

Katarzyna Burda-Świerz

Rozwój kapitału ludzkiego jako strategii działania nowoczesnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Ekonomiczne Problemy Usług nr 45, 83-91

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Katarzyna Burda-Świerż¹

ROZWÓJ KAPITAŁU LUDZKIEGO JAKO STRATEGII DZIAŁANIA NOWOCZESNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Funkcjonowanie i organizacja ochrony zdrowia podlegają dużej presji ze strony bliższego i dalszego otoczenia, które opowiada się za dostępną i profesjonalną opieką medyczną z jednoczesnym przestrzeganiem zasad sprawności ekonomicznej.

Problematyki związanej z kapitałem ludzkim nie sposób uniknąć w kontekście konstruowania strategii działania organizacji publicznej. W sektorze opieki zdrowotnej klient (zwany pacjentem) zdaje sobie sprawę, że ostatecznym efektem dokonanego wyboru świadczeniodawcy będzie poprawa lub pogorszenie zdrowia, które jest podstawowym zasobem warunkującym pomyślny przebieg życia².

Celem artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie o istnienie relacji między organizacją działającą w publicznym sektorze ochrony zdrowia, a budowaniem przewagi konkurencyjnej w konsekwencji inwestycji w kapitał ludzki.

Desygnaty organizacji publicznej działającej w sektorze ochrony zdrowia

W sektorze ochrony zdrowia świadczenia zdrowotne są udzielane w najszerszym zakresie przez zakłady opieki zdrowotnej³. Zakład opieki zdrowotnej jest usta-

¹ Mgr. doktorantka, Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego w Katowicach.

² K. Oleszczyk, *Akredytacja zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] M. Trocki (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 17.

³ Zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zm.) jest:

1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu; 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium; 3) pogotowie ratunkowe; 4) medyczne laboratorium diagnostyczne; 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji; 6) zakład rehabilitacji leczniczej; 7) szpital; 8) ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej; 9) stacja sanitarno-epidemiologiczna; 10) wojskowy ośrodek medycyny

wowo zdefiniowany jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia albo w celach badawczych lub dydaktycznych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁴.

Z punktu widzenia celu artykułu nieodzownym wydaje się przedstawienie cech publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zgodnie z wymogami zawartymi w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej muszą:

- być ujęte w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej, który jest prowadzony przez wojewodę lub Ministra Zdrowia,
- stosować się do nadanego przez organ założycielski statutu, który określa urządzenie zakładu oraz określa inne kwestie dotyczące jego funkcjonowania,
- posiadać regulamin porządkowy zaakceptowany przez kierownika danego zakładu,
- zagwarantować, by usługi zdrowotne były udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające określone wymagania zdrowotne;
- dysponować pomieszczeniami i urządzeniami o odpowiednich standardach fachowych i sanitarnych.

Ważnym aspektem reformy służby zdrowia było usamodzielnienie zakładów. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisania do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez sąd rejonowy.

Zgodnie z literą prawa samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej:

- gospodaruje samodzielnie majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym, jak również przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem własnym,
- opiera swoją gospodarkę na planie finansowym ustalonym przez kierownika zakładu,
- zobowiązania i koszty swojej działalności pokrywa z uzyskiwanych przychodów i posiadanych środków,
- po uprzednim wpisie tej zmiany do rejestru, może zmienić zakres udzielanych świadczeń,
- może samodzielnie decydować o podziale zysku,
- pokrywa ujemny wynik finansowy, jednak w przypadku, kiedy jest to niemożliwe, ujemny wynik finansowy na podstawie decyzji organu, który utworzył zakład, powinien być pokryty ze środków publicznych. Ujemny wynik finansowy nie może być podstawą do zaprzestania działalności, *sp zozu*⁵.

Katarzyna Tymowska zaznacza, że choć kategoria samodzielności jest definiowana w odniesieniu do dysponowania środkami finansowymi, należy rozumieć ją

prewencyjnej, 11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi; 12) inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.

⁴ G. Szpor, *Prawne zagadnienia ochrony zdrowia*, [w:] A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera*, AI im. K. Adamieckiego, Katowice 2001, s. 67.

⁵ M. Dobska, *Zakład opieki zdrowotnej jako samodzielny podmiot na wylaniającym się rynku usług medycznych*, [w:] M. Dobska, K. Rogoziński (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008, s. 19 i n.

znacznie szerzej, traktując samodzielne zakłady opieki zdrowotnej jako instytucje zbliżone swoim charakterem do przedsiębiorstw usługowych⁶.

Cechą, która wyróżnia samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jest ich szczególna pozycja „rynkowa”. To właśnie status prawny tych jednostek sprawia, iż w pewnych aspektach traktowane są jak przedsiębiorstwa, a w innych nałożony jest na nie obowiązek realizacji celów publicznych – świadczenie usług zaspokajających zbiorowe potrzeby społeczeństwa. Sytuacja ta implikuje poważne problemy⁷. Innymi słowy zakład opieki zdrowotnej jest organizacją publiczną wyróżniającą się specyficznym charakterem wykonywanych usług i społeczną funkcją, które często są sprzeczne z zasadami klasycznego rachunku ekonomicznego, co implikuje sposób zarządzania tą jednostką⁸. Nie jest możliwe bezpośrednie przeniesienie metod zarządzania w sektorze prywatnym do sektora publicznego, ponieważ wyróżniają go specyficzne cechy⁹.

Konkurencja w sektorze publicznym

Zmiany zachodzące na rynku pracy w sektorze publicznym sprawiają, iż niezbędne staje się permanentne dostosowywanie się do nowych warunków, co między innymi determinuje konieczność nieustannego uzupełniania wiedzy i samodzielnego doskonalenia kwalifikacji zawodowych. Jedynie profesjonalista może rozwiązać problemy stawiane przez rzeczywistość rynku oraz dokonywać trafnych wyborów¹⁰.

Wielu menedżerów służby zdrowia zastanawia się, w jaki sposób usprawnić zarządzanie placówką medyczną, aby sprostać wprowadzonym do tego sektora regułom gospodarki rynkowej i być konkurencyjnym¹¹. Jednak sektor publiczny ma diametralnie różne w stosunku do sektora rynkowego wyróżniki relacji z otoczeniem, i chociaż należy, to jednak trudno do końca stosować w nim zasady zarządzania typowe dla organizacji rynkowych¹².

Przewaga konkurencyjna jest kluczowym problemem w opracowywaniu strategii działania organizacji. Jest to niewątpliwie stan, który umożliwia firmie uzyskanie różnorodnych korzyści. Gdy zakład opieki zdrowotnej ma przewagę konkurencyjną, oznacza to, że ma coś, czego inni nie mają, robi coś lepiej od innych lub robi coś, czego inni robić nie mogą, szybciej niż konkurencja rozwija pewne aspekty swojej działalno-

⁶ Takie rozumienie przedstawiła K. Tymowska w: *Ekonomiczne aspekty systemu opieki zdrowotnej określonego ustawą o zakładach h. „Antidotum”* 1997, nr 5, s. 2-7, [za:] ibidem, s. 19-20.

⁷ Jeżeli zagrożone jest życie lub zdrowie osoby zgłaszającej się do zakładu opieki zdrowotnej, żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, nawet wówczas, kiedy zakład opieki zdrowotnej sam zostanie obciążony jej kosztem.

⁸ J. Jończyk, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008, s. 111-112.

⁹ Szerzej na ten temat w: M. Bratnicki, A. Frączkiewicz-Wronka, *W poszukiwaniu tożsamości zarządzania publicznego*, [w:] J. Skalik (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Dynamika zmian w organizacji – ewolucja czy rewolucja*, AE we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 63-72.

¹⁰ A. Frączkiewicz-Wronka, A. Austen, *Jakość i wartość menedżerów ochrony zdrowia (wybrane aspekty)*, [w:] A. Lipka, S. Waszczak (red.), *Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji*, AE im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2007, s. 422 i n.

¹¹ J. Gałuszka, K. Krajewski, *Wsparcie informatyczne zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] M. Trocki (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 152.

¹² A. Frączkiewicz-Wronka, H. Saryusz-Wolska, *Niepewność i decyzje strategiczne w publicznym systemie ochrony zdrowia*, [w:] R. Krupski (red.), *Planowanie strategiczne...*, s. 233-234.

ści. Podejście zasobowe kładzie nacisk na zasoby (ze szczególnym uwzględnieniem zasobów ludzkich) jako główny czynnik rozwoju organizacji¹³.

Low i Kalafut wyodrębnili dwanaście wartości niematerialnych, które wpływają na funkcjonowanie firm: przywództwo, realizacja strategii, komunikacja i jawność, wartości marki, reputacja, sieci i sojusze, technologie i procesy, organizacja i kultura w miejscu pracy, innowacyjność, kapitał intelektualny, elastyczność, kapitał ludzki¹⁴.

Wraz z uświadomieniem znaczenia wiedzy oraz wartości niematerialnych w zarządzaniu, waga czynnika ludzkiego wzrasta. Konkurencja, która przez długie dziesięciolecia oparta była na produktach i cenach, obecnie koncentruje się na kapitale ludzkim. W związku z powyższym dla strategii działania organizacji ważne stają się rekrutowanie i zatrzymywanie wartościowych ludzi, odpowiednie wykorzystanie ich wiedzy, spostrzeżeń i umiejętności¹⁵.

Organizacje, w tym także należące do sektora opieki zdrowotnej, powinny być zorientowane na maksymalizację inwestycji w kapitał ludzki ponieważ takie działanie nieuchronnie prowadzi do zwiększenia zysków i efektywności¹⁶.

Kapitał ludzki

Koncepcja kapitału ludzkiego powstała na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku na gruncie ekonomii neoklasycznej¹⁷.

Jednym z pierwszych artykułów, w którym pojawiło się pojęcie kapitału ludzkiego, była praca J. Mincera z 1958 roku. Autor zakładał, że w procesie podziału dochodu najistotniejsze są czynniki związane z racjonalnym zachowaniem się poszczególnych jednostek. Mincer wprowadził pojęcie inwestowania w kapitał ludzki – rozumiane jako proces uczenia się – najpierw w szkole (edukacja formalna), a później zdobywanie doświadczenia zawodowego¹⁸.

W organizacjach ludzie postrzegani są jako aktywa, które się nabywa, utrzymuje, rozwija, ocenia i nadzoruje. W porównaniu z pozostałymi zasobami ten rodzaj aktywów jest rozwojowy, ponieważ ludzie mają zdolność do uczenia się, ciągłego doskonalenia i w przeważającym stopniu przyczyniają się, do tworzenia wartości dodanej przedsiębiorstwa¹⁹.

W literaturze spotykamy się z wieloma nie zawsze precyzyjnie formułowanymi pojęciami kapitału ludzkiego.

¹³ J. Rokita, *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005, s. 57.

¹⁴ J. Low, P. Cohen Kalafut, *Niematerialna wartość firmy. Ukryte źródła przewagi konkurencyjnej*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, s. 11 i n.

¹⁵ W. Gonciarski, *Menedżer jako kreator wartości kapitału ludzkiego*, [w:] A. Lipka, S. Waszczak (red.), *Zarządzanie...*, s. 187 i n.

¹⁶ M.C. Kocakuláh, D. Harris, *Measuring Human Capital Cost Through Benchmarking in Health Care Environment*, „Journal Of Health Care Finance” 2002, nr 29 (2), s. 27–37.

¹⁷ W. Tyc, *Kapitał ludzki jako zasób czynników wytwórczych*, [w:] J. Kopycińska (red.), *Teoretyczne aspekty gospodarowania*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005 za: M. Czech, Z. Skrzypczak, *Wykorzystanie metody kapitału ludzkiego i koncepcji preferencji w sektorze ochrony zdrowia*, „Problemy Zarządzania” 2007, nr 3, s. 22.

¹⁸ K. Cichy, K. Malaga, *Kapitał ludzki w modelach i teorii wzrostu gospodarczego*, [w:] M. Herbst (red.), *Kapitał ludzki i kapitał społeczny a rozwój regionalny*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007, s. 20.

¹⁹ M. Rybak, *Zarządzanie kapitałem ludzkim a kluczowe kompetencje*, [w:] M. Rybak (red.), *Kapitał ludzki a konkurencyjność przedsiębiorstw*, POLITEXT, Warszawa 2003, s. 39–40.

Spojrzenie przez pryzmat kapitału jest nieco inne niż przez pryzmat zasobów²⁰.

Według założeń J. Strużyny: „kapitał to taka wartość, którą cechuje szczególna własność, polegająca na tym, że zaangażowana tworzy szansę na otrzymanie wartości dodatkowej. Zasoby mogą mieć charakter zasobów strategicznych”²¹.

Tabela nr 1. Wybrane elementy ZKL i ZZL na tle konfiguracji organizacyjnej.

	ZZL	ZKL
Podzielane wartości	Organizacyjne, zespołowe. Wiele różnych różnoprawnionych i społecznie akceptowanych wartości (przewaga konkurencyjna, przeżycie, rozwój, równowaga itd.). Istotą zarządzania jest pomaganie w ich ustaleniu. Podobnie jak na poziomie poszczególnego pracownika. W odniesieniu do osoby uwypuklane wartości o charakterze autotelicznym (np. satysfakcja, sprawiedliwość, samozadowolenie itd.). Wysiłek osoby w organizacji ma być wartościowy sam w sobie i doprowadzać do osiągnięcia wspólnych wartości. Bezpieczeństwo zatrudnienia. Zatrudnialność. Problem własności organizacji jest ustalony poprzez własność organizacji.	Istotne stają się wartości właściciela kapitału, indywidualne. Kapitał sam w sobie nie jest wartością autoteliczną. Zatem pojawia się pytanie o to czemu ma służyć? W ramach samej koncepcji KP odpowiedź nie zostaje udzielona. Dla jej uzyskania potrzebne jest odwołanie do innych teorii np. ekonomii, w której kapitał jest czynnikiem wzrostu gospodarczego, polityki. Zarządzanie kapitałem ludzkim nie zmusza do udzielenia odpowiedzi o wartości dla których kapitał jest tworzony i wykorzystywany. Nie dopuszcza się jednak możliwości zarządzania kapitałem, które doprowadzałoby do jego utraty. ZKP dostarcza zatem wartości pośrednich np. zwrot na kapitale. Problemem jest także dążenie do wzmocnienia kapitału każdej osoby, ale przede wszystkim własnego. Bezpieczeństwo kapitału. Wartością staje się ruch kapitału, inwestowanie i pokrycie kosztów kapitału. Maksymalizacja zwrotu. Przeniesienie wartości znanych z ekonomii, finansów i rachunkowości nie jest w tym przypadku mechaniczne i rodzi wiele pytań. Problem własności organizacji staje się kluczowy.
Strategia i cele	Wspieranie strategii generalnej firmy. Zinegrowanie ze strategią generalną. Losy pracowników, ich dobrobyt są zespalone poprzez ścieżki kariery, które mogą zakładać gotowość poświęcenia dla innych i niechęć do poszukiwania zwrotu na posiadanych zasobach, a dążenie jedynie do ich angażowania.	Strategia kariery (perspektywa indywidualna). Strategia łączenia różnych kapitałów (strategia z punktu widzenia organizacji). Siły rozpraszające są wyraźnie widoczne, gdyż dla każdego właściciela K.L. strategia ma charakter zindywidualizowany. Wydaje się, iż istnieją obiektywne trudności w zintegrowaniu strategii podmiotów, z których każdy dąży do maksymalizacji swoich korzyści kapitałowych.

²⁰ Szerzej na ten temat: J. Strużyna, *Próba porównania koncepcji kapitału ludzkiego i zasobów ludzkich*, [w:] A. Lipka, S. Waszczak (red.), *Zarządzanie...*, s. 201 i n.

²¹ J. Strużyna, *Porównanie koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi i zarządzania kapitałem ludzkim konsekwencje organizacyjne*, [w:] R. Krupski (red.), *Zarządzanie strategiczne. Podstawowe problemy*, Wąbrzyńska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2008, s. 214.

	ZZL	ZKL
Struktura	Podział na zarządzanie zasobami ludzkimi wykonywany przez kierowników, wspomaganie przez specjalistów funkcjonalnych. ZZL może być traktowany jako biznesowy partner. Organizacja quasi otwarta, to znaczy, że jednak dostrzega się jej granice i lokuje swoje osobiste interesy w tych granicach.	Zarządzanie kapitałem ludzkim ma charakter podobny do wspomaganie zarządzania karierą bez granic. Kierownicy powinni działać na rzecz najlepszego ulokowania kapitału osób, w tym również zajmować się odnajdywaniem takich miejsc poza organizacją. Stają się doradcami w karierze (lepszym lokowaniu kapitału) lub siłą wymagają lokowania kapitału tam, gdzie uważają to za stosowne. Powinni także angażować się w tworzenie narodowego kapitału, który potem jest im udostępniany. Nie do końca wiadomo, jak i w co mają angażować swój własny kapitał, a także kto ma im w tym pomagać i w imię czego? W organizacjach specjaliści od ZKL muszą wchodzić w skład zarządu, ze względu na ochronę własności. Dominującą rolą organizacyjną powinna być rozwinięta forma boundary spanner.
Systemy i procesy	Zarządzanie w tradycyjnej, w znanej z podręczników ZZL formie. Funkcje utrwalone w literaturze.	Zespłanie kapitalistów (nowe zadanie). Funkcje wymagające ponownego rozpracowania i nazwania (np. lewarowanie kapitału, przyciąganie kapitału).
Styl przywództwa	Znane style kierowania i przywództwa	Przywódca w części przypominający zespół Mc Kinseya
Obsada (koncepcja człowieka w organizacji)	Pracownik traktowany jako omylny, pełen sprzeczności. Lojalność wobec organizacji wymagana jest i nagradzana.	Racjonalny inwestor, kapitalista. Problem lojalności, która jest ukierunkowana na pomnażanie własnego kapitału.
Strategiczne osiągnięcia	Zespolenie, organizacyjny sukces, kompetencja wyróżniająca. Trwała przewaga konkurencyjna. Efekt synergii rozdzielany poprzez system wynagrodzeń.	Zwrot na kapitale osobistym. Synergia (nadwyżka wynikająca z połączenia kapitałów), jak ma być dzielona i ponownie inwestowana (podział dywidendy)?

Źródło: Strużyna J., *Porównanie koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi i zarządzania kapitałem ludzkim konsekwencje organizacyjne*, [w:] R. Krupski (red.), *Zarządzanie strategiczne. Podstawowe problemy*, Włbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, Włbrzych 2008, s. 214-215.

Zarządzanie kapitałem ludzkim jest ogniwem pomiędzy zasobem a korzyścią konkurencyjną²².

W dobie globalizacji coraz częściej obserwuje się uniwersalizację teorii, koncepcji, modeli i metod zarządzania oraz swoisty ich transfer między organizacjami. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, aby funkcjonować w turbulentnym otoczeniu musi być konkurencyjny²³.

²² A. Lipka, *W poszukiwaniu metody wyceny kapitału ludzkiego*, [w:] A. Lipka, S. Waszczak (red.), *Zarządzanie...*, s. 128.

²³ A. Frączkiewicz-Wronka, *Strategiczne problemy zarządzania organizacjami publicznymi*, [w:] R. Krupski (red.), *Zarządzanie strategiczne. Podstawowe...*, s. 275-290.

Zakład opieki zdrowotnej jest organizacją świadczącą usługi medyczne w formie zorganizowanego majątku, noszącą wiele cech przedsiębiorstwa. Przetwanie i rozwój każdego przedsiębiorstwa na rynku uwarunkowane jest wieloma czynnikami, wśród których jednym z ważniejszych jest kapitał ludzki²⁴.

Porównując stan badań nad kapitałem ludzkim w polskiej służbie zdrowia i w krajach wysoko rozwiniętych (OECD) można zauważyć zapóźnienie Polski w tej dziedzinie. Zaistnienie takiej sytuacji wiąże się z tym, nie funkcjonuje żaden ośrodek, zajmujący się koordynowaniem badań w zakresie planowania kadr medycznych i współpracą z ośrodkami zagranicznymi, a w głównej mierze dostosowaniem polskich standardów w tym zakresie do określonych przez organizacje międzynarodowe. Nie powołano centralnego ośrodka zajmującego się gromadzeniem i przetwarzaniem danych dotyczących kadr medycznych, a co się z tym wiąże – nie zostały przeprowadzone kompleksowe badania z zakresu zapotrzebowania na kadrę medyczną, ponadto nie ma spójnej strategii w sferze planowania kadr medycznych²⁵. Problematyczne kwestie związane z kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia nie są specyfiką polską, na przykład w Stanach Zjednoczonych sektor opieki zdrowotnej jest o ponad dekadę opóźniony w stosunku do innych sektorów w tym kraju, jeżeli chodzi o podejście do inwestowania w kapitał ludzki²⁶.

Podsumowanie

Inwestycje w rozwój kapitału ludzkiego oddziałują wielotorowo. Odpowiednio zaprojektowane i przeprowadzone szkolenia jednocześnie zwiększają motywację i poczucie przywiązania do organizacji, co skłania do transferu wiedzy i motywowania innych pracowników²⁷.

Wartościowy kapitał ludzki to taki, którego posiadanie umożliwia zakładowi opieki zdrowotnej realizację strategii działania. Innymi słowy wartość kapitału ludzkiego wyraża jego przydatność do osiągania przewagi konkurencyjnej w rezultacie zapewnienia przedsiębiorstwu kluczowych umiejętności²⁸.

Niezbędne wydają się dalsze badania, które pozwoliłyby ustalić relacje między organizacją działającą w publicznym sektorze ochrony zdrowia, a budowaniem przewagi konkurencyjnej w konsekwencji inwestycji w kapitał ludzki.

Literatura

1. Bochniarz P., Gugala K., *Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego w firmie*. Poltext, Warszawa 2005.
2. Czech M., Skrzypczak Z., *Wykorzystanie metody kapitału ludzkiego i koncepcji preferencji w sektorze ochrony zdrowia*. „Problemy Zarządzania” 2007, nr 3.

²⁴ E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003, s. 224.

²⁵ K. Skowron, *Wybrane aspekty kształtowania jakości i wartości kapitału ludzkiego w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] A. Lipka, S. Waszczak (red.), *Zarządzanie...*, s. 417-418.

²⁶ R.J. Grossman, *The Staffing Crisis*, „Health Forum Journal” 2002, nr 45(3), s. 12 i n.

²⁷ P. Bochniarz, K. Gugala, *Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego w firmie*, Poltext, Warszawa 2005, s. 122.

²⁸ M. Rybak, *Zarządzanie kapitałem ludzkim a kluczowe kompetencje*, [w:] M. Rybak (red.), *Kapitał ludzki...*, s. 45.

3. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera*, Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego, Katowice 2001.
4. Grossman R.J., *The Staffing Crisis*, „Health Forum Journal” 2002, nr 45(3).
5. Herbst M. (red.), *Kapitał ludzki i kapitał społeczny a rozwój regionalny*, Scholar, Warszawa 2007.
6. Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.
7. Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008.
8. Kocakülâh M.C., Harris D., *Measuring Human Capital Cost Through Benchmarking in Health Care Environment*, „Journal Of Health Care Finance” 2002; nr 29 (2).
9. Kopycińska J. (red.), *Teoretyczne aspekty gospodarowania*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2005.
10. Krupski R. (red.), *Planowanie strategiczne w warunkach niepewności*, Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2008.
11. Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Podstawowe problemy*, Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2008.
12. Lipka A., Waszczak S. (red.), *Zarządzanie wartością kapitału ludzkiego organizacji*, AE im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2007.
13. Low J., Cohen Kalafut P., *Niematerialna wartość firmy. Ukryte źródła przewagi konkurencyjnej*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.
14. Rokita J., *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005.
15. Rybak M. (red.), *Kapitał ludzki a konkurencyjność przedsiębiorstw*, Poltext, Warszawa 2003.
16. Skalik J. (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Dynamika zmian w organizacji – ewolucja czy rewolucja*, Prace Naukowe AE Wrocław, AE we Wrocławiu, Wrocław 2006.
17. Trocki M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
18. Tymowska K., *Ekonomiczne aspekty systemu opieki zdrowotnej określonego ustawą o zakładach*, „Antidotum” 1997, nr 5.

Summary

HUMAN CAPITAL DEVELOPMENT AS A STRATEGY FOR MODERN PUBLIC HEALTHCARE UNIT PERFORMANCE

Healthcare managers in the public sector work under the pressure from closer and distant environment. This environment opts for modern and accessible healthcare as well as for economic efficiency. Health is perceived as a resource which determines life of human beings in every single field of their activity therefore patients are aware of the importance of their choice of healthcare service what can result in improvement or deterioration of their health condition.

It is not possible to avoid human capital issues as far as creating the strategy of modern healthcare organization is considered.

This article address the problem of (potential) relations between public health-care organization and creating the competitiveness by investing in human capital.