

Zesz. Nauk. UEK, 2023, 4(1002): 117–134
ISSN 1898-6447
e-ISSN 2545-3238
<https://doi.org/10.15678/ZNUEK.2023.1002.0407>

Całkowite wynagrodzenie personelu lekarskiego

The Total Reward of Physicians

Beata Buchelt¹, Ewa Beck-Krała²

¹ Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Instytut Zarządzania, Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim, ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków, e-mail: bucheltb@uek.krakow.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4977-5101>

² AGH Akademia Górniczo-Hutnicza, Wydział Zarządzania, Katedra Zarządzania Organizacjami i Kapitałem Społecznym, ul. Gramatyka 10, 30-067 Kraków, e-mail: ebeck@agh.edu.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0264-5825>

Artykuł udostępniany na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 (CC BY 4.0); <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Sugerowane cytowanie: Buchelt B., Beck-Krała E. (2023), *Całkowite wynagrodzenie personelu lekarskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 4(1002), 117–134, <https://doi.org/10.15678/ZNUEK.2023.1002.0407>.

STRESZCZENIE

Cel: Identyfikacja i ocena aktualnie stosowanych sposobów wynagradzania lekarzy oraz proponowanie rozwiązań związanych z wynagrodzeniem tych profesjonalistów medycznych.

Metodyka badań: Krytyczna analiza literatury przedmiotu o charakterze integratywnym. Subiektywny dobór literatury przedmiotu wynikał ze specyfiki problemu badawczego oraz wielości perspektyw i koncepcji zarządzania, które zostały poddane analizie.

Wyniki badań: Dotychczasowe rozwiązania w zakresie wynagradzania lekarzy nie odnoszą się do holistycznego ujęcia efektywności pracy *performance management* lekarzy ani nie uwzględniają specyfiki tej profesji. Termin *pay for performance* stosowany w literaturze przedmiotu definiowany jest wąsko – odnosi się do wynagradzania za ilość wykonanych procedur medycznych lub przepracowanych godzin pracy. Podejście takie jest wyraźnie krytykowane z uwagi na to, że nie sprzyja podnoszeniu jakości świadczeń medycznych. Lekarze wynagradzani są również za kwalifikacje (specjalizacje, kursy, szkolenia) lub za działania zgodne z wartościami podmiotów medycznych.

Wnioski: Holistyczne ujęcie efektywności pracy lekarzy oraz uwzględnienie cech tej profesji warunkuje implementację rozwiązań opartych na koncepcji całkowitego pakietu wynagrodzeń, którego konstrukcja powinna stymulować proefektywnościowe zachowania lekarzy, tj. rozwój kompetencji specjalistycznych i pozaspecialistycznych oraz realizację zdefiniowanej liczby procedur medycznych. Takie ujęcie performansu lekarzy implikuje zastosowanie celowo dobranych czynników materialnych i niematerialnych, których oddziaływanie będzie się wzajemnie uzupełniało i wzmacniało pożądane zachowania przedmiotowej grupy personelu medycznego.

Wkład w rozwój dyscypliny: Opracowanie propozycji kompleksowego wynagrodzenia lekarzy, odnoszącego się zarówno do kluczowych cech ich profesji, jak i specyfiki procesu ich pracy.

Typ artykułu: oryginalny artykuł naukowy.

Słowa kluczowe: lekarze, wynagradzanie, zarządzanie efektywnością pracy lekarzy, całkowite wynagrodzenie, struktura wynagrodzenia lekarzy.

Klasyfikacja JEL: J30, J33, O15.

ABSTRACT

Objective: The aim of this paper is to identify and evaluate currently used methods of remunerating doctors in hospitals then to lay out general recommendations for rewarding these medical professionals in Polish health care.

Research Design & Methods: A critical analysis of the literature review was done. The selection of literature was dictated by the specificity of the research problem and the multiplicity of perspectives and concepts of management that were analysed.

Findings: The literature review shows that the remuneration solutions for doctors do not capture a holistic view of the effectiveness of doctors' work, nor do they consider the specificity of this profession. The term Pay for Performance used in the literature in the context of remunerating doctors is defined too narrowly. That applies to remuneration for the number of procedures performed and for hours worked. This approach to remuneration comes in for widescale criticism in the literature as it is not conducive to the high quality of medical services provided. According to the research, physicians are also rewarded for qualifications or for actions consistent with the values of medical entities.

Implications/Recommendations: The holistic approach to the effectiveness of doctors' work and the characteristics of the medical profession determine the implementation of solutions based on a Total Rewards programme. The structure of the rewards package for physicians should stimulate pro-effective behaviour among physicians – that is, they develop specialist and non-specialist competencies and perform a defined number of medical procedures. Such an approach implies the use of both tangible and intangible factors that help bring about desired behaviours among these personnel.

Contribution: The paper reports on the development of guidelines for total rewards of doctors, referring to both the key features of their profession and the specificity of their work.

Article type: original article.

Keywords: physicians, remuneration, performance management of physicians' work, total rewards, structure of physicians' remuneration.

1. Wprowadzenie*

Kapitał ludzki w ochronie zdrowia stanowi fundament funkcjonowania przedmiotowego systemu. Jego strategiczna rola przejawia się zarówno w możliwościach zabezpieczenia dostępności świadczeń medycznych dla krańcowych użytkowników systemu (pacjentów), jak i w szeroko pojmowanej jakości usług medycznych, tej faktycznej oraz postrzeganej (White 2012). W jego skład wchodzi przedstawiciele profesji medycznych i paramedycznych. O zainteresowaniu daną profesją medyczną przez naukowców i menedżerów ochrony zdrowia decydują zasadniczo trzy kwestie: rola w realizacji usługi medycznej, zaangażowanie w funkcjonowanie podstawowych podmiotów udzielających świadczeń medycznych oraz dostępność danej grupy profesjonalistów medycznych. Istotnym zagadnieniem jest również zaangażowanie przedstawicieli poszczególnych grup personelu medycznego zarówno w proces zarządzania, jak i badania naukowe w tym zakresie. Połączenie wskazanych wyznaczników doprowadziło do tego, że w literaturze przedmiotu najczęściej analizowane są kwestie związane z zarządzaniem personelem pielęgniarskim, a rzadziej te dotyczące zarządzania personelem lekarskim, który od lat postrzegany jest jako kluczowy decydent w zakresie zasobów materialnych i niematerialnych (Pauly 1978) w procesie realizacji usługi medycznej.

W tym kontekście celem niniejszego artykułu jest identyfikacja i ocena aktualnie stosowanych sposobów wynagradzania lekarzy oraz zaproponowanie ogólnych rozwiązań związanych z wynagrodzeniem tych profesjonalistów medycznych. Wykorzystana metoda badawcza to krytyczna analiza literatury przedmiotu (Raczyńska 2020) o charakterze integratywnym. Wybrany problem badawczy wymagał bowiem kreatywnego podejścia do analizy literatury, opartego na jej subiektywnym doborze, wynikającym z połączenia perspektyw badawczych i koncepcji teoretycznych (Snyder 2019). Analizowana literatura obejmowała bazy Google Scholar, BazEkon, Emerald oraz Sage. Słowa kluczowe wyszukiwane w literaturze to: *physicians*, lekarze, personel lekarski, *physicians performance management*, zarządzanie efektywnością pracy lekarzy, *pay for performance*, wynagradzanie za efekty, *pay for value*, wynagradzanie za wartości, *total reward*, całkowite wynagrodzenie. Po zapoznaniu się z wybraną literaturą autorki skoncentrowały się na wyselekcjonowanych pozycjach wpisujących się w dyscyplinę nauk o zarządzaniu i jakości oraz dyscyplinę nauk o zdrowiu. Autorki nie analizowały artykułów z zakresu nauk medycznych.

* W artykule przedstawiono wyniki projektu badawczego pod kierownictwem B. Buchelt pt. *High Performance Work Practices: Physicians Perspective* (2021), realizowanego w ramach programu Senior Fulbright Award.

2. Koncepcja *total rewards* jako współczesne podejście do kształtowania wynagrodzeń pracowników

Wynagrodzenia odgrywają kluczową rolę w zarządzaniu organizacją, ponieważ bezpośrednio przekładają się na pozyskanie i utrzymanie pracowników (Bloom i Michael 2002, Bloom, Milkovich i Mitra 2003, Borkowska 2012, Armstrong 2015), a także na motywację i wyniki pracy (Jenkins i in. 1998, Borkowska 2012). Te z kolei przekładają się na jakość wytwarzanych produktów i świadczonych usług. Odpowiednie wynagrodzenie pozwala kreować pożądane zachowania pracowników (Shields i in. 2012, Oleksyn 2014, Jawor-Joniewicz i Sajkiewicz 2017), ich zaangażowanie i satysfakcję z pracy (Lawler 2000, Juchnowicz 2012, Bangchokdee i Mia 2016). Silnie kształtuje również inne ich zachowania, takie jak lojalność czy chęć do pozostania w organizacji (Shields i in. 2012).

Tabela 1. Ogólny model *total rewards*

Charakter motywatorów	Rola	Najważniejsze grupy składników wynagrodzenia
Motywatory zewnętrzne (materialne, czyli wynagrodzenie finansowe i świadczenia pracownicze)	Pomagają zrekrutować odpowiednich pracowników do organizacji oraz ich utrzymać	Płaca zasadnicza, wynagrodzenie zmienne krótko- i długoterminowe, świadczenia pracownicze
Motywatory wewnętrzne (pozamaterialne)	Kreują zaangażowanie i wspierają rozwój oraz dobrostan pracowników	Możliwości rozwoju i wspierające środowisko pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Armstrong i Cummins 2011, Beck-Krala 2020).

Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w praktyce zarządzania do kształtowania wynagrodzenia pracowników coraz częściej podchodzi się przez pryzmat koncepcji całkowitego wynagrodzenia, zwanej *total rewards* – TR (por. Armstrong i Cummins 2011), jako jednej z najskuteczniejszych strategii wynagradzania (Wright 2010, Bremen i Sejen 2012). Strategia TR opiera się na celowo dobranych składnikach, które tworzą spójną całość i zaspokajają potrzeby zarówno pracodawcy, jak i pracowników (por. Lawler 2000, Borkowska 2012, Beck-Krala 2020). Podkreśla się, że wynagrodzenie to uwzględnia wszystkie najważniejsze dla pracownika aspekty pracy (Armstrong i Cummins 2011) i obejmuje zarówno składniki finansowe (tzw. wynagrodzenie transakcyjne, tj. nie tylko wynagrodzenia stałe i zmienne, lecz także świadczenia pracownicze), jak i składniki pozafinansowe (tzw. relacyjne, tj. możliwości rozwoju i awansu oraz wspierające środowisko pracy, które wpływa na jakość życia zawodowego) (Heneman i Coyne 2007, Armstrong 2015), zob. tabela 1. Takie podejście odpowiada na wyzwania dzisiejszego rynku

pracy, oddziałując silnie na motywację wewnętrzną pracowników. Zgodnie z teorią autodeterminacji Ryana i Deciego (*self-determination theory*, SDT) wzmacnianie motywacji wewnętrznej najskuteczniej wspiera zaangażowanie pracowników i wysoką efektywność pracy (Deci, Olafsen i Ryan 2017). Dlatego motywując pracowników, należy skoncentrować się nie tyle na finansowych składnikach, ile na stworzeniu szeroko rozumianych możliwości rozwoju, autonomii, a także poczucia sensu pracy (Deci, Olafsen i Ryan 2017). Model TR jest spójny z założeniami teorii SDT i jest coraz powszechniej stosowany w przedsiębiorstwach oraz organizacjach publicznych (por. Heneman i Coyne 2007, Wright 2010, Bremen i Sejen 2012).

W literaturze przedmiotu występuje wiele modeli całkowitego pakietu wynagrodzeń, jednak większość z nich zbudowana jest na podstawie przedstawionego powyżej ogólnego schematu TR. Różnią się one typologią poszczególnych grup składników oraz najważniejszymi składnikami ujętymi w każdej ze wskazanych grup. Koncepcja TR pozwala kompleksowo oddziaływać na motywację pracowników, zarówno poprzez motyvatory zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Na podstawie analizy rynku pracy i zewnętrznych benchmarków (rynek wynagrodzeń), celów i możliwości konkretnej organizacji, a także potrzeb pracowników kształtowana jest wewnętrzna struktura całkowitego pakietu wynagrodzeń. Takie holistyczne podejście uwzględnia najważniejsze potrzeby pracowników, kształtując pożądane zachowania i postawy oraz kreując satysfakcję pracowników z wynagrodzenia. Klasyfikację najważniejszych grup składników pakietu oraz ich przykłady przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura wewnętrzna wynagrodzenia całkowitego według modelu TR

Główne komponenty całkowitego pakietu wynagrodzeń			
wynagrodzenie finansowe	świadczenia pracownicze (benefity)	możliwości rozwoju w organizacji	elementy wspierającego środowiska pracy
<ul style="list-style-type: none"> – płaca zasadnicza – stałe dodatki do płacy – wynagrodzenie zmienne krótkoterminowe (premie i nagrody) – wynagrodzenie zmienne długoterminowe (udziały w zysku, akcje, opcje na akcje itp.) 	<ul style="list-style-type: none"> – ubezpieczenie medyczne – świadczenia rekreacyjne (np. karta multispport), transportowe (np. samochód służbowy, dopłaty do transportu publicznego), mieszkaniowe, komunikacyjne itp. 	<ul style="list-style-type: none"> – szkolenia w miejscu pracy, urlopy szkoleniowe – proces zarządzania wynikami pracy, – plany sukcesji, rozwój kariery 	<ul style="list-style-type: none"> – kultura bezpieczeństwa – klimat organizacyjny – polityka <i>work-life balance</i> (elastyczne formy pracy) – sieci pracownicze – wolontariat pracowniczy – przywództwo – proces komunikowania

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Heneman i Coyne 2007, Bremen i Sejen 2012, Beck-Krala 2020).

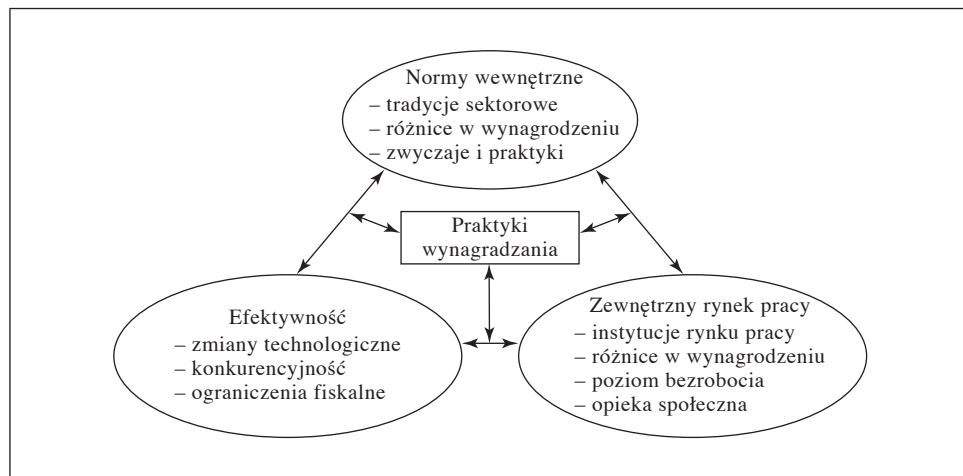
Wynagradzanie pracowników według koncepcji TR może być źródłem wielu korzyści, wśród których wymienia się m.in.:

- optymalizację kosztów całkowitego pakietu (Gross i Friedman 2004),
- inwestycje w celowo dobrane składniki pakietu, uwzględniające potrzeby pracowników (Gross i Friedman 2004),
- kompleksowe i trwalsze oddziaływanie na motywację i zaangażowanie pracowników (Armstrong 2015),
- kreowanie pozytywnego kontraktu psychologicznego (Anku-Tsede i Kutin 2013),
- elastyczność pakietu wynagrodzeń, który pozwala zrekrutować pracowników i zatrzymać ich w organizacji na dłużej (Lawler 2000, Armstrong 2015),
- realizację strategii biznesowej organizacji poprzez kreowanie kultury wysokiej efektywności pracy (Gross i Friedman 2004),
- generowanie zwrotu z inwestycji w wynagrodzenia (Gross i Friedman 2004, Heneman i Coyne 2007, Kaplan 2007).

Koncepcja wynagrodzenia według TR ukierunkowana jest na równoważenie najważniejszych celów organizacyjnych i pracowniczych w długiej perspektywie (Beck-Krala 2020). Wskazane korzyści możliwe są do osiągnięcia wówczas, gdy zarządzanie wynagrodzeniami jest elementem strategicznego zarządzania przedsiębiorstwem i wynika ze strategii ogólnej firmy. Takie realne wsparcie realizacji strategii ogólnej przez strategię wynagradzania prowadzi do maksymalizacji wartości dodanej i podnosi efektywność przedsiębiorstwa, a dodatkowo odpowiada na potrzeby organizacji oraz pracowników.

3. Wynagradzanie lekarzy

Wynagradzanie personelu medycznego, w tym w szczególności lekarzy, jest pierwotnym obszarem rozważań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Już w latach 80. minionego stulecia prowadzono badania ukierunkowane na identyfikację oraz wpływ poszczególnych składników wynagrodzenia na efektywność pracy personelu medycznego (Buchelt 2017). Na podstawie zrealizowanych badań stwierdzono, że na wynagrodzenie w podmiotach medycznych, jego strukturę i wysokość wpływa nie tylko zróżnicowany zestaw czynników związanych z otoczeniem zewnętrznym, ale także czynniki wewnątrzorganizacyjne (Buchan, Thompson i O'May 2000). Konkluzja ta jest spójna z wynikami badań, które zostały przeprowadzone w innych sektorach gospodarki (Lawler 2000), choć odznacza się ona cechami specyficznymi dla podmiotów medycznych. Czynniki, które wzbogacają klasyczny układ determinantów struktury wynagrodzenia w organizacjach udzielających świadczeń medycznych, to przede wszystkim: tradycje w sektorze ochrony zdrowia odwołujące się do struktury elementów wynagrodzenia personelu medycznego oraz poziom wynagrodzeń poszczególnych grup profesjonalistów medycznych (zob. rys. 1).



Rys. 1. Determinanty wynagrodzenia pracowników w sektorze ochrony zdrowia

Źródło: (Grimshaw 2000, s. 951).

Dynamiczna interakcja pomiędzy determinantami wynagrodzenia personelu zatrudnionego w podmiotach medycznych sprawiła, że projektując systemy wynagrodzeń w tych podmiotach, zwraca się uwagę na dwa kluczowe postulaty. Pierwszy to zachowanie elastyczności w układzie elementów składających się na system wynagrodzeń personelu medycznego (Grimshaw 2000), a drugi – implementacja zasady proefektywnościowego układu elementów wynagrodzenia (Meker i Barlas 2015). Realizacja tych postulatów doprowadziła do tego, że w wielu krajach rozwiniętych podjęto się reformy systemów wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Głównym przykładem kraju, w którym przeprowadzono taką reformę, jest Wielka Brytania, przy czym podobne rozwiązania zastosowano również w USA, we Włoszech czy w Turcji. W Polsce także zdecydowano się na implementację rozwiązań uwzględniających powyższe zasady, jednak zastosowano je głównie wobec lekarzy zatrudnianych na podstawie elastycznych form zatrudnienia – tzw. kontrakty.

Implementacja zasad elastyczności i proefektywności wyłącznie wobec personelu lekarskiego nie jest charakterystyczna jedynie dla polskiego systemu zdrowia. Analizując literaturę przedmiotu, wyraźnie zauważa się, że wynagradzanie za efekty – ponieważ do tego sprowadza się zastosowanie wskazanych zasad – w zdecydowanej mierze, niezależnie od kraju, dotyczy bardziej lekarzy niż pielęgniarek (Leatt i Schneck 1984, Groshen i Krueger 1990). Wiąże się to przede wszystkim z tym, że wśród personelu medycznego zatrudnianego na podstawie elastycznych form zatrudnienia dominuje personel lekarski. Pozostały personel medyczny zatrudniany jest w przeważającej mierze na podstawie nieelastycznych form zatrudnienia,

tj. umowy o pracę¹. W literaturze przedmiotu zwraca się jednak uwagę na to, że ze względu na rosnącą presję decydentów politycznych na efektywność podmiotów świadczących usługi medyczne coraz więcej z nich podejmie decyzje o zastosowaniu wynagradzania za efekty wobec innych grup personelu medycznego, w tym przede wszystkim pielęgniarek (Bodrock i Mion 2008).

Podczas analizy stosowanych w przypadku lekarzy rozwiązań dotyczących ich wynagradzania istotne jest określenie, do czego sprowadza się wspomniane już wcześniej wynagradzanie za wyniki lub efekty i jakie są jego skutki. Warto zaznaczyć, z uwagi na ilość publikacji w tym zakresie, że w anglojęzycznej literaturze przedmiotu wykorzystuje się terminy *performance pay*, *pay for performance*, *performance-related pay*. Termin *performance* nie jest tu jednak stosowany w ujęciu holistycznym (por. Buchelt 2017), ponieważ odnosi się on najczęściej do osiągnięcia zdefiniowanych wcześniej wskaźników ilościowych. W wielu krajach poziom wynagrodzenia pojedynczego specjalisty silnie zależy od liczby przepracowanych w tygodniu godzin. Lekarze mogą mieć pewien stopień swobody w ustalaniu liczby godzin pracy. Przykładowo, w Anglii praca powyżej 40 godzin tygodniowo jest opłacana dodatkowo za każdą czterogodziną. W Holandii lekarze mogą pracować dodatkowo do 52 godzin, a w Niemczech do 58 godzin tygodniowo (Quentin i in. 2018). W USA wynagrodzenie lekarzy przeważnie przyznawane jest na podstawie wskaźników wolumenowych (wynikowych), czyli na podstawie punktów wygenerowanych za oferowane świadczenie medyczne *fee for service* (FFS). Jest to model, który zyskał popularność również w Polsce.

Wynagradzanie lekarzy za efekty ma już kilkudziesięcioletnią tradycję, co sprawia, że na podstawie analizy literatury przedmiotu można wskazać jego zasadnicze wady i zalety. Tych pierwszych jest więcej niż drugich. Podstawową wadą wynagradzania lekarzy za wyniki jest realizowanie przez nich jak największej liczby świadczeń medycznych, a w konsekwencji pojawienie się zjawiska *homo economicus*. Samo zjawisko nie jest z założenia negatywne, ponieważ odnosi się do akceleracji świadczeń medycznych przez lekarzy motywowanych czynnikami ekonomicznymi (wzrostem przychodów z pracy)², jednak konsekwencje jego wystą-

¹ Pojawiający się w literaturze przedmiotu argument dotyczący uzależnienia implementacji zasad elastyczności i proefektywności od formy zatrudnienia jest dyskusyjny, ponieważ w praktyce organizacji biznesowych obie zasady są stosowane niezależnie od formy zatrudnienia pracowników. Należy jednak podkreślić, że w większości krajów Unii Europejskiej na kształt rozwiązań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, w tym przede wszystkim wynagrodzeń, wpływają nie tylko akty normatywne dotyczące *sensu stricto* tego sektora, lecz także wyraźna działalność organizacji związkowych, której konsekwencją są układy zbiorowe. Sektor ochrony zdrowia jest sektorem publicznym, co również ma niebagatelne znaczenie, jeśli chodzi o adaptację rozwiązań dotyczących wynagradzania personelu zatrudnionego w podmiotach, które udzielają świadczeń medycznych.

² Termin *homo economicus* używany jest również w odniesieniu do osoby racjonalnie podejmującej decyzje – w takim wypadku ma mniej negatywne konotacje (zob. Strużyńska 2008, s. 44).

pienia tak. Chęć osiągnięcia wyższych przychodów finansowych nierzadko sprawia, że lekarze decydują się na wielogodzinną pracę bez odpoczynku³. Prowadzi to do wyczerpania fizycznego i psychicznego, czego skutkiem może być wypalenie zawodowe, a w niektórych przypadkach nawet śmierć⁴. Innymi dysfunkcjami wynikającymi z zastosowania rozwiązań opartych na wynagradzaniu za efekty są (Grimshaw 2000, Meker i Barlas 2015, Taylor 2015, Quentin i in. 2018):

- generowanie nadwyżek niektórych świadczeń medycznych, szczególnie tych bardziej dochodowych, a w konsekwencji powstanie nieuzasadnionych różnic w dochodach między specjalistami⁵,
- skrócenie czasu realizacji usługi medycznej, co może skutkować obniżeniem jej jakości,
- zmniejszenie się poziomu zaangażowania lekarzy w funkcjonowanie podmiotów leczniczych oraz częściowa utrata możliwości kontroli ich pracy, szczególnie przy zastosowaniu elastycznych form zatrudnienia,
- pojawienie się konfliktów pomiędzy przedstawicielami różnych grup personelu medycznego, wynikających z ewidentnych rozbieżności płacowych,
- koncentracja na realizacji usług medycznych przy jednoczesnym ograniczeniu aktywności ukierunkowanej na rozwój kompetencji nie tylko specjalistycznych, ale także pozaspecjalistycznych.

Wynagradzanie za efekty na podstawie ilości wykonanych procedur lub zwiększonej liczby godzin pracy ma również swoje zalety, które sprawiają, że rozwiązanie to jest powszechnie stosowane. Najważniejsze z nich odnoszą się do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i rozwiązują, przynajmniej pozornie, kluczowe problemy zdecydowanej większości tych systemów, jakimi są niedobór lekarzy oraz dostęp do świadczeń zdrowotnych. Wynagradzanie lekarzy za wykonaną usługę medyczną lub (i) ponadwymiarowy czas pracy zwiększa możliwość skorzystania

³ Z badań przeprowadzonych w 2020 r. na grupie 2144 lekarzy wynika, że zdecydowana większość respondentów pracuje ponadnormatywnie. Co piąty respondent pracuje 41–50 godzin w tygodniu (22%). Równie wysoki jest odsetek osób, których tygodniowy wymiar pracy wynosi 51–60 godzin (21%). 15% badanych pracuje w ciągu tygodnia 61–70 godzin, a 8% od 71 do 80 godzin. Tygodniowy czas pracy pozostałych 8% respondentów wynosi natomiast ponad 80 godzin (Buchelt, Kowalska-Bobko i Małyk 2021).

⁴ W Polsce znane są przypadki śmierci lekarzy na stanowisku pracy, spowodowanej wyczerpaniem wynikającym z przepracowania (zob. m.in. Raducha 2019).

⁵ Przewartościowanie lub niedowartościowanie wyceny świadczeń specjalistycznych wpływa na decyzje młodych adeptów studiów medycznych co do wyboru ścieżki specjalizacyjnej. Poziom wynagrodzenia jest jednym z pięciu najważniejszych czynników mających wpływ na wybór specjalizacji (zob. m.in. Brzozowski i Jaroszyński 2014).

przez pacjentów ze świadczenia zdrowotnego w krótszym czasie⁶. Innymi zaletami analizowanego rozwiązania są (Grimshaw 2000, Meker i Barlas 2015, Taylor 2015):

- możliwość wykonywania dużej ilości powtarzających się procedur, które pozwalają na poszerzenie wiedzy praktycznej i doskonalenie umiejętności,
- powtarzalność procedur ułatwiająca analizę ich czasochłonności,
- specjalizacja w realizacji wykonywania danego zestawu procedur medycznych, pozwalająca na zwiększenie wolumenu świadczonych usług,
- elastyczność udzielanych świadczeń,
- zwiększenie przychodów wskutek akceleracji wolumenu procedur medycznych, a co za tym idzie – zwiększenie zysków podmiotu medycznego.

Świadomość wad i zalet wynagradzania lekarzy za efekty przyczyniła się do pojawienia się w literaturze przedmiotu innych możliwych do zastosowania rozwiązań. Jednym z nich jest koncepcja wynagradzania oparta na wartościach, tzw. *value-based compensation* (Bunkers i in. 2016). W koncepcji tej proponuje się, aby personel lekarski wynagradzać, przynajmniej częściowo, za działania spójne z wartościami, jakimi kieruje się dany podmiot medyczny. Niemniej jednak wyniki szczegółowej analizy tego rozwiązania wskazują, że niewystarczający nacisk kładziony jest na aspekt kluczowy dla jakości usługi medycznej, jakim jest permanentny rozwój kompetencji medycznych i pozamedycznych personelu lekarskiego (Buchelt 2017). Innym rozwiązaniem jest stosowane już w niektórych krajach wynagrodzenie pakietowe. I tak w Szwajcarii pakiety wynagrodzeń obejmują, oprócz płacy zasadniczej, premie uzależnione od wykonywanych przez poszczególnych specjalistów usług, których udział stanowi od 30% do 40% ich całkowitych dochodów (Quentin i in. 2018). W Wielkiej Brytanii tworzenie pakietu wynagrodzeń wiąże się z nagradzaniem wielowymiarowego wkładu specjalistów w wyniki szpitali, a nie opiera się na wskaźnikach ilościowych. W oferowanych wynagrodzeniach uwzględnia się poziom specjalizacji lub hierarchii lekarza, co wspiera zaangażowanie specjalistów w dodatkowe wymiary pracy klinicznej (Bloor i Maynard 2012). W brytyjskich podmiotach medycznych oferowane są również nagrody za tzw. doskonałość kliniczną – specjaliści składają do komitetów lokalnych lub krajowych wnioski, w których wykazują swoje osiągnięcia w odniesieniu do wielu kryteriów, takich jak opieka nad pacjentem, przywództwo zawodowe, doskonalenie organizacji usług, praktyki oparte na dowodach, badania czy uczenie innych;

⁶ Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Unii Europejskiej czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne różni się ze względu na charakter potrzeby zdrowotnej (procedury akutywne vs. mniej pilne). Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty zależy natomiast od rodzaju specjalizacji. Według raportu dotyczącego zmian w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce (*Barometr WHC... 2022*) średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenie medyczne w polskim systemie ochrony zdrowia w ciągu ostatniej dekady wydłużył się. W 2022 r. wynosił on 3,6 miesiąca. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wynosił z kolei 4,1 miesiąca w 2022 r. oraz 2,9 miesiąca w 2021 r.

prawie 50% składających wniosek otrzymuje nagrodę (Quentin i in. 2018). Należy dodać, że konkretna kombinacja różnych składników wynagrodzeń jest wynikiem historycznych zmian i tradycji w danym kraju (Robinson 2001). W krajach o silnej hierarchicznej organizacji pracy specjalistów w podmiotach medycznych, takich jak Francja, Niemcy czy Szwajcaria, pozycja lekarza w hierarchii jest ważnym czynnikiem determinującym strukturę pakietu wynagrodzeń, z kolei w Wielkiej Brytanii czy Holandii nie ma to tak dużego znaczenia⁷.

4. Propozycja struktury całkowitego wynagrodzenia lekarzy

Z integratywnej analizy literatury przedmiotu wynika, że dotychczasowe rozwiązania w zakresie wynagradzania lekarzy nie tylko nie sprzyjają poprawie jakości usług medycznych, ale także mogą działać demotywująco, przyczyniając się do zmniejszenia zaangażowania lekarzy oraz identyfikacji z zatrudniającymi ich podmiotami medycznymi (Beckham i in. 2015, Lega i Sartirana 2016). Próby zmiany sposobu wynagradzania lekarzy są krokiem w dobrym kierunku, lecz nadal niewystarczającym, ponieważ pomijają one dwie istotne determinanty szeroko pojmowanego performansu lekarzy⁸: specyfikę profesji lekarskiej oraz procesu pracy lekarzy.

Lekarze zaliczani są do kategorii tzw. silnych profesji. Ich główne cechy to (Ackroyd 1996, Daniluk 2004, Petrides i McManus 2004, Chen, Liu i Hwang 2011, Beckham i in. 2015, Lega i Sartirana 2016, Buchelt 2017):

- autonomia,
- silna więź z profesją,
- chęć i obowiązek permanentnego doskonalenia wiedzy.

Praca lekarzy to praca o charakterze akutywnym, skoncentrowana głównie wokół zadań, takich jak odpowiednia diagnoza, podjęcie działania interwencyjnego i (lub) zalecenie terapii (Garman, Leach i Spector 2006). Lekarze ponoszą pełną odpowiedzialność za decyzje podejmowane w procesie leczenia, przy czym

⁷ W Polsce stosowane są dwa podejścia do wynagradzania lekarzy, uzależnione od formy zatrudnienia. Struktura wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę obejmuje płacę zasadniczą oraz dodatki za staż, a także pełnione funkcje kierownicze. Płaca zasadnicza zależna jest od zajmowanego stanowiska będącego pochodną poziomu specjalizacji. Wysokość wynagrodzenia w dużej mierze dyktowana jest adekwatnymi regulacjami prawnymi. Od 1 lipca 2023 r. lekarz ze specjalizacją powinien zarabiać brutto 9201,92 zł, lekarz bez specjalizacji 7551,91 zł, a lekarz stażysta 6028,84 zł (*Tyle zarobi lekarz...* 2023). W przypadku zatrudnienia na podstawie elastycznych form zatrudnienia, np. kontraktu medycznego, lekarze wynagradzani są za liczbę przepracowanych godzin lub zrealizowanych świadczeń medycznych.

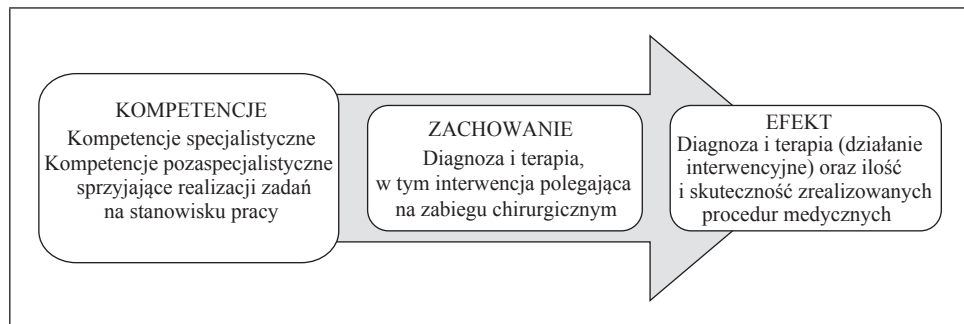
⁸ Autorki świadomie wykorzystały termin „perfomans”, który – jak dowodzi B. Buchelt (2017) – nie jest neologizmem w języku polskim, ponieważ stosowany jest już od lat w teatrologii. Użycie go ma na celu zwrócenie uwagi na wielowymiarowy konfiguracyjno-procesowy charakter zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego, w tym przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek.

zarówno w tradycji tej profesji, jak i w praktyce ważna jest również współpraca w zespole, czyli konsylia lekarskie. Patrząc przez pryzmat procesu zarządzania performansem: kompetencja – zachowanie – efekt (Buchelt 2017), pracę lekarzy można ustrukturyzować w następujący sposób (zob. rys. 2):

– kompetencje – o skuteczności procesu świadczenia medycznego decydują kompetencje personelu medycznego, zarówno te specjalistyczne, jak i pozaspecjalistyczne (np. odpowiednia komunikacja, współpraca w zespole, umiejętności analityczne czy umiejętność organizacji pracy). Ich aktualność determinuje zachowania na stanowisku pracy lekarza;

– zachowanie – diagnoza i terapia to z punktu widzenia zarządzania performansem pracowniczym zachowanie na stanowisku pracy;

– efekt – to skuteczna diagnoza, terapia i (lub) działanie interwencyjne; ilość zrealizowanych procedur medycznych (udzielonych świadczeń) oraz ich skuteczność. Skuteczność determinowana jest jednak tak dużą ilością zmiennych, takich jak np. praca personelu pielęgniarskiego (opieka nad chorym), zachowanie pacjenta czy praca innych profesjonalistów medycznych, że trudno uznać ją za miernik efektywności pracy lekarzy.



Rys. 2. Procesowe ujęcie pracy lekarzy

Źródło: opracowanie własne.

Ustrukturyzowanie procesu pracy lekarzy prowadzi do wskazania kluczowych obszarów jej efektywności, a mianowicie:

- permanentnego rozwoju kompetencji specjalistycznych,
- adekwatnego do potrzeb podmiotu medycznego rozwoju kompetencji pozaspecjalistycznych,
- realizacji zdefiniowanej liczby procedur medycznych.

Dokonana synteza wiedzy na temat specyfiki tej profesji oraz pracy lekarzy pozwala zaproponować rozwiązania dotyczące wynagradzania tej grupy profesjonalistów. Stosując te rozwiązania, odchodzi się od wynagradzania ich tylko za efekty

ilościowe, a wspiera te zachowania, które odnoszą się do osiągnięcia celów o charakterze jakościowym (głównie rozwoju kompetencji). Założeniem wyjściowym propozycji struktury wynagrodzenia lekarzy, która z jednej strony wpisuje się w koncepcję *total reward*, a z drugiej *performance management*, jest dążenie do stymulowania zachowań proefektywnościowych, tak aby lekarze koncentrowali się na zachowaniach prowadzących do realizacji celów jakościowych, a nie ilościowych (jak ma to miejsce w konsekwencji funkcjonowania aktualnych rozwiązań w zakresie wynagradzania).

Stymulowanie zachowań proefektywnościowych wymaga jednak odpowiedniej konfiguracji bodźców niematerialnych i materialnych. Jak już wspomniano, wynagrodzenie lekarzy powinno być uzależnione przede wszystkim od osiągnięcia celów jakościowych oraz ilościowych. Należy pamiętać o tym, że struktura wynagrodzenia jest wyraźnym sygnałem dla pracowników, co dla organizacji jest istotne. Jeśli zatem przyjmujemy, że dla podmiotów medycznych warunkiem kluczowym pracy lekarzy jest realizacja celów dotyczących: permanentnego rozwoju kompetencji specjalistycznych (indywidualne lub zespołowe oraz zarządzanie wiedzą), rozwoju kompetencji pozaspecialistycznych wynikających z potrzeb danej organizacji czy ilość zrealizowanych procedur lub przepracowanych godzin pracy, którym towarzyszy motywacja, zaangażowanie i identyfikacja personelu lekarskiego z zatrudniającymi ich podmiotami, to wynagrodzenie lekarzy odnoszące się do zewnętrznych motywatorów powinno obejmować:

- płacę zasadniczą uzależnioną zarówno od kompetencji pracownika (poziomu specjalizacji, ukończonych kursów oraz szkoleń), jak i stażu pracy w danym podmiocie medycznym; jej poziom powinien być ustalany poprzez analizę stawek rynkowych i powinien być okresowo aktualizowany,

- dodatki do wynagrodzenia za pełnienie funkcji menedżerskich, opiekę nad nowo zatrudnionymi pracownikami, prowadzenie szkoleń wewnętrznych oraz pracę projektową,

- premie i (lub) nagrody za realizację celów ilościowych i jakościowych, przy czym ich wymiar należy ustalić tak, aby sprzyjały one działaniom związanym z rozwojem i dyfuzji wiedzy, a nie wyłącznie osiągnięciu celów ilościowych,

- benefity (świadczenia pracownicze) odpowiadające jasno zdefiniowanym potrzebom lekarzy, takim, przede wszystkim jak zachowanie równowagi między życiem osobistym a zawodowym, dbanie o zdrowie fizyczne i psychiczne czy zwiększenie komfortu pracy i obniżenie stresu związanego z wykonywaniem pracy; jest to ważny aspekt wynagradzania lekarzy, który bywa zaniedbywany.

Wymienione elementy wynagrodzenia pozwalają na opłacenie kompetencji i wysiłku pracy specjalistów, a także zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa oraz higieny pracy. Z punktu widzenia pracodawcy umożliwiają one natomiast pozyskanie i utrzymanie lekarzy.

W koncepcji wynagrodzenia całkowitego zestaw bodźców materialnych powinien być uzupełniony o bodźce o charakterze niematerialnym. Oprócz typowo motywacyjnych instrumentów kluczowe w przypadku profesji medycznych jest tworzenie szeroko rozumianego wspierającego środowiska pracy, doskonalenie procedur zarządzania ludźmi oraz usprawnianie procesów pracy. Proponowany zestaw takich bodźców obejmuje m.in.:

- dostarczanie informacji zwrotnej na temat wykonywanej pracy,
- publiczne docenianie działań ukierunkowanych na rozwój kompetencji (Gumus i in. 2011),
- podejmowanie działań zmierzających do zachowania równowagi między życiem zawodowym a osobistym i kreowania dobrostanu pracowników,
- elastyczny czas pracy,
- tworzenie specjalnych warunków pracy dla osób wyróżniających się efektywnością pracy (talentów) (Buchelt 2018),
- dbałość o rozwój kompetencji menedżerskich kadry kierowniczej podmiotów medycznych, tzw. hybryd-menedżerów, którzy na bieżąco zarządzają podległymi grupami pracowników i bezpośrednio wpływają na ich efektywność pracy (Buchelt 2017),
- zapewnienie możliwości i efektywnych narzędzi komunikacji wewnątrz organizacji i poza nią (sieć współpracy np. z podmiotami o wyższym poziomie referencyjnym).

Powyższe składniki stanowią raczej ogólną propozycję struktury całkowitego pakietu wynagrodzeń profesjonalistów medycznych. Uwzględniono w niej specyfikę pracy tej grupy zawodowej oraz realizację najważniejszych celów pracodawców. Konieczne wydaje się przeprowadzenie dalszych badań dotyczących potrzeb i oczekiwań samych lekarzy oraz wskazujących na możliwości wdrażania koncepcji TR w polskiej ochronie zdrowia.

5. Podsumowanie

Lekarze to jedna z kluczowych grup personelu medycznego funkcjonująca w systemie ochrony zdrowia, która jednocześnie jest najrzadziej rozpatrywana w naukach o zarządzaniu i jakości. Ograniczona liczba publikacji naukowych w tym zakresie skłoniła autorki do przeprowadzenia badań, w których skoncentrowano się na wynagradzaniu lekarzy. Jest to obszar kluczowy dla funkcjonowania podmiotów medycznych, wyraźnie pomijany w dyskursie dotyczącym zarządzania pracownikami w ochronie zdrowia. Powodem takiego stanu rzeczy może być to, że kompleksowa rekonstrukcja systemu wynagradzania personelu lekarskiego wymaga fundamentalnej zmiany w realizacji funkcji personalnej – dotyczy to zwłaszcza organizacji działających w polskim systemie ochrony zdrowia. Z przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu wynika, że aktualnie stosowane

rozwiązania w zakresie wynagradzania lekarzy, oparte na ilości zrealizowanych procedur lub przepracowanych godzin pracy, nie wspierają szeroko pojmowanej efektywności ich pracy, a także mogą być szkodliwe w dłuższej perspektywie zarówno dla lekarzy, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia. Inne proponowane przez badaczy rozwiązania w tym zakresie mogą eliminować dysfunkcje *pay for performance*, lecz w niedostatecznym stopniu, ponieważ nie tylko nie odnoszą się do specyfiki profesji lekarskiej czy procesu pracy lekarzy, ale także nie uwzględniają holistycznego podejścia do kształtowania wynagrodzeń, jakim jest koncepcja *total rewards*. Mając to na uwadze, w artykule zaproponowano zestaw składników całkowitego wynagrodzenia, odnoszący się zarówno do cech profesji lekarskiej, jak i do procesu pracy lekarzy. Wskazano, że prawidłowa konstrukcja wynagrodzenia lekarzy powinna obejmować celowo dobrane instrumenty motywacyjne z punktu widzenia najważniejszych celów i potrzeb pracodawcy i pracowników. Oznacza to odpowiedni zestaw motywatorów materialnych (płacy zasadniczej, premii i (lub) nagród, dodatków czy benefitów) oraz motywatorów niematerialnych (kreowania możliwości szeroko pojmowanego rozwoju, zarządzania talentami i wspierającego środowiska pracy pozwalającego na zachowanie równowagi między życiem zawodowym a osobistym, efektywne komunikowanie się czy przywództwo). Przeprowadzone badania oparte na analizie literatury przedmiotu stanowią teoretyczne rozważania autorek, wskazane byłoby dokonanie dalszych analiz w tym zakresie.

Literatura

Ackroyd S. (1996), *Organization contra Organizations: Professions and Organizational Change in the United Kingdom*, „Organization Studies”, vol. 17(4), <https://doi.org/10.1177/017084069601700403>.

Anku-Tsede O., Kutin E. (2013), *Total Reward Concept: A Key Motivational Tool for Corporate Ghana*, „Business and Economic Research”, vol. 3(2), <https://doi.org/10.5296/ber.v3i2.4291>.

Armstrong M. (2015), *Zarządzanie wynagrodzeniami*, wyd. 3, Wolters Kluwer, Warszawa.

Armstrong M., Cummins A. (2011), *The Reward Management Toolkit*, Kogan Page, London.

Bangchokdee S., Mia L. (2016), *The Role of Senior Managers' Use of Performance Measures in the Relationship between Decentralization and Organizational Performance: Evidence from Hotels in Thailand*, „Journal of Accounting & Organizational Change”, vol. 12(2), <https://doi.org/10.1108/JAOC-11-2012-0110>.

Barometr WHC. Polacy w kolejkach (2022), Raport dotyczący zmian w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, WatchHealthCare.

Beckham J.D., Berry L.L., Feussner J.R., Trastek V.F. (2015), *Strategic Teamwork in Health Care: The Essential Role of Physicians*, „Physician Leadership Journal”, vol. 2(2).

- Beck-Krala E. (2020), *Total Rewards* (w:) *Encyclopedia of Sustainable Management*, red. S. Idowu, R. Schmidpeter, N. Capaldi, L. Zu, M. Del Baldo, R. Abreu, Springer, Cham.
- Bloom M.C., Michael J.G. (2002), *The Relationship among Organizational Context, Pay Dispersion and Managerial Turnover*, „Academy of Management Journal”, vol. 45(1), <https://doi.org/10.2307/3069283>.
- Bloom M., Milkovich G.T., Mitra A. (2003), *International Compensation: Learning from How Managers Respond to Variations in Local Host Contexts*, „The International Journal of Human Resource Management”, vol. 14(8), <https://doi.org/10.1080/0958519032000145792>.
- Bloor K., Maynard A. (2012), *Reform of the Clinical Excellence Awards Scheme: Why Are We Waiting?*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, vol. 105(9), <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120035>.
- Bodrock J.A., Mion L.C. (2008), *Pay for Performance in Hospitals: Implications for Nurses and Nursing Care*, „Quality Management in Health Care”, vol. 17(2), <https://doi.org/10.1097/01.qmh.0000316988.71544.ec>.
- Borkowska S. (2012), *Skuteczne strategie wynagrodzeń – tworzenie i zastosowanie*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Bremen J., Sejen L. (2012), *Advancing Total Rewards & the Employee Value Proposition*, Workspan Magazine, WorldatWork.
- Brzozowski A., Jaroszyński A. (2014), *Czynniki wpływające na wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*, „Family Medicine & Primary Care Review”, nr 16(3).
- Buchan J., Thompson M., O'May F. (2000), *Incentive and Remuneration Strategies in Health Care: A Research Review*, WHO, Geneva.
- Buchelt B. (2017), *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków.
- Buchelt B. (2018), *Talent Management Practices in Hospitals*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 125(6).
- Buchelt B., Kowalska-Bobko I., Masłyk T. (2021), *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*, Centrum Polityk Publicznych, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków.
- Bunkers B., Koch M., Lubinsky J.L., Weisz J.A., Whited B. (2016), *Value-based Physician Compensation: A Link to Performance Improvement*, „Healthcare Financial Management”, vol. 70(3).
- Chen Y.H., Liu C.F., Hwang H.G. (2011), *Key Factors Affecting Healthcare Professionals to Adopt Knowledge Management: The Case of Infection Control Departments of Taiwanese Hospitals*, „Expert Systems with Applications”, vol. 38(1), <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2010.06.085>.
- Daniłuk P. (2004), *Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy*, „Prawo i Medycyna”, nr 17(6).

- Deci E.L., Olafsen A.H., Ryan R.M. (2017), *Self-determination Theory in Work Organizations: The State of a Science*, „Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior”, vol. 4(1), <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>.
- Garman A.N., Leach D.C., Spector N. (2006), *Worldviews in Collision: Conflict and Collaboration across Professional Lines*, „Journal of Organizational Behaviour”, vol. 27(7), <https://doi.org/10.1002/job.394>.
- Grimshaw D. (2000), *The Problem with Pay Flexibility: Changing Pay Practices in the UK Health Sector*, „The International Journal of Human Resource Management”, vol. 11(5), <https://doi.org/10.1080/095851900422366>.
- Groshen E.L., Krueger A.B. (1990), *The Structure of Supervision and Pay in Hospitals*, „ILR Review”, vol. 43(3), Special Issue: Do Compensation Policies Matter?, <https://doi.org/10.2307/2523576>.
- Gross S.E., Friedman H.M. (2004), *Creating an Effective Total Reward Strategy: Holistic Approach Better Supports Business*, „Benefits Quarterly”, vol. 20(3).
- Gumus G., Borkowski N., Deckard G.J., Martel K.N. (2011), *Healthcare Managers Perceptions of Professional Development and Organizational Support*, „Journal of Health and Human Services Administration”, nr 34(1).
- Heneman L.R., Coyne E.E. (2007), *Implementing Total Rewards Strategies. A Guide to Successfully Planning and Implementing a Total Rewards System*, SHRM Foundation's Effective Practice Guidelines Series, SHRM Foundation, Alexandria.
- Jawor-Joniewicz A., Sajkiewicz B. (2017), *Motywowanie różnorodnego zespołu pracowniczego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 4(964), <https://doi.org/10.15678/ZNUEK.2017.0964.0402>.
- Jenkins G.D. Jr., Mitra A., Gupta N., Shaw J.D. (1998), *Are Financial Incentives Related to Performance? A Meta-analytic Review of Empirical Research*, „Journal of Applied Psychology”, vol. 83(5), <https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.5.777>.
- Juchnowicz M. (2012), *Zaangażowanie pracowników: sposoby oceny i motywowania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Kaplan S.L. (2007), *Business Strategy and Total Rewards*, „Benefits and Compensation Digest”, vol. 44(9).
- Lawler E. (2000), *Rewarding Excellence: Pay Strategies for the New Economy*, Josse-Bass Publishers/Wiley, San Francisco.
- Leatt P., Schneck R. (1984), *Criteria for Grouping Nursing Subunits in Hospitals*, „Academy of Management Journal”, vol. 27(1), <https://doi.org/10.2307/255963>.
- Lega F., Sartirana M. (2016), *Making Doctors Manage... but How? Recent Developments in the Italian NHS*, „BMC Health Services Research”, vol. 16 (Suppl. 2), <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1394-6>.
- Meker T., Barlas Y. (2015), *Dynamic Consequences of Performance-based Payment Systems in Public Hospitals*, „Systems Research and Behavioral Science”, vol. 32(4), <https://doi.org/10.1002/sres.2338>.

- Oleksyn T. (2014), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Pauly M.V. (1978), *Medical Staff Characteristic and Hospital Costs*, „The Journal of Human Resources”, vol. 13 (Suppl.).
- Petrides K.V., McManus I.C. (2004), *Mapping Medical Careers: Questionnaire Assessment of Career Preferences in Medical School Applicants and Final Year Students*, „BMC Medical Education”, nr 4(18), <https://doi.org/10.1186/1472-6920-4-18>.
- Quentin W., Geissler A., Wittenbecher F., Ballinger G., Berenson R., Bloor K., Forgione D., Köpf P., Kroneman M., Serden L., Suarez R., Manen J. van, Busse R. (2018), *Paying Hospital Specialists: Experiences and Lessons from Eight High-income Countries*, „Health Policy”, vol. 122(5), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.005>.
- Raczyńska E. (2020), *Efektywność w ochronie zdrowia jako wyzwanie dla zarządzania*, „Przegląd Organizacji”, nr 5(964), <https://doi.org/10.33141/po.2020.05.04>.
- Raducha M. (2019), *Lekarz zmarł na dyżurze. To nie pierwszy taki przypadek. Medycy pracują ponad normę*, Wiadomości WP, 27 lutego, <https://wiadomosci.wp.pl/lekarz-zmarl-na-dyzurze-to-nie-pierwszy-taki-przypadek-medycy-pracuja-ponad-norme-6353967043979393a> (data dostępu: 23.03.2023).
- Robinson J.C. (2001), *Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives*, „The Milbank Quarterly”, vol. 79(2), <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00202>.
- Shields J., Scott D., Bishop J., Golezer P. (2012), *Pay Perception and Their Relationship with Cooperation, Commitment and Intent to Quit*, „International Studies of Management and Organizations”, vol. 42(1), <https://doi.org/10.2753/imo0020-8825420104>.
- Snyder H. (2019), *Literature Review as a Research Methodology: An Overview and Guidelines*, „Journal of Business Research”, vol. 104, <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>.
- Strużyna J. (2008), *Ku zarządzaniu kapitałem ludzkim – ciężły czy nieciężły charakter zmiany w zarządzaniu?*, „Organizacja i Kierowanie”, nr 2.
- Taylor G. (2015), *Why Pay-for-performance Makes Little Sense in Healthcare Management*, „American Medical Journal”, vol. 8(11).
- Tyle zarobi lekarz, pielęgniarka, ratownik i salowa od 1 lipca 2023 roku. Nie będzie można płacić mniej* (2023), Rynek Zdrowia, 10 lutego, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Tyle-zarobi-lekarz-piellegniarka-ratownik-i-salowa-od-1-lipca-2023-roku-Nie-bedzie-mozna-placic-mniej,242312,1.html> (data dostępu: 30.03.2023).
- White K. (2012), *Engaging Patients to Improve the Healthcare Experience*, „Healthcare Financial Management”, vol. 66(7).
- Wright A. (2010), *Culture and Compensation – Unpicking the Intricate Relationship between Reward and Organizational Culture*, „Thunderbird International Business Review”, vol. 52(3).