów do organizacji, tj. pracowników wysoce efektywnych czy też pracowników wiedzy, do których z pewnością zaliczyć można personel medyczny, zwłaszcza wyższego szczebla,
- zwiększenie atrakcyjności nie tylko dla potencjalnych pracowników, lecz także klientów korzystających z usług – tę zasadę bardzo dobrze rozumieją zarządzający placówkami medycznymi obsługującymi klienta prywatnego,
- zmniejszenie kosztów pozyskiwania pracowników – pracownicy sami zgłaszają się do pracy,
- optymalizacja efektywności pracy pracowników – w dobrze funkcjonującej organizacji pracownicy pracują bardziej efektywnie,
- polepszenie jakości kandydatów ubiegających się o pracę – kandydaci do pracy dokonują samooceny weryfikującej możliwości ubiegania się o pracę u danego pracodawcy,
- zmniejszenie fluktuacji, tj. przepływu pracowników przy jednoczesnym zwiększeniu ich lojalności,
- organizacja staje się bardziej interesująca dla interesariuszy,
- usprawnienie obsługi klientów.

Teoria i praktyka

Mając świadomość korzyści płynących z zastosowania koncepcji BWP, ale również kosztów towarzyszących jej realizacji, należy wskazać działania, jakie należy podjąć, aby tę koncepcję z sukcesem wdrożyć. Niewątpliwie pierwszym krokiem powinno być przygotowanie analizy strategicznej wskazującej faktyczny stan systemu ZZL oraz poziom satysfakcji z pracy zatrudnionych, zwłaszcza uznanych za kluczowych, tj. tych, do których w przyszłości ze szczególnym naciskiem kierowana będzie oferta.

Oczywiście w badaniu systemu ZZL nie chodzi o to, aby stwierdzić, że posiadamy procedury zarządzania tym systemem, tylko o to, aby się zastanowić, jak faktycznie ten system działa. Często bowiem praktyka ZZL ma niewiele wspólnego z procedurami, choć oficjalnie są one przestrzegane. Aby taka ocena miała sens, czas skończyć z hipokryzją i zastanowić się m.in. nad tym, jak pozyskiwany jest personel medyczny (metody, narzędzia), czy placówka wykorzystuje odpowiednie narzędzia selekcji, czy istnieje system wprowadzania pracownika na stanowisko pracy i jak on funkcjonuje, i wreszcie: w jaki sposób dokonywana jest ocena pracownicza. Lista pytań analizujących faktyczny stan realizacji działań w zakresie ZZL jest długa, ale tylko udzielenie zgodnych z rzeczywistością odpowiedzi na nie daje placówce możliwość wskazania mocnych i słabych stron funkcjonowania systemu ZZL.

Ocena satysfakcji pracowników

Podobnie jest z oceną satysfakcji z pracy pracowników danej placówki medycznej. Potocznie przyjmuje się, że pracowników motywuje przede wszystkim wynagrodzenie.

Ale czy to rzeczywiście jedyny czynnik? Wydaje się oczywiste, że nie. Z moich doświadczeń wynika m.in., że dla personelu medycznego niezwykle istotne są takie czynniki motywacyjne, jak na przykład możliwość rozwoju kompetencji, atmosfera pracy czy jakość współpracy zespołowej. W czasie analizy strategicznej należy zastanowić się również, kto tak naprawdę tworzy grupę kluczowych pracowników w kontekście realizowanych przez placówkę usług medycznych. Ten personel bowiem powinien stać się głównym, ale oczywiście nie jedynym, punktem zainteresowania kadry menedżerskiej. W rezultacie analizy strategicznej placówka medyczna powinna uzyskać informację na temat mocnych i słabych stron działania systemu ZZL,

„ Lekarzy ze specjalizacją poszukują przede wszystkim ośrodki zlokalizowane poza centrami akademickimi i dużymi miastami. One pierwsze, ale na pewno nie ostatnie, doświadczają niedoboru kadry ”

a praktycznie rzecz ujmując, analiza ta powinna dać jej odpowiedź na pytania, jakie czynniki powodują, że pracownicy kontynuują pracę w tej jednostce, co wpływa na ich zadowolenie, a co staje się przyczyną ich niezadowolonych. Warto również dodać, że istotnym elementem działań analitycznych przy budowaniu marki pracodawcy jako narzędzia pozyskiwania i zatrzymywania pracowników, zwłaszcza kluczowych, jest ustalenie opinii danej placówki na adekwatnym rynku pracy oraz obsługiwany segment rynku usług medycznych oraz zidentyfikowanie atutów konkurencji. Działania analityczne powinny się zakończyć wyznaczeniem celów strategicznych, a w zasadzie określeniem, jak dana placówka chce być postrzegana przez potencjalnych i aktualnych pracowników. Na tym etapie, operacyjnie rzecz ujmując, definiowane są wartości stojące za marką danej placówki medycznej. Jeżeli na przykład placówka wskaże, że chce, aby jej wartością nadrzędną była bardzo wysoka jakość świadczonych usług, to działania podjęte po zdefiniowaniu tej wartości muszą być ukierunkowane na urealnienie tej wartości. Czyli na przykład do pracy powinni być przyjmowani pracownicy o wysokim potencjale rozwojowym lub specjaliści o adekwatnej reputacji. W placówce powinien funkcjonować efektywny sys-

tem rozwoju pracowników wraz z odpowiednim systemem badania efektywności zarówno działań rozwojowych, jak i jakości realizowanych usług, jakości faktycznej i pozornej.

Nieograniczona liczba pomysłów

Liczba działań, jakie należy podjąć, jest wręcz nieograniczona, bowiem zależy od wyników przeprowadzonej analizy i stwierdzenia listy obszarów wymagających poprawy lub rekonstrukcji. Co ważne, dopóki poziom realizowanych rozwiązań nie będzie zbliżony do zaplanowanego, tj. takiego, który powoduje, że pracownicy chcą pozostać w danej placówce, nie ma sensu podejmować działań promujących, a w zasadzie przyciągających z rynku pracowników. Dlaczego? Odpowiedź jest prosta. Jeżeli zaczniemy się ubiegać o pozyskanie pracownika, przedstawiając mu wizję pracy w idealnym miejscu i obiecując warunki, jakich nie możemy zapewnić, to nawet jeśli taki nieświadomy pracownik zatrudni się w danej placówce, wkrótce orientuje się, że został oszukany.

I co z tego? – zapyta nieświadomy menedżer. – Przecież mam już tego pracownika na pokładzie. To prawda, o faktach się nie dyskutuje, ale pytanie powinno być postawione inaczej, pomijając oczywiście kwestie etyki, a mianowicie: jakiego pracownika mam na pokładzie? Jakie są koszty takiego działania? Jakie są skutki takiego działania? A mam pracownika oszukanego, sfrustrowanego, zdemotywowanego i w zasadzie poszukującego nowego miejsca pracy. Mam „utopione koszty” pozyskiwania i adaptacji. A podstawowy skutek to zła opinia, która rozpowszechnia się bardzo szybko, opinia nieuczciwego pracodawcy.

Od ust do ucha

Na myśl przychodzi mi zasada, którą wpaja się studentom marketingu: „zadowolony klient przysporzy ci maksymalnie kilku kolejnych klientów, niezadowolony opowie o tobie przynajmniej kilkudziesięciu swoim znajomym”. Ta zasada sprawdza się również wobec pracowników, zwłaszcza medycznych. Jeżeli lekarz uważa, że warunki oferowane przez pracodawcę są korzystne, z pewnością zarekomenduje swojemu koledze czy koleżance dane miejsce pracy, jeżeli będzie czuł się oszukany, na pewno ich o tym poinformuje. A jak wynika z przeprowadzanych przeze mnie badań, personel medyczny poszukiwany jest najczęściej metodą tzw. rekomendacji pracowniczych. Przy czym muszę podkreślić, że nie powinno być to jedyne narzędzie weryfikacji kandydatów do pracy. Należy również wspomnieć, że w dzisiejszych czasach uczciwość w zarządzaniu pracownikami jest wręcz kluczowym czynnikiem sukcesu zarządzania organizacją, w tym placówką medyczną, która bazuje na jakości kapitału ludzkiego. Żyjemy bowiem w czasach w zasadzie pełnego dostępu do informacji. Kiedy wpisujemy nazwę pracodawcy w jednej z najczęściej

wykorzystywanych przeglądark internetowych, wyświetlają nam się wszystkie publikowane w ostatnich latach informacje na jego temat. Współcześnie zasada tzw. pierwszego momentu prawdy przeniesiona na grunt szeroko pojętego zarządzania zasobami ludzkimi, tj. pozyskania informacji o pracodawcy w momencie spotkania z nim lub rozpoczęcia dla niego pracy, jest już nieaktualna. Dziś pracownik, zanim podejmie decyzję o zatrudnieniu, doświadcza tzw. zerowego momentu prawdy, a zatem znajduje informację o danym pracodawcy w internecie. Dotyczy to zwłaszcza pracowników z pokolenia X i Y.

Promowanie siebie samego

Przy budowaniu wizerunku marki pracodawcy dbanie o efektywny system ZZL jest konieczne, ale niewystarczające. Organizacja powinna też podejmować działania marketingowe, a w zasadzie komunikacyjne, w celu promowania siebie jako dobrego pracodawcy. Aktualna strona internetowa, dobrze funkcjonujący intranet, możliwość pozyskania informacji przez pracowników, udział w spotkaniach branżowych i konferencjach. To tylko niektóre narzędzia, jakie mogą być wykorzystane przez placówki medyczne chcące zaistnieć na rynku pracy.

W podsumowaniu należy podkreślić, że zaprojektowanie i wdrożenie strategii budowania wizerunku pracodawcy dla wielu placówek medycznych jest trudnym wyzwaniem nie tylko z uwagi na dysfunkcje systemu ZZL, lecz także inne uwarunkowania, jakimi są kultura organizacyjna, strategia danej placówki medycznej czy wreszcie struktura organizacyjna. Warto jednak zaznaczyć, że dotarcie do celu, jakim jest pozytywny wizerunek pracodawcy, nie musi nastąpić, a wręcz nie powinno, w sposób rewolucyjny. Ważne jest, aby dokładnie wiedzieć, w jakim kierunku doskonalić poszczególne procesy i konsekwentnie realizować zaplanowane zmiany. Zmiana ewolucyjna może nawet przynieść lepsze rezultaty, pod warunkiem że jest dobrze zaprojektowana i realizowana pomimo barier, jakie wyznacza realizacja bieżącej działalności danej placówki. Wprowadzanie zmian w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi nie musi być też kosztochłonne, pod warunkiem jednak, że w dziale odpowiedzialnym za kwestie personalne placówka ma kompetentnych partnerów biznesowych, specjalistów nie tylko do spraw administracji kadrowej, ale takich, którzy posiadają kompetencje do projektowania rozwiązań szytych na miarę potrzeb placówek medycznych. A o tym, że takie placówki na polskim rynku usług medycznych zaczynamy powoli mieć, świadczy m.in. to, że zwiększa się udział pracowników działów personalnych na studiach podyplomowych i doktoranckich związanych bezpośrednio z zarządzaniem kapitałem ludzkim lub temu zagadnieniu poświęcających swoją pracę naukową.

Autorka jest ekspertką Katedry Zarządzania Kapitałem Ludzkim Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie